



Col·legi Oficial de Psicòlegs
Comunitat Valenciana



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Edita:

© Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana
C/ Conde de Olocau, 1 bajo. 40003 Valencia
copcv@cop.es

Autores:

José Soriano Pastor, Vicente Monsalve Dolz, Francisco J. Santolaya, et al.

Coordinadores:

Vicente Monsalve Dolz, José Soriano Pastor, Eva Carbajo Álvarez, Francisco J. Santolaya.

I.S.B.N.: 978-84-613-4279-2

D.L.: V-4525-2009

Maquetación e impresión:

Gráficas Antolín Martínez, S.L.

Tel. 96 391 89 84 - www.grafamar.com

Secretaria Técnica:

Lidia Tena Espada

GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Coordinadores:

Vicente Monsalve Dolz
José Soriano Pastor
Eva Carbajo Álvarez
Francisco J. Santolaya Ochando

ÍNDICE

Prefacio.....	7
<i>Sergio Blasco Perepérez</i>	
Prólogo	11
<i>Elena Ibáñez Guerra</i>	
Agradecimientos.....	17
<i>Vicente Monsalve Dolz, José Soriano Pastor, Eva Carbajo Álvarez y Francisco J. Santolaya Ochando</i>	
1. Estrés y Salud en Enfermos Hospitalizados	21
<i>José Soriano Dolz</i>	
2. Intervención Psicológica en el Tratamiento del Dolor Crónico.....	33
<i>Vicente Monsalve Dolz</i>	
3. Intervención Psicológica en el Paciente Oncológico Crónico	45
<i>Rocío Romero Retes</i>	
4. Programa de Rehabilitación Cardíaca	59
<i>Eva Carbajo Álvarez, Gracia Tormo Esplugues y Kina Tur Nadal</i>	
5. Programa de Intervención Multidisciplinar en Pacientes Diagnosticados de Enfermedad Inflamatoria Intestinal	69
<i>Eva Carbajo Álvarez, José María Huguet Malavés y Lucía Ruiz Sánchez</i>	
6. Intervención Psicológica en el Paciente Amputado	77
<i>David Rudilla García</i>	
7. La Intervención Psicológica en pacientes con infección por VIH/SIDA	87
<i>Rafael Ballester Arnal</i>	
8. Intervención Psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	105
<i>Vicente Monsalve Dolz y Patricia Gómez-Carretero</i>	
9. Intervención Psicológica en la Atención Domiciliaria	119
<i>David Rudilla García</i>	
10. Intervención en Pacientes Fumadores en la Atención Hospitalaria	135
<i>Jesús Blasco Gallego y Javier Mataix Sancho</i>	
11. El Rol del Psicólogo en el ámbito hospitalario	149
<i>Francisco J. Santolaya Ochando y Mónica M^a. Novoa-Gómez</i>	
12. Bibliografía.....	161

ÍNDICE DE AUTORES

Rafael Ballester Arnal. Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Profesor Titular del Dpto. Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castelló.

Jesús Blasco Gallego. Especialista en Psicología Clínica. Psicólogo del Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo (ECAT). Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Eva Carbajo Alvarez. Especialista en Psicología Clínica. Responsable de la Unidad Funcional de Psicología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Patricia Gómez-Carretero. Psicóloga.

José María Huguet Malavés. Médico Adjunto. Sección Gastroenterología. Servicio de Patología Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Javier Mataix Sancho. Médico Responsable del Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo (ECAT). Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Vicente Monsalve Dolz. Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Psicólogo de la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Mónica Ma. Novoa-Gómez. Profesora asociada y directora del Grupo de Investigación en Psicología y Salud Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Rocío Romero Retes. Especialista en Psicología Clínica. Servicio de Psiconcología de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología. (IVO).

David Rudilla García. Psicólogo. Responsable de la Atención Psicológica en la Unidad de Hospitalización Domilicaria del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Lucía Ruiz Sánchez. Médico Adjunto. Sección Gastroenterología. Servicio de Patología Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Francisco José Santolaya Ochoa. Psicólogo Clínico. Centro Salud Mental Malvarosa. Hospital Clínico Universitario. Profesor Asociado Asistencial Universitat de València, España.

José Soriano Pastor. Doctor en Psicología. Profesor Titular del Departamento de Evaluación, Diagnóstico y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universitat de València.

Gracia Tormo Espluges. Médico Adjunto. Coordinadora del Programa de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología. Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Kina Tur Nadal. Diplomada Universitaria en Enfermería. Enfermera del Programa de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología. Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

PREFACIO

Este libro recoge nueve programas de intervención psicológica específicos o multidisciplinares llevados a cabo, en su mayoría, por el equipo de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud del Consorcio Hospital General Universitario en colaboración con distintos servicios médicos del centro. Si la incorporación de la figura del psicólogo clínico y de la salud al ámbito de la asistencia sanitaria es relativamente reciente, mucho más lo es en el plano de la asistencia hospitalaria y muestra de ello es que esta unidad es la primera de estas características creada en un hospital público en la Comunidad Valenciana.

Podemos ver en su desarrollo, programas tan variados como el aplicado a los pacientes de la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico como el de la intervención psicológica en el paciente amputado, el aplicado en la Unidad de Cuidados Intensivos o el de Intervención Multidisciplinar en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal.

Todos y cada uno de los programas diseñados presentan una razón de sentido: favorecer el tratamiento global para la persona enferma. Y esta razón cobra mayor peso si se lleva a cabo en el seno de una organización que trabaja por procesos integrando el conocimiento y la inteligencia colectiva en una oferta al ciudadano.

La reacción de cada persona ante la enfermedad, un proceso de hospitalización o la necesidad de afrontar el hecho de seguir un tratamiento bien sea quirúrgico o farmacológico da lugar a una serie de necesidades emocionales que si no se abordan se suman al proceso de enfermar incrementando las necesidades del paciente.

Por ello, todo trabajo realizado desde la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud se dirige hacia la reducción de incertidumbre por la que atraviesa el paciente y su acompañante.

Y este trabajo no puede viajar sólo en el entramado de una compleja organización hospitalaria y por ello se encaja como una herramienta más para la implicación de los profesionales en la toma de decisiones en la gestión asistencial diaria, mejorando la calidad y la eficiencia para posibilitar su participación en los logros. El modelo, orientado al paciente busca los retornos de calidad, satisfacción y eficiencia.

Para ello el plan de gestión clínica donde se integra la actividad de esta Unidad se rige por las siguientes claves: gestión del conocimiento, sistemas de información, calidad coste-eficiente, participación de los profesionales en las decisiones, organización funcional y gestión por procesos.

Este marco de actividad, en el que los profesionales de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud participan plenamente, es el que ha generado espacio para diseñar programas específicos llevados a través de fórmulas que permiten una organización más funcional, que sólo ha sido posible a partir de un progresivo cambio cultural.

De este modo los psicólogos clínicos y de la salud se han incorporado en los equipos de trabajo polivalentes colaborando en fomento de la operatividad de las unidades centradas en la atención de pacientes similares. Esto permite la simplificación de procesos y estructuras, y promueve la mejora de la continuidad de la asistencia en todo el proceso sanitario, que en múltiples patologías precisa de la aportación del conocimiento terapéutico psicológico.

En la base de este modelo están las líneas estratégicas corporativas del Consorcio, de las que son destacables, para ubicar mejor lo que se expone en este prólogo a la Guía Psicológica de la Salud en el ámbito hospitalario, la humanización, los planes de cuidados, el modelo asistencial y la cartera de servicio e integración de centros de gestión. Y todas estas líneas encajadas en el programa de planificación y programación estratégica.

Por ello, los programas que se muestran en este libro están incardinados dentro de programas de atención integral y participan en distintas fases de la enfermedad del paciente o necesidad del cuidador principal tanto en procesos de estrés propio del paciente hospitalizado como en procesos de fase de terapéutica clínica o quirúrgica, recuperación o rehabilitación.

Su contenido es de interés para el psicólogo clínico y de la salud, pero puede favorecer la transferencia de conocimiento a otras áreas de conocimiento haciendo más sencillo el acceso a la comprensión de determi-

nados procesos del binomio salud-enfermedad. Por ello profesionales de la medicina, la enfermería, la rehabilitación o la propia gestión pueden encontrar en él información relevante.

Cuando iniciamos la andadura con la apuesta firme en un modelo de gestión innovador, un modelo integrado, cooperativo, descentralizado y multidisciplinar, estábamos convencidos del esfuerzo que se nos requería pero también del éxito a obtener. Esta Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud nos confirma el acierto en aquellas decisiones, y este libro es el reconocimiento a todos los profesionales que día a día demuestran su compromiso y excelencia en el servicio que prestamos a nuestros ciudadanos.

A todos muchísimas Gracias.

Sergio Blasco Perepérez

Director Gerente del Departamento de Salud Valencia-Hospital General

PRÓLOGO

*El progreso de la medicina nos depara
el fin de aquella época liberal en la que
el hombre aún podía morir de lo que quería.*

Stanislaw Jerzy Lec

La nariz afilada, los ojos escudriñando todo lo que le rodea, la cara pálida como si la sangre hubiese huido de ella, los pies arrastrándose y las manos agarradas a una bolsa que parece contener algunas de sus pertenencias. Entra de esta guisa por la puerta principal del Hospital, se acerca al mostrador de «atención al paciente» y pregunta con voz quejumbrosa por donde se va a la administración, un sonriente auxiliar le pregunta qué es lo que quiere, pero sabe que a pesar de su sonrisa no le importa ni a donde va ni qué es lo que está sintiendo, no obstante, obedientemente, le hace caso, sigue sus instrucciones y con paso cansino se acerca a la administración.

Este es el primer paso para su ingreso, le han llamado a casa y le ordenaron, realmente se lo dijeron pero le pareció una orden, que se presentase en la administración del Hospital a las 6 de la tarde, sólo eso, no le dijeron el porqué, se supone que ya lo sabía, tampoco le dijeron que era lo que necesitaba, pero también lo sabía. En la puerta de la administración se han ido reuniendo personas con eso que se ha dado en llamar «cara de circunstancias» las sonrisas son escasas y parecen más muecas que risas. Algunos están acompañados, su mujer, su esposo, sus padres, otros solos, pero eso no es realmente importante, porque cuando a uno le llaman para ingresar en un hospital, está realmente solo por muy acompañado que se encuentre.

Una vez tomados los datos de cada uno de los participantes en ese reparto de camas y servicios que sólo se realiza en los Hospitales, empieza el largo camino, en ascensor o no, a través de pasillos y plantas, donde cada uno se despidió de los demás deseándoles suerte en su nueva aventura. Las enfermeras, eficientes o no, pero casi siempre sobrecargadas de trabajo, dan ordenes, olvidándose del nombre y tuteando para ocultar su propio miedo y su pérdida de interés por lo que ocurre, porque quieren o no «el nuevo» sólo es eso un nuevo enfermo, una nueva persona que va a ocupar una cama que acaba de ser dejada por otro cuerpo.

La nariz afilada, los ojos escudriñantes, la cara pálida comienza a mirar al vacío, al mismo tiempo que inicia su proceso de pérdida de identidad. Ha perdido su capacidad de decidir pero, desgraciadamente, no su capacidad para pensar. Sabe que acaba de ponerse en manos de otros, pero sabe poco acerca de esos otros a no ser su reputación profesional, a veces ni eso. Tampoco está al tanto de esas personas que comparten su habitación, como ocurre en la mayor parte de hospitales españoles, ni de quienes les acompañan, además no conoce los modos y costumbres de lo que durante algunos días será su nueva casa.

Todo empieza a cambiar, hacia las 7 de la tarde le dan su «ultima cena» ya que o bien mañana van a operarle o bien van a comenzar las distintas pruebas. No tiene ganas, no le apetece, no es su hora, pero no hay otro remedio, como en los cuarteles o en los conventos, también aquí se marcan las horas, incluida la hora de queda, porque a las 9 parece hacerse el silencio, no hay sueño pero hay que dormir, no hay hambre pero hay que comer, no desea uno despertarse pero el pulso, la tensión, la inyección, la toma de la pastilla, propia o la del compañero alteran los sueños más profundos y las noches comienzan a hacerse eternas.

Puede aparecer el dolor o no, el propio o el del “otro” ese otro que tampoco tiene nombre pero si enfermedad, tuvo un infarto, lo operaron de «su» cáncer, le van a hacer un TAC porque tuvo una caída muy grave, y el dolor impregna las paredes de las habitaciones. Ese y no otro es el tema de conversación en las habitaciones de los hospitales. Los médicos hacen eso «visita de médico» y en segundos parecen saberlo todo acerca del enfermo, aumente esto, déle esto otro, que siga como está, y aunque los ojos «bovinos» del enfermo están suplicando conocer algo más sobre su estado, no se atreve a preguntar, sobre todo aquello que realmente quiere saber ¿Cuándo puedo ir para casa? Lo que quizá no sabe es que probablemente el médico tampoco lo sepa, todo depende de la evolución

y eso nunca se sabe, sólo se pueden hacer probabilidades, si todo sigue así, dice el médico, y es curioso porque ambos entienden lo que quiere decir aún cuando no se haya hecho explícito que es ese todo que debe seguir así. No hay nada más implícito que el lenguaje hospitalario y, curiosamente, todos parecen entenderlo.

Ha llegado el momento de abandonar el hospital, de repente la cara se ha transformado, sigue la palidez, señal inequívoca de que uno ha estado enfermo, pero los ojos son limpios y claros, como si estuviesen volviendo a ver el futuro y no solo lo que les rodea, las narices han vuelto a recuperar su papel y sus aletas parecen deseosas de volver a absorber otros olores, el andar sigue siendo lento, pero ya no se arrastran los pies y las manos cogen con poder y soltura aquella vieja bolsa que, de pronto, dejó de ser vieja para convertirse en «mi» bolsa, porque el yo comienza a abandonar su letargo y va poco a poco apoderándose del cuerpo que hasta ese momento le tenía dominado. En la despedida vuelve a aparecer el nombre, el que se marcha ya no es una enfermedad o una prueba o una operación tiene un nombre, y en su nombre comienza a despedirse de todos, enfermos, enfermeras, médicos, todos parecen transformarse en personas nominadas y conocidas a las que se les agradece lo que han hecho, incluso por aquello que no han hecho. Al fin se va uno para casa, terminó la hospitalización y el sujeto aunque anónimo vuelve a sentirse una persona normal, recupera su dignidad, sus roles, su status, su identidad, vuelve a ser él, ha recuperado su capacidad de decisión, su capacidad para pensar, su capacidad de acción, y para vivir o para morir vuelve a encontrarse con sí mismo.

Es precisamente sobre la manera de superar esta visión que el paciente ha tenido de los servicios de atención sanitaria y algunas otras cosas de lo que trata el libro del que estamos hablando. Desde un principio se nos introduce, en un brillante capítulo sobre el estrés que implica la hospitalización. El Prof. Soriano nos va llevando de la mano, paso a paso acerca de cómo la persona enferma al enfrentarse al hospital tiene que poner en marcha una serie de recursos psicológicos (estrategias de afrontamiento, en este caso) para re-estructurar, de alguna manera, su vida al enfrentarse a la enfermedad. Nos señala como esa re-estructuración no sólo depende de las demandas de la situación sino también de la personalidad del sujeto y de las estrategias de afrontamiento de las que dispone para afrontar la misma; de este modo, la respuesta ante la enfermedad así como acerca de la información que se debe tener o no tener ante la misma será diferente dependiendo de las variables anteriormente mencionadas.

Si el Hospital es un lugar que produce estrés, la problemática del enfermo lo puede complicar aún más. Tras una cirugía o por la propia evolución de la enfermedad, es probable que tenga que pasar por la U.C.I., tema éste del que se ocupa de forma exhaustiva Vicente Monsalve y colaboradores, viendo los aspectos críticos que se producen en ésta puesto que, en muchas ocasiones, el enfermo se encuentra inconsciente. Cómo informar a la familia, que aspectos psicológicos se deben atender, tanto en el enfermo como en los familiares, qué ocurre si el enfermo fallece, cuál es el algoritmo de actuación en estos casos, estos y otros muchos son los aspectos que los autores destacan en su capítulo.

Es también Vicente Monsalve el que se ocupa de la problemática del dolor, demuestra su gran maestría en este tema; nos enseña no sólo como enfrentarnos al mismo sino también las distintas teorías psicológicas que deben guiar nuestra intervención. Cómo se enfrenta el enfermo al dolor, cómo ayudarlo a soportar su sufrimiento, cómo enseñarle estrategias que le permitan aliviar el mismo y, al final, como ocurre en la mayor parte de los capítulos cuál es el algoritmo de actuación que debemos seguir para prestar una atención integral al enfermo. Junto al dolor, el enfermo oncológico hace su aparición de la mano de Rocío Romero, su experiencia en este campo le permite hablar con soltura del cáncer y su problemática psicológica. Los distintos períodos por los que pasa el enfermo, cómo él y su familia deben enfrentarse a la enfermedad, en qué medida y cómo el psicólogo puede ayudar, que debe saber el enfermo, qué sucede cuando uno no quiere información, son algunos de los temas tocados en este capítulo.

Eva Carbajo junto a los Dres. Tormo y Huget y colaboradores de sus Servicios, se enfrenta con tranquilidad, mesura y buen hacer a los temas de medicina interna (Cardiología y Digestivo) el papel del psicólogo en estas unidades, la preocupación por la adaptación del enfermo a su patología, el papel que los factores psicológicos desempeñan en la aparición, desarrollo y mantenimiento de la misma, son algunos de los contenidos que aborda en aquellos capítulos en los que actúa de manera interdisciplinar con otros profesionales de la Salud.

El libro, además de los contenidos comentados, se ocupa de unas problemáticas realmente novedosas, son los capítulos dedicados a infecciosos y amputados. Mientras que del primero se ocupa el Prof. Rafael Ballester el segundo está escrito por David Rudilla, autor también de la asistencia domiciliaria. Pocas veces encontramos estos temas en un libro sobre psi-

ciología hospitalaria. Parecía que las infecciosas ya no tuvieran secretos para su tratamiento en el siglo XXI, sin embargo, quizá nos olvidamos de la máxima «no hay enfermedades sino enfermos» y, en este caso, el Prof. Ballester nos enseña que la adaptación psicológica a las enfermedades infecciosas (recordemos que el SIDA es una enfermedad infecciosa) también tiene sus complicaciones. Lo mismo ocurre con los amputados, sobre todo si es a consecuencia de problemas vasculares (como se señala en el libro) la adaptación a la pérdida de una parte de nuestro cuerpo con los problemas de «miembro fantasma» y re-aprendizaje de funciones a consecuencia de la pérdida resulta muy interesante, además de novedoso.

Por su parte Jesús Blasco y Javier Mataix abordan, desde una filosofía no sólo de intervención, sino también preventiva, uno de los aspectos que más impacto sanitario tiene en muchas de las patologías antes mencionadas, que es el consumo de tabaco, abordando el tema con una visión novedosa, la integración de este tipo de programas en el entorno hospitalario.

Por último, nuestro enfermo, aquel de nariz afilada, sale del hospital y comienza su andadura solitaria. Además de recuperar su identidad tiene que recuperar su vida, pero esto quizá debe hacerlo poco a poco; por otro lado, quizás haya vuelto a casa para morir tranquilo y en el ámbito de su familia. En ambos casos, la asistencia domiciliaria es un apoyo esencial en el que el trabajo en equipo, como nos recuerda David Rudilla, se convierte en imprescindible.

Y todo ello desde una perspectiva integral donde, tal y como describe Santolaya y Novoa-Gómez en su capítulo final, el papel de la Psicología de la Salud puede desarrollar su verdadera esencia.

En definitiva, el equipo de psicólogos del Hospital General de Valencia, junto a una serie de colaboradores externos al mismo, van desgranando en cada uno de los capítulos sus conocimientos no sólo teóricos sino adquiridos también en su quehacer cotidiano. Vemos como han ido integrándose en cada uno de los servicios de los que nos hablan, notamos también su preocupación por tener un conocimiento integral del enfermo, ya que los temas intentan abordarlos desde una perspectiva bio-psico-social intentando aunar conocimientos de todos los campos para así proporcionar una atención psicológica total pero al mismo tiempo específica para cada uno de los problemas que les preocupa.

Se trata de un libro, por tanto, que además de permitirnos adentrarnos en el difícil campo del enfermo hospitalizado, nos permite conocer como podemos ayudarle no sólo para que su estancia hospitalaria le resulte más grata, sino también a que tenga una más rápida y eficaz recuperación. Refleja una dinámica de trabajo en el ámbito sanitario real de una vieja necesidad, la atención integral en el ámbito de la salud. De nuevo una vez más, José Soriano y Vicente Monsalve, en colaboración con Eva Carbajo y Francisco J. Santolaya, han tenido un enorme acierto al plantearse un libro como éste y al realizarlo con la seriedad y precisión que les caracteriza, sabiendo, además, agrupar e ilusionar a profesionales procedentes de distintas andaduras universitarias.

Elena Ibáñez Guerra
Universitat de València

AGRADECIMIENTOS

Desde un punto de vista científico, nadie duda en la actualidad de la multiplicidad de factores que confluyen en el mantenimiento de la Salud del individuo, y por ende, en las diferencias inter-individuales a la hora de enfermar. Las variables psicológicas implicadas en la salud y en la enfermedad afectan al individuo desde distintas áreas de manera individualizada; como concomitantes diferenciales de cada enfermedad, como reacción ante en proceso de enfermar, como mantenedor de la enfermedad, como modulador de la adaptación a la misma, y como facilitador o distorsionador del mantenimiento y la promoción de la salud. En este sentido, y aunque ya es clásica la descripción de la Salud y de la enfermedad como procesos biopsicosociales, verdaderamente dicho concepto no deja de ser utilizado desde lo teórico y en el ámbito de la investigación, pero lejos queda de ser aplicado en el ámbito asistencial de manera contundente y real.

En la actualidad, y en nuestra área de influencia son pocos los equipos de salud que abordan desde una perspectiva multidisciplinar las dimensiones sociales y psicológicas que también configuran parte del problema que se pretende resolver mediante los servicios de salud. Por un lado el mantenimiento de una visión biomédica clásica y por otro lado la juventud de la Psicología de la Salud aplicada al ámbito asistencial público todavía genera una situación de reticencia, fundamentalmente de las políticas económicas sanitarias, a la hora de promocionar la atención psicológica como parte integral del abordaje del usuario de las organizaciones sanitarias.

Y todo ello a pesar de la clara capacidad de la Psicología para aportar estrategias de evaluación, diagnóstico y tratamiento fuera de toda duda científica, propiciando un indudable efecto en el ámbito de la calidad asistencial percibida por el usuario, así como un claro efecto en la eficiencia de los equipos que se benefician de dicha actividad.

Esta situación no debe de generar desilusión, bien al contrario, es una oportunidad de negocio, entendida como la posibilidad de generar una ganancia, ganancia en la atención al usuario de los servicios asistenciales, ganancia en la eficacia de los tratamientos para la salud, ganancia en la prevención y promoción de la misma, y sobre todo, ganancia en la eficiencia de los servicios que configuran las organizaciones sanitarias, aspecto este último de obligado cumplimiento para las mismas, más en una situación de limitaciones en los recursos. Lo que implica, por tanto, un cambio tanto a distintos niveles. Por un lado es necesaria una apuesta de las políticas sanitarias hacia una verdadera atención biopsicosocial de la enfermedad y un claro apoyo hacia profesionales de la Psicología de la Salud cuyo papel no se restringe al papel desarrollado en las Unidades de Salud Mental. Esto supone, por otro lado que los planes estratégicos del Hospital consideren más en profundidad el papel de la Psicología en la atención de sus usuarios. Por último, los profesionales de la Psicología deben hacer un esfuerzo por promocionar las relaciones con otros estamentos hospitalarios, generando el interés por protocolos de atención multidisciplinarios.

Este libro nace desde el interés de difundir propuestas que ya están integradas en el ámbito hospitalario público. Recogemos formas de trabajo que se desarrolla desde la filosofía multidisciplinar antes planteada, que, siendo conscientes que no abarcan todos los temas que desde la Psicología de la Salud pueden desarrollarse en el ámbito hospitalario, si creemos que se aporta una visión práctica de nuestra actividad asistencial, recogiendo los temas que probablemente son, en la actualidad, principales vías de integración del profesional de la Psicología con otros profesionales de la Salud.

Nuestra propuesta plantea la necesidad de añadir valor a los servicios asistenciales incluyendo, en sus procesos, la atención psicológica. En definitiva se trata de aunar intereses que faciliten una mejor gestión de los recursos, y sobre todo una mejor atención a los usuarios de los Sistemas de Salud. Confiamos que este material pueda ser útil tanto a profesionales como a estudiantes de Ciencias de la Salud en general.

Queremos agradecer, en primer lugar, el constante ejemplo de los pacientes que tratamos en nuestras Unidades, ejemplo de esfuerzo por querer una vida mejor y por su esfuerzo por mostrarnos, día a día, nuestra necesidad de mejora y nuestras propias limitaciones en su tratamiento. Es esta la motivación fundamental que guía nuestro trabajo diario.

No queremos finalizar sin mostrar nuestro agradecimiento a los autores que participan en este libro, no sólo por su profesionalidad demostrada día a día, sino por su entusiasmo mostrado, desde el primer momento, ante este proyecto. También a D. Sergio Blasco, cuyo prefacio no deja de ser expresión de su clara apuesta por un modelo de gestión cuyo objetivo fundamental es la atención integral al paciente. Por último, nuestro agradecimiento a la profesora Dña. Elena Ibáñez, no sólo por haber aceptado prologar este libro, sino por seguir siendo un referente para tantos profesionales (tanto en el ámbito clínico como académico) que iniciaron su andadura de su mano.

Valencia, Diciembre de 2009

Vicente Monsalve Dolz
José Soriano Pastor
Eva Carbajo Álvarez
Francisco J. Santolaya Ochando

CAPÍTULO 1. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

ESTRÉS Y SALUD EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS

José Soriano Dolz

Facultad de Psicología

Universitat de València

1- Introducción

Desde el planteamiento biopsicosocial la salud se ha definido como “un bienestar físico, psicológico y social que posibilita a los individuos la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado de las situaciones estresantes de la vida” (OMS, 1978). Sin embargo, en tanto que estado, se producen oscilaciones en el mismo, de manera que el individuo entra en determinadas inflexiones que denominamos enfermedad, entendida como la “falta de salud” en los términos anteriormente descritos. Estas inflexiones suponen un cambio en la “vida habitual o cotidiana” de las personas y suele caracterizarse por una sintomatología que conlleva diversos grados de aturdimiento, dolor, molestias somáticas de diversos tipos, falta de conocimiento sobre las reacciones observadas, temor hacia lo desconocido, etc. Cuando estas inflexiones revisten gravedad o requieren el empleo de tratamientos específicos pueden conllevar la hospitalización, la cual supone salir de lo cotidiano, de lo habitual para la persona y el sometimiento (a la fuerza consentido) a protocolos de actuación en donde se pierde la capacidad de poder decidir (pruebas diagnósticas, traslados), la intimidad (dificultades de comunicación, obligación de compartir con extraños la vida personal) y, en definitiva, el control y el conocimiento sobre el futuro inmediato y en ocasiones lejano de uno mismo y de los allegados.

* *Agradecimientos: parte de este trabajo ha sido realizado gracias al apoyo del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España (MEC Ref: SEJ2007-61288/PSIC.)*

Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E., 2008) referidos al año 2005 en España se produjo una media de ingresos de 117,56 por cada mil habitantes (112,85 en la Comunidad Valenciana), con una estancia media de 8,47 días (6,40 en la Comunidad Valenciana). Estos datos sugieren que la hospitalización afecta a un gran número de personas cada año, las cuales tienen que enfrentarse obligatoriamente a una situación que es considerada como un estresor y que conlleva dos tipos de respuestas que suelen ser las más habituales: ansiedad y depresión.

2- El estrés

Aunque en la terminología cotidiana cuando se emplea el concepto de estrés se hace referencia a la adversidad, en el ámbito académico dicho concepto se desarrolló fundamentalmente a partir del siglo XVII cuando el físico y biólogo Robert Hooke consideró que dicho concepto estaba asociado a fenómenos físicos tales como presión, tensión y distorsión y lo aplicó a estructuras fabricadas por el ser humano. A partir de esta formulación físicos e ingenieros empezaron a relacionar dichos conceptos aplicándolos a las características físicas de los cuerpos sólidos. La presión (*load*) se consideraba el peso que se ejerce sobre una estructura. La tensión (*stress*) era la fuerza interna generada sobre el material y la distorsión (*strain*) se refería a la deformación del mismo. Sobre estos tres conceptos diversas disciplinas tales como la psicología o la medicina han establecido sus analogías, de manera que el término de presión ha llevado a la consideración del "estresor", entendido como el estímulo o la situación en la que se encuentra el individuo, el de tensión se ha mantenido para referirse al estrés, mientras que el de distorsión ha sido empleado para referirse a la enfermedad. Sin lugar a dudas fue Hans Selye (1956) quien más contribuyó a su implantación considerando que cuando el organismo se encuentra ante una situación estresante se produce una movilización de la energía almacenada, un incremento en la tasa cardíaca y respiratoria, así como de la presión arterial, paralizándose la digestión y produciéndose una disminución del impulso sexual, además de la inhibición del sistema inmunitario. Si la situación es lo suficientemente duradera se produce una reacción analgésica al dolor activándose y mejorando el funcionamiento de la memoria y agudizándose los sentidos (Amigó, et al., 2003).

Aunque cada uno de estos tres conceptos ha dado lugar a una forma característica en el estudio e investigación del estrés, el planteamiento más empleado en el contexto de la psicología de la salud es el considera-

do como interactivo o transaccional (Lazarus et al., 1984). Este planteamiento diferencial del estrés considera que nada es estresante salvo que el individuo lo considere como tal. Ello indica que un elemento fundamental a la hora de determinar si una situación resulta o no un estresor es la valoración que el individuo realiza de la misma. En dicho modelo teórico se distinguen tres grandes ámbitos: los denominados *antecedentes causales*, los cuales se componen de las características de la situación y de las características de la persona. Ello supone plantear que las situaciones en las que nos encontramos poseen unas características tales como novedad, ambigüedad, duración, incertidumbre, intensidad, inminencia, etc., las cuales afectan a su consideración como estresores. Por otra parte, no todos los individuos tienen las mismas ideas sobre sus temores o sobre lo que les resulta agradable o aversivo. Además el sistema de creencias sobre el control resultará clave en las respuestas emocionales que se produzcan. Es decir, los individuos que poseen determinadas características de personalidad (por ejemplo, alto neuroticismo), tenderán a considerar las situaciones como más amenazantes. Las características de la situación y las del individuo interactúan dando lugar a un segundo ámbito: los *procesos mediadores*. Aquí hay que distinguir entre la valoración y el afrontamiento. La valoración es un proceso por medio del cual la persona establece de qué manera le afecta la situación (valoración primaria) y si existe alguna forma de poder enfrentarse a ella con éxito (valoración secundaria). Se denomina valoración primaria de amenaza cuando la persona considera que no dispone de medios, en general, para hacer frente a la situación y las emociones asociadas suelen ser de tipo negativo (ansiedad, depresión, ira, etc.); se denomina valoración primaria de desafío cuando la persona considera sus posibilidades de acción y la valora como un reto, como aquello por lo que merece la pena luchar e implicarse, obviamente sin tener la certeza del éxito ante la misma. Las emociones asociadas a este tipo de valoración son positivas (esperanza, confianza, fortaleza, etc.).

El otro gran elemento dentro del ámbito de los procesos mediadores es el afrontamiento. Considerado como un proceso cambiante (no estable ni permanente en el individuo) que se utiliza para manejar o hacer frente a las situaciones (valoradas previamente). El afrontamiento se considera como un excedente de los recursos, con lo que todo lo que una persona hace para resolver una situación no se considera bajo el rótulo de afrontamiento (véase Soriano et al., 2005). El afrontamiento tiene dos funciones no necesariamente incompatibles: problema y emoción. El afrontamiento

centrado en el problema supone los esfuerzos empleados para cambiar el curso o desarrollo del mismo (buscar activamente información, planificar lo que puede hacerse, etc.); el afrontamiento centrado en la emoción pretende cambiar la repercusión emocional tiene sobre la persona un determinado acontecimiento (distraerse, relajarse, etc.). Ambos tipos de afrontamiento suelen darse en las situaciones aunque lo habitual es que alguno predomine sobre el otro.

El tercer ámbito es el denominado "*resultados a corto y a largo plazo*". Hay que indicar que los autores distinguen entre ambos, encontrándose entre los primeros los cambios fisiológicos y las emociones, los cuales repercuten a largo plazo sobre la salud/enfermedad, bienestar psicológicos y funcionamiento social de los individuos. Las principales respuestas emocionales inmediatas derivadas del estrés son la ansiedad y la depresión. Estas respuestas repercuten no sólo a nivel físico en las personas, sino también a nivel psicológico y social. Hay que destacar que el modelo es recursivo, es decir, se plantea un bucle en el funcionamiento, de manera que todo lo que sentimos repercute nuevamente en nuestra forma de ser, evaluar, afrontar, sentir, etc.

Un aspecto importante directamente relacionado con el estrés es el concepto de vulnerabilidad. Para que un individuo resulte vulnerable a un estresor deben cumplirse dos elementos fundamentales: el individuo debe valorar la situación como algo importante, al tiempo que deberá considerar que no dispone de recursos y/o estrategias de afrontamiento disponibles. Cuando sólo se produce una de estas dos no aparece la vulnerabilidad en el individuo, ya que si no resulta importante no hay preocupación y si resulta importante, pero considera que dispone de recursos la valoración en lugar de ser de amenaza tenderá a ser de desafío (Lazarus et al., 1984).

3- La enfermedad y la hospitalización

Las características más importantes de un evento estresante son la pérdida de control y el desconocimiento de lo que ocurrirá. La enfermedad, en concreto, constituye un daño, suele ser impredecible en numerosas ocasiones e incontrolable, de manera que la persona ha de confiar en el médico y trasladarle el control de la misma. Lo impredecible resulta especialmente estresante pues no permite al individuo a prepararse para la situación; sin conocer su duración, ni cómo será su curso o desarrollo, si habrá periodos de mejoría o de empeoramiento ni en qué consistirán, si dispondrá de ayuda o todo dependerá de uno mismo o por el contrario

de algo azaroso, si podrá aplicar cualquier tipo de estrategia o algunas se encontrarán más restringidas.

Resulta bastante habitual el hecho de que ante la aparición de la enfermedad se produzca una respuesta de negación de la misma que va seguida de diferentes etapas.

Lipowski (1967) indicó tres fases en la reacción de la persona ante la enfermedad:

- 1.- Aparición de miedo y ansiedad ante la reacción de la amenaza que supone la enfermedad.
- 2.- Sentimientos de aflicción y síndrome depresivo ante la toma de conciencia de la enfermedad. Esta toma de conciencia suele resultar necesaria para el ajuste y la adaptación ante la misma.
- 3.- Beneficios derivados del ajuste.

Weiner (1982) consideró que el proceso de adaptación a la enfermedad depende de múltiples aspectos tales como lo repentino de la aparición, si es o no curable, si supone un estigma social, si requiere hospitalización, la habilidad y experiencia previa del enfermo ante situaciones semejantes, variables personales tales como la edad, etc.

Cuando la enfermedad requiere hospitalización por la gravedad o por el tipo de tratamiento que debe aplicarse el enfermo suele carecer de recursos físicos propios, encontrándose en una situación de dependencia e incertidumbre, lo cual constituye un elemento que contribuye notablemente al estrés. El primer aspecto con el que se encuentra el enfermo es el marco físico del hospital. Habitualmente cualquier persona puede adecuar su entorno acorde a sus gustos y necesidades (hogar, marco laboral, etc.), sin embargo en la situación hospitalaria la única posibilidad que tiene el enfermo es aceptar dicho entorno conforme se le presenta. Se encuentra en un ambiente desconocido con unas normas que ignora (horarios de comidas, medicación, pruebas diagnósticas o de tratamientos, etc.). El enfermo tiene temores, como mínimo tiene dudas, pues entiende que su salud es lo bastante preocupante como para estar ingresado en un hospital. Normalmente tiene poca información sobre lo que le puede suceder en un futuro próximo ya que es frecuente la realización de pruebas diagnósticas sobre las que nadie puede saber su resultado. También es muy probable que no disponga de información precisa sobre las pruebas que se le van a practicar (analíticas, radiodiagnóstico, punciones, etc.), ni

tampoco sobre sus consecuencias (cirugía, amputaciones, etc.) y menos sobre sus resultados (Rodríguez et al., 1997).

Cuando el enfermo ingresa suele encontrarse en una habitación con varias camas más, lo que supone una clara pérdida de intimidad en donde resulta difícil mantener una conversación privada, teniendo que realizar en múltiples ocasiones sus evacuaciones en la cama, en presencia de acompañantes y de otros enfermos. La indumentaria que tiene que llevar suele consistir en una pequeña bata o pijama que deja al descubierto muchas partes de su cuerpo para así facilitar su reconocimiento y acceso del personal del hospital. Además, sus partes más íntimas suelen ser vistas e incluso palpadas por diversos miembros del personal hospitalario los cuales suelen emplear unos términos desconocidos sobre los que resulta difícil preguntar, pues las respuestas conllevan más terminología desconocida y suelen ser poco precisas (duración, posibilidades, etc.). A lo largo del día diversas personas entran y salen en la habitación del enfermo sin identificarse habitualmente, instándole a que realice determinado tipo de actividades (desvestirse, ponerse termómetros, toma de tensión, toma de muestras de sangre, etc.).

Cuando se produce la hospitalización los hábitos del enfermo cambian. La alimentación está pautada según el tipo de enfermedad. Los ritmos de sueño se ven alterados por irrupciones del personal sanitario para controlar sus signos vitales, así como por los producidos por alguno de los enfermos con los que se comparte la habitación e incluso por los producidos a nivel externo.

Por otra parte, en el entorno hospitalario se espera del enfermo que sea colaborador y cooperativo y que adopte una actitud pasiva, que es lo que Lorber (1975) denomina como "buen paciente". Los buenos pacientes son los que acatan todas las normas y plantean menos problemas al personal del hospital.

Un elemento importante de la hospitalización consiste en identificar los elementos que resultan especialmente estresantes para el enfermo. Al respecto hay que indicar que existe bastante semejanza en los trabajos que buscan identificar los estresores del enfermo hospitalizado. Los aspectos que más preocupan al enfermo son la preocupación por la gravedad del problema y tener dolor, estar alejado de los seres queridos, la incomodidad y la falta de información. Sin embargo los aspectos que menos importaron fueron el hecho de tener que compartir habitación o la indumentaria hospitalaria (Richart, Cabrero y Reich, 1993). En otro tra-

bajo realizado en Honduras estar separado de la pareja y familia reunió al 91,5% de las personas hospitalizadas, así como el difícil acceso de las mismas al hospital (87,3%), que fallezca un compañero de habitación (75,4%) o no saber cuándo se le dará el alta médica (74%) (Enamorado et al., 2005).

Desde una perspectiva diferencial parece que la edad actúa positivamente en la adaptación ante la enfermedad, así como en la valoración y el afrontamiento del estresor, encontrándose que, en niños, el nivel de estrés no se incrementa a partir de la estancia media de hospitalización (2 a 3 noches) (Fernández-Castillo, et al., 2006).

4- Los recursos del individuo

Desde el modelo teórico transaccional planteado por Lazarus y Folkman (1984) uno de los elementos básicos a la hora de explicar el funcionamiento del proceso del estrés se encuentra en lo que los autores denominan como "antecedentes causales", los cuales abarcan tanto las variables y características del medio como las del individuo. Las características del medio ya han sido abordadas al referirnos a la hospitalización. Pasaremos a bordar las características del individuo que afectan a la valoración y al afrontamiento del estrés hospitalario.

Un elemento importante son las expectativas que tienen los individuos ante la enfermedad, tanto las de eficacia como las de resultados, las cuales hay que entenderlas como cogniciones específicas que resultan cambiantes y se van reelaborando a partir de la información procedente de diferentes fuentes: los propios logros y fracasos previos, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción de diferentes estados fisiológicos propios. Dichas expectativas pueden influir en la salud por medio de dos mecanismos: uno motivacional y otro emocional. Desde el ámbito emocional pueden regular los intentos para eliminar los hábitos perjudiciales (conductas de riesgo). Por otra parte se encuentra el determinar el esfuerzo y la persistencia en la adopción de nuevas conductas que promuevan la salud y aquellas que prevengan la enfermedad e influir en los tiempos de recuperación de hábitos cotidianos (Villamarín, 1990)

Aunque no queda claro que las estrategias de afrontamiento en tanto que cambiantes y directamente influidas por la situación constituyan un "recurso" en el sentido de la estabilidad o permanencia en el individuo, hay que considerar la existencia de dos grandes tipos: las centradas en

el problema y las centradas en la emoción. Las estrategias centradas en el problema se aplican cuando el individuo ha valorado la posibilidad de cambiar algo en la situación y se han realizado valoraciones de desafío. Así estrategias directas de acción, planificación o la búsqueda activa de información con la finalidad de saber más sobre el problema para poder actuar, son estrategias centradas en el problema que parecen resultar más adaptativas. Siempre hablando en términos generales, pues la estrategia que ahora puede resultar útil puede no serlo después de un periodo de tiempo. En este sentido, las estrategias centradas en la emoción se ponen en práctica ante valoraciones de amenaza y cuando el individuo considera que poco puede cambiarse de la situación. Parece que las investigaciones al respecto concluyen que las estrategias de evitación, en general, suelen tener más éxito cuando consideramos su efectividad a corto plazo, sin embargo pierden su capacidad adaptativa cuando se las contempla en un plazo mayor de tiempo (Carver, et al., 1989). Hemos de considerar que el afrontamiento se pone en marcha atendiendo a las metas y/o objetivos que tienen las personas. En este sentido el componente motivacional resulta un elemento básico, el cual actúa a dos niveles diferentes. Un nivel actúa como rasgo, en el sentido de considerar lo que cada individuo quiere obtener o quiere rechazar; en definitiva su jerarquía de valores o metas. Otro nivel actúa como reacción a un conjunto de condiciones ambientales (como la hospitalización) y supone la movilización del esfuerzo mental y comportamental en una experiencia concreta para conseguir una meta o prevenir que se vea frustrada. De esta manera y en función de las características de personalidad, experiencia previa, valoraciones sobre el control y manejo sobre la situación y sus implicaciones se emplean las diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales pueden también estar influenciadas por las propias preferencias. Se trata, en definitiva, de un proceso complejo sobre el que se han identificado múltiples características diferenciales, estableciéndose su estructura básica. Sin embargo la dinámica o los "porqués" quedan lejos del conocimiento científico. Como también queda lejos de la intención de este capítulo la realización de un análisis exhaustivo sobre la problemática de las estrategias de afrontamiento, aspecto que ha sido abordado parcialmente en otros trabajos (Soriano et al., 2005).

Si consideramos la personalidad como el conjunto de cualidades que distinguen a una persona y que la hacen única e irrepetible permitiendo así diferenciarlas de los demás, deberíamos considerar tanto las variables características e idiosincrásicas del individuo sin perder de vista lo que le

diferencia del resto (Ibáñez, 1989). Ello supone establecer que las características de personalidad también influyen en la percepción del individuo sobre el estresor.

El neuroticismo es una dimensión de diferencias individuales que se caracteriza por la tendencia a experimentar negaciones negativas así como a establecer creencias y conductas asociadas a éstas (Costa, et al., 1987). Los individuos altos en neuroticismo tienden a valorar las situaciones como potencialmente amenazantes, así como a prestar más atención a los estados internos y a experimentar más molestias de tipo somático. Indudablemente se trata de un factor de riesgo que hace que los individuos se enfrenten peor a los estresores, valorándolos de manera más amenazante y empleando estrategias de afrontamiento más desadaptativas.

De manera opuesta a lo que sucede con el neuroticismo la dimensión de resistencia planteada por Kobasa (1979) se caracteriza por comprometerse con las situaciones, controlarlas y valorarlas como un reto o un desafío. Ello hace que las personas con puntuaciones altas valoren las situaciones de manera menos amenazante y como menos indeseables, implicándose en sus soluciones y comprometiéndose con ellas.

Otro recurso protector es el optimismo disposicional, entendido como una visión general y unas expectativas positivas sobre los resultados (Scheier et al., 1992). Ello lleva a los individuos a estar predispuestos a creer que los resultados deseados resultan posibles, lo cual les motiva a resolver de manera más persistente y eficaz las situaciones de estrés y de enfermedad. El optimismo supone valoraciones de la situación menos estresante y mayor empleo de estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Los enfermos optimistas informan de pocos síntomas físicos y se recuperan más rápidamente de las intervenciones quirúrgicas que los que puntúan bajo en esta dimensión, además tienen una mejor calidad de vida (Scheier, et al., 1989)

Desde una perspectiva más aglutinadora y global hay que destacar un concepto muy de moda en la actualidad que es el de "resiliencia". Los modelos teóricos actuales plantean la resiliencia como un constructo multidimensional que incluye variables constitucionales como temperamento y personalidad además de habilidades específicas (p.e.: solución de problemas), que permiten a los individuos afrontar eficazmente los eventos traumáticos de la vida. La resiliencia se conceptualiza habitualmente con-

figurada como un continuo con la vulnerabilidad y supone la resistencia a la psicopatología. Bonnano (2004) sugiere que en los adultos la resiliencia se debe establecer como la capacidad para mantener una salud relativa así como niveles estables de funcionamiento físico y psicológico ante los eventos traumáticos.

En la psicología de la salud el apoyo social ha sido considerado como un constructo asociado al mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la mejoría en la recuperación cuando ésta no ha podido ser evitada. El apoyo social debe considerarse como una condición que puede resultar favorable para el mantenimiento de la salud bajo ciertas condiciones (no hay que olvidar que el incumplimiento de la dieta suele producirse bajo condiciones de interacción social). Diversos estudios coinciden en establecer que en Estados Unidos el estado civil, el grado de contacto social con amigos y parientes, la pertenencia a una comunidad religiosa y la participación en asociaciones formales e informales supuso una menor tasa de mortalidad (Berkman et al., 1983).

En este mismo sentido no se debe olvidar la problemática asociada al familiar o acompañante del enfermo, los cuales atraviesan por circunstancias semejantes a los enfermos experimentando altos niveles de ansiedad y depresión (Gómez-Carretero, et al., 2006).

5- Comentario final

Sin embargo, para ser cautos con todos los resultados hay que indicar que parece existir una tendencia por parte del personal de enfermería y los médicos a sobrevalorar el estrés y malestar que provoca en el enfermo la hospitalización llegando a ser casi del doble en algunos casos (Biley, 1989). Es decir, desde un punto de vista de "apreciación" el personal hospitalario suele considerar que los enfermos se encuentran mucho peor de lo que ellos informan. También cabe preguntarse si los informes que realizaron fueron lo suficientemente fiables o si, por el contrario, estuvieron sesgados por la deseabilidad social, por el cooperativismo o por la intención de ser "buenos pacientes". Ello no hace sino que instar a la investigación en este aspecto. Existen muchos trabajos de investigación al respecto, sin embargo, los resultados ni son todo lo concluyentes que deseáramos ni tampoco lo suficientemente contundentes como para poder realizar afirmaciones rotundas (como sucede en la mayoría de trabajos de investigación).

La información es uno de los caballos de batalla que más problemas han producido entre los diferentes equipos multidisciplinares de un hospital. Existen estudios contradictorios sobre si dar información redundante en una mejor adaptación o si, por el contrario, no hace más que sensibilizar al enfermo produciéndole mayor grado de ansiedad (Johnston, 1988). En trabajos recientes se ha comprobado la importancia de evaluar antes de las intervenciones quirúrgicas las necesidades psicológicas de los enfermos de manera que la satisfacción con la información preoperatoria recibida influye en el estado emocional del enfermo. Sin embargo, resulta crucial aportar la información apropiada al enfermo en función de sus necesidades ya que algunos enfermos prefieren disponer de una información de tipo general, mientras que otros necesitan muchos más detalles. Si dividimos a los individuos en "buscadores" y "evitadores" de información se ha observado que se obtiene menor ansiedad cuando se da información a los primeros y se elimina en los segundos (Morgan, et al., 1998). Resulta importante destacar que, en algunos casos, aportar más información de la que el enfermo necesite puede agravar sus niveles de ansiedad (Gómez-Carretero, et al., 2008).

Estos resultados sugieren que los individuos que afrontan el estrés empleando estrategias centradas en el problema (confrontación, planificación), se benefician de la información ya que les ayuda a comprender la experiencia por la que atraviesan pudiendo interpretarla activamente en relación con la información aportada. Por otra parte, los individuos que emplean estrategias centradas en las emociones (evitación, catarsis, distanciamiento), se benefician en mayor grado si no se les aporta información, pues les permite emplear mayor distracción en la situación (Morrison et al., 2008).

CAPÍTULO 2. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Vicente Monsalve Dolz

*Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor
Consortio Hospital General Universitario de Valencia*

1- Introducción

El dolor crónico se ha definido como *"una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma"* (IASP, 1979). Desde esta perspectiva el dolor se considera como un fenómeno subjetivo, invalidando el concepto de dolor como una modalidad sensorial simple, y presentándola como una experiencia perceptual compleja. Considera que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo y subraya la importancia que tiene la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables, lo que otorga una enorme importancia a la descripción de la persona que experimenta el dolor.

Más recientemente, y desde la consideración del dolor crónico como una enfermedad, se ha promovido el reconocimiento mundial del Tratamiento del Dolor como un Derecho Fundamental de los Seres Humanos. De tal manera que algunos autores proponen una nueva definición del dolor que recoja esta sensibilidad, como *"una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma"* (Ibarra, 2006).

* *Agradecimientos: parte de este trabajo ha sido realizado gracias al apoyo del Ministerio de Educación y Ciencia del Gobierno de España (MEC Ref: SEJ2007-61288/PSIC.)*

Será con la publicación de la Teoría de la Compuerta (Melzack y Wall, 1965), cuando definitivamente se considere el dolor como una experiencia multidimensional. Este trabajo aporta una idea fundamental, que el Sistema Nervioso Central tiene un papel esencial en la inhibición o excitación de la percepción del dolor, dando lugar a un mecanismo por el que los procesos psicológicos y emocionales pueden modular la señal sensorial. Desde entonces se ha considerado el dolor como una percepción multidimensional configurada por tres dimensiones fundamentales: la discriminativo-sensorial, la motivacional-afectiva y la cognitivo-evaluativa (Melzack y Casey, 1968).

La primera dimensión (discriminativa-sensorial) delimita la cantidad y cualidad de la estimulación sensorial que da origen a la experiencia álgica, siendo, desde un punto de vista fisiológico, la entrada sensorial. El papel de la segunda dimensión (motivacional-afectiva) es caracterizar el dolor como desagradable y aversivo, lo que favorece distintas respuestas emocionales motivando la conducta del sujeto a escapar y/o evitar la estimulación nociva. Por último, la dimensión cognitivo-evaluativa recoge la integración superior de la experiencia del dolor, integración que se produce a nivel cortical y en la que intervienen procesos tan complejos como la atención, la memoria, los procesos cognitivos de valoración, las creencias, etc. Es quizá la dimensión que añade la característica de subjetividad a la experiencia del dolor.

Por tanto la percepción del dolor como resultado final, tiene un inicio en una estimulación sensorial, una modulación intermedia afectiva y motivacional, y una integración superior y final a nivel cortical. Es esta integración final que exacerba o inhibe la estimulación sensorial primaria y lo que percibe el sujeto cuando experimenta dolor. Desde esta perspectiva, no cabe duda que el abordaje psicológico del paciente con dolor crónico es irrenunciable, más todavía cuando la percepción del dolor se ve modulada por variables tales como la interpretación de los síntomas o del efecto de los tratamientos, las respuestas emocionales personales o aquellas generadas en el entorno del paciente, o las ganancias que el sujeto obtiene mediante la expresión de su dolor, etc., de tal manera que el manejo adecuado del dolor por parte del profesional de la salud, va a depender de la evaluación y control de este tipo de variables.

El dolor se ha clasificado según diversos criterios, según su tiempo de duración, según su intensidad y según el mecanismo fisiopatológico que lo desencadena. Según su tiempo de duración se clasifica en agudo y

crónico. La IASP ha definido dolor crónico como todo aquel que perdura durante tres meses o más. Según intensidad, el dolor se clasifica en leve, moderado o grave. Según el mecanismo fisiopatológico que lo desencadena, el dolor se ha clasificado en Dolor Nociceptivo, generado a partir del estímulo de nociceptores, incluyéndose en esta categoría el dolor de origen óseo, muscular, visceral y superficial; y el Dolor Neuropático relacionado con lesiones de las fibras sensitivas o estructuras del Sistema Nervioso Central. Puede ser de origen central o periférico. También se ha clasificado en base a su origen como dolor oncológico y dolor no oncológico.

Los datos epidemiológicos recogidos en un estudio reciente muestran que, en el ámbito europeo uno de cada cinco encuestados tiene algún tipo de dolor crónico, y que más del 60% de pacientes con dolor crónico considera su dolor está mal controlado. En España los datos generales apuntan a que un 44% de los pacientes sufren un dolor grave (fundamentalmente de características osteo-musculares), aunque sólo el 27% acude a una Unidad Especializada para el Tratamiento del dolor (Breivik et al, 2006).

Ahondando en los dos grupos generales de dolor crónico según su origen, podemos hacer algunas observaciones epidemiológicas. En cuanto al dolor oncológico, en uno de los pocos estudios internacionales existentes (Caraceni et al, 1999) encuentra que alrededor del 40% de los pacientes oncológicos tienen dolor en ese momento a pesar de que más del 90% seguía una pauta farmacológica convencional. La evolución media del dolor es de 6 meses y la intensidad media del dolor es en más del 50% entre moderada y grave. Más del 60% de la muestra había experimentado, además de su dolor basal, dolores irruptivos transitorios valorados como de intensidad grave. La causa fundamental del dolor era el tumor, aunque en un 20% se relacionaba con el tratamiento de ese tumor y en más de un 2% ni con el tumor ni con su tratamiento. En cuanto al estado físico, más del 70% mostraron una dependencia funcional relevante.

En cuanto al dolor no oncológico, el único estudio epidemiológico realizado en España fue publicado en 2004 (Casals y Samper, 2004). Los resultados del estudio ITACA plantea que la mayoría de pacientes con dolor crónico tenía una edad comprendida entre 55 y 70 años. El 92,56% viven en familia y el 74,44% en medio urbano. La etiología del dolor crónico fue, por orden de frecuencia: lumbalgia (52,92%), seguida de osteoartritis (33,96%) y artrosis (30,65%). La evolución media del dolor fue de más de 5 años. Más del 75% tenía algún tipo de limitación de su actividad física.

2- Implicación del dolor crónico en el ámbito hospitalario

Desde la segunda mitad del siglo XX son multitud las Unidades de Dolor creadas en todo el mundo, siendo en España su desarrollo más destacado desde los años 80, habiendo en la actualidad aproximadamente 100 Unidades de Dolor acreditadas, Unidades que desarrollan su actividad en el entorno hospitalario.

No cabe duda que el interés por la creación de estas unidades está relacionado con el impacto que el dolor crónico tiene en la sociedad industrializada. Las personas con dolor crónico tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades médicas crónicas, y se ha calculado que la repercusión económica puede corresponder al 2,5% de PIB de los países industrializados (Bassols, 2000).

Las Unidades de Dolor tienen como objetivo la evaluación, diagnóstico y tratamiento especializado del dolor crónico, de cualquier etiología. En nuestro caso, la Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia en una Unidad de Nivel IV (multidisciplinar, con actividad tanto asistencial como de investigación) asume la asistencia del paciente con dolor crónico del Departamento 9 de la Conselleria de Sanitat abarcando un área donde se incluyen más de 370.000 habitantes. Desde 2008 ha sido nombrada por la Conselleria de Sanitat como Unidad de Referencia de la Comunidad Valenciana, ampliando, en este sentido, su área de actividad a toda la Comunidad atiendo una media de 1250 nuevos usuarios anualmente, y realiza una media de 260 actos quirúrgicos anuales.

Los tratamientos médicos más comunes, pueden diferenciarse en tres grupos. Un primer grupo es la intervención farmacológica no invasiva por diversas vías, como la oral o la transdérmica. Los fármacos más utilizados son los analgésicos, los antiepilépticos y los antidepresivos. En este sentido, cabe resaltar que la asociación de medicamentos para su administración simultánea en enfermos con dolor es una práctica muy habitual (Minguez A, De Andrés J, 2001). Otro de los grupos de tratamientos médicos, hacen referencia a las técnicas de infiltración locales, donde se pueden incluir bloqueos nerviosos mediante la inyección de distintos fármacos. Estas técnicas también pueden realizarse mediante distintas vías, como la intramuscular, la intravenosa, o la vía espinal. Por último están las técnicas de neuromodulación mediante sistemas implantables (estimulación medular y la infusión espinal). Estas técnicas se realizan mediante la utilización

de un sistema que se implanta en el paciente mediante una intervención quirúrgica que requiere un breve ingreso hospitalario. Todos estos acercamientos terapéuticos tienen como objetivo general el alivio del dolor, y no el control etiológico de la enfermedad asociada al mismo. Esto hace necesario la valoración de la elección del tratamiento adecuado, considerando las características del dolor en el contexto psicológico y social del paciente, lo que obliga a una individualización de los tratamientos.

3.- Principales variables psicológicas relacionadas con el dolor crónico

El dolor crónico plantea una situación especial para el paciente que se caracteriza, por sentimientos de desesperanza y percepción de fracaso de los tratamientos seguidos, dificultad para discriminar y describir su sintomatología, reducción de la actividad y excesivo reposo, dependencia de analgésicos y psicofármacos, trastornos del sueño, alteraciones del humor y el estado de ánimo, deterioro de las habilidades sociales y una reducción de la autonomía personal, abandono del trabajo, etc... Pero como ya se ha comentado, las variables psicológicas no sólo actúan como reacción al síntoma, sino que son parte de la experiencia del dolor. En este sentido cualquier dolor tiene un componente psicológico que lo constituye. Entre las variables psicológicas relacionadas con el dolor crónico más estudiadas, podemos diferenciar entre variables emocionales y variables cognitivas.

La ansiedad es uno de los factores emocionales moduladores de la experiencia de dolor. Por una parte, se ha relacionado con el círculo vicioso dolor-tensión muscular-dolor, lo que actúa como un factor psicofisiológico de aumento o disminución del dolor. Por otra parte, también se ha relacionado la ansiedad y el dolor mediante procesos atencionales las personas con altos niveles de ansiedad centran más su atención en sus sensaciones corporales, y en consecuencia en su dolor, hecho que contribuye a mantenerlo y/o aumentarlo. Finalmente, los niveles altos de ansiedad dificultan la capacidad de diferenciar y evaluar las sensaciones corporales, llegando incluso a confundirlas, lo que dificulta la capacidad de describir y diferenciar el dolor de otro tipo de síntomas.

Otra variable a considerar es la depresión y todos los estados emocionales relacionados con la misma (tristeza, desesperanza, anhedonia, pesimismo,...), que no sólo es una posible consecuencia del dolor, sino que también contribuyen a que la persona lo perciba con mayor intensidad. Se ha relacionado la depresión con una disminución del umbral del dolor. Además de otros procesos relacionados, las creencias respecto al dolor,

y respecto a los recursos que el sujeto cree tener para solucionarlo es un factor relevante en la depresión del paciente con dolor crónico (Soucase, Monsalve y Soriano, 2005).

Otro de los aspectos emocionales relacionados con el dolor, es la capacidad de expresar emociones. En este sentido, tanto la irascibilidad como la alexitimia, especialmente, la dificultad para expresar adecuadamente los sentimientos (Ak, 2004), puedan contribuir a que la persona perciba más dolor. En este sentido, la propia frustración frente a la enfermedad crónica, las quejas somáticas persistentes, la falta de información o la información ambigua sobre la etiología del dolor, acompañado, en ocasiones, de los repetidos fracasos terapéuticos, así como de las repercusiones laborales y económicas derivadas de la pérdida de rol y de la dificultad o falta de comprensión del entorno familiar y social, aumentan la probabilidad de que los enfermos de dolor experimenten estados de ira asociados, que a su vez contribuyen a un aumento de la percepción del dolor.

Entre los múltiples factores cognitivos relacionados con el dolor cabe resaltar la valoración, entendida como el proceso mediante el que se establece en qué medida una situación afecta a un individuo, así como qué es lo que puede hacerse para hacerle frente. Desde la perspectiva de la teoría cognitiva de la emoción tanto la cualidad como la intensidad de una emoción depende de la propia valoración que el individuo realice, y en este sentido, la valoración indica la implicación que tiene un evento sobre el propio bienestar personal. En relación a la valoración los individuos más adaptados son aquellos que consideran que controlan su dolor, se consideran menos superados en cuanto a sus recursos, se consideran menos limitados en su vida, son capaces de disminuir su dolor, pueden cambiar el dolor o hacer algo al respecto, pueden expresar sus emociones, plantean que el dolor "no desborda" sus posibilidades, están menos preocupados por el dolor y piensan que hay medios para solucionar su dolor (Soucase, Soriano y Monsalve, 2005). Procesos como la atención, las creencias sobre el dolor y sus tratamientos, la percepción del control, las experiencias previas, etc., serán factores que van a intervenir en la valoración y que deben ser consideradas.

Otros factores pueden modificar la experiencia de dolor y las conductas relacionadas con ella. La importancia del contexto explicaría porqué personas con el mismo tipo de lesión perciben diferente cantidad de dolor en diversas circunstancias. Algunos autores resaltan la importancia del dolor como construcción social (Gil, 2007). El significado que tiene para

las personas y para su entorno social resultan determinantes, en muchas ocasiones, tanto para la atención de la persona hacia el dolor como para sus expectativas y atribuciones sobre el, así como el refuerzo de cierto tipo de conductas que pueden aumentar la percepción del dolor o por el contrario, pueden facilitar, no sólo la adherencia terapéutica, sino también el propio manejo del mismo. Lo mismo ocurre con las experiencias previas (tipo de dolor, manejo previo, experiencia con tratamientos previos, etc.) tanto del paciente con dolor como del entorno social, modulando, tanto su solicitud como el apoyo social recibido.

4- Intervención psicológica en el ambiente hospitalario del dolor crónico

Es a partir de la consideración del dolor desde una perspectiva subjetiva y multifactorial, no exenta de complejidad que el abordaje terapéutico deja de pertenecer de forma exclusiva a la disciplina médica para ampliarse a otras disciplinas, considerando los factores psicológicos como parte integral del procesamiento del dolor, factores psicológicos considerados hasta entonces únicamente como meras reacciones al mismo, subrayando el papel necesario del profesional de la Psicología en su tratamiento. Dentro de la disciplina psicológica uno de los abordajes que ha demostrado su utilidad es la terapia cognitivo-conductual. Los primeros acercamientos desde el modelo conductual con los trabajos de Fordyce (1968) completados desde el modelo cognitivo-conductual con los trabajos de Turk (1978) han dado lugar a que hoy en día la intervención cognitivo-conductual se caracterice por resaltar la importancia del papel cognitivo en la experiencia del dolor, tanto como dimensión que configura dicha experiencia, como objetivo en el tratamiento del dolor, abordando en su trabajo, no sólo el control de las conductas relacionadas con el mismo, sino también el manejo de los pensamientos, las interpretaciones, las creencias que modulan en definitiva la percepción última del mismo. Por esta razón, el programa terapéutico que se describe en este trabajo va dirigido a facilitar la adaptación y control del dolor mediante el trabajo de las distintas variables psicológicas, tanto emocionales, conductuales como cognitivas, relacionadas con nuestro objetivo terapéutico, esto es, el manejo y alivio del dolor.

Tal y como describimos en el algoritmo, la intervención psicológica en el paciente con dolor crónico, se encuadra dentro del esquema general de intervención de una unidad especializada para el tratamiento del dolor.

Varios son los aspectos generales que deben ser tenidos en cuenta en la evaluación del paciente con dolor crónico. En primer lugar, las circunstancias del paciente, circunstancias específicas condicionadas por la

situación de su enfermedad y de su sintomatología. En este sentido es fundamental la valoración, de aspectos tan relevantes, como ansiedad, depresión, conductas de dolor, estrategias de afrontamiento, expectativas ante la enfermedad, control de respuestas psicofisiológicas, etc.

No se debe olvidar, en segundo lugar, el papel del entorno familiar. El papel asistencial del trabajo psicológico también debe estar dirigido, a atender las dificultades de la familia y asesorarla respecto al cuidado e interacción con el enfermo, lo que permitirá una mayor cobertura terapéutica y supondrá una ayuda importante de cara a la consecución del objetivo asistencial.

La Psicología es rica en instrumentos de medida que resultan útiles a la hora de medir y discriminar aquellas variables que pueden causar o mantener la experiencia subjetiva del dolor. Sin embargo, el proceso de evaluación no debe convertirse en un pesado trámite para el paciente que ingresa en una Unidad de Dolor, ni en un obstáculo en el trabajo de los demás profesionales de la propia Unidad. Por ello se exige que el tiempo de evaluación y diagnóstico psicológico (tiempo que depende de las características del propio paciente), esté previamente establecido en base al funcionamiento interno de la Unidad y en consonancia a las distintas intervenciones que desde distintos ámbitos son requeridas por el paciente.

Los instrumentos para cubrir los objetivos de la evaluación conductual en el caso del Dolor crónico son, principalmente, la entrevista, la auto-observación, los cuestionarios y los registros psicofisiológicos. Pero ello no debe hacernos olvidar la información médica relevante al caso y el hecho de que no es preciso utilizar todos los instrumentos de evaluación antes citados. Más al contrario, se debe intentar no abusar en la aplicación de los instrumentos de evaluación, teniendo en cuenta en todo momento la relación coste/eficacia (Vallejo, 1994), sin olvidar la necesidad de abarcar la naturaleza multidimensional de la experiencia del paciente con dolor.

Se considera adecuado que el proceso de evaluación sea posterior al diagnóstico clínico, pero previo al inicio de cualquier proceso terapéutico, con el fin de discriminar la rentabilidad de una terapia o seguimiento psicológico, como acercamiento terapéutico central, o como técnica coadyuvante de otros acercamientos médicos. En este sentido, la intervención psicológica es una parte más del tratamiento integral que se le ofrece al paciente como tratamiento único (A).

Respecto al Diagnóstico, debemos resaltar, que, obviamente los pacientes con dolor crónico viven una experiencia de sufrimiento con un alto componente afectivo y emocional, en la que es habitual la aparición

de fenómenos psicopatológicos tales como la ansiedad o la depresión, fenómenos que pueden favorecer una reducción de la tolerancia y un incremento del dolor (Philips, 1988). Sin embargo, no deben considerarse dichos fenómenos como entes etiológicos del síndrome doloroso, y si bien queda claro que en cualquier tipo de dolor, tanto crónico como agudo, los aspectos psicológicos son relevantes, no es menos cierto que el porcentaje de pacientes que pueden ser diagnosticados de un dolor de características puramente psicógenas es muy pequeño, por lo que puede entenderse fácilmente que el papel asistencial del psicólogo en una Unidad de Dolor no es la de tratar etiológicamente aquellas patologías de causa meramente psicológica, sino que su actividad se amplía, de forma coadyuvante, a la evaluación y tratamiento de los aspectos psicológicos relevantes que pueden aparecer en otro tipo de patologías álgicas (B)(Monsalve, 1997). Si el dolor es un síntoma asociado a un trastorno psicopatológico de base, el paciente debe recibir la atención sanitaria adecuada(C).

Por último, en cuanto al tratamiento, al igual que se defiende la intervención multidisciplinar en el abordaje terapéutico del dolor, también nos gustaría resaltar la conveniencia de plantear el abordaje del dolor, desde un punto de vista ecléctico como "multi-estratégico", y no rechazar, en aras de la pureza de una posición teórica, técnicas que pueden ser eficaces en un momento dado. Es obvio que el dolor no desaparece definitivamente por manipulaciones psicológicas cuando está originado por lesiones concretas: lesiones, problemas metabólicos, etc. En estos casos, el tratamiento psicológico forma parte, desde una óptica multidisciplinar, de otro más amplio en el que intervienen acercamientos médicos, farmacológicos, etc. De ahí la importancia que para el tratamiento del dolor, especialmente del dolor crónico, tiene no sólo la aplicación de una buena terapéutica farmacológica, sino la elección de una estrategia adecuada dirigida a conseguir modificar ciertos aspectos relacionados con la actitud del paciente ante el dolor, más todavía cuando la selección de un tratamiento y el impacto que puede provocar en el paciente, no depende únicamente de la mejoría clínica del mismo, sino de otras variables que deben ser consideradas y que inciden de manera directa en la propia CV del mismo (D).

Nuestra intervención se centrará en resolver aquellos aspectos relacionados con el manejo del dolor y proporcionar al paciente una mejor capacidad de afrontamiento del mismo (Soriano y Monsalve, 2005), y será éste nuestro objetivo terapéutico principal. Aunque la intervención puede ser en grupo (es el caso de protocolos desarrollados en nuestro

Hospital, como la Escuela de Espalda), la decisión de incluir a un paciente en un protocolo de intervención psicológica debe ser siempre individualizado, decisión que no debe tomarse únicamente por las características fisiopatológicas del dolor, sino también por las características psicológicas diferenciales del sujeto, siempre tras la información y consentimiento del plan configurado (E),. En este sentido, la descripción de las técnicas que se realiza a continuación según su objetivo terapéutico, tiene un objetivo más docente que real, dado que dependiendo del caso, se utilizarán múltiples estrategias en orden diferente según el caso.

Uno de los objetivos generales de nuestra intervención será reducir la activación fisiológica o el nivel de tensión (F). El entrenamiento en el control respiratorio puede favorecer el manejo de cierto tipo de respuestas fisiológicas relacionadas con la hiperventilación y que pueden provocar respuestas ante la amenaza o aumentar el miedo ya provocado por otros estímulos favorecedoras del dolor. Por ello el control de la respiración puede ser de gran utilidad en el control de las respuestas de ansiedad.

Quizá una de las técnicas más habituales para el manejo del dolor crónico sean las técnicas de relajación. Mediante la práctica de estas técnicas se intenta que sea la propia persona la que pueda controlar su propio nivel de activación y alcance un estado de ausencia de tensión (relajación), siendo una eficaz medida de autocontrol en los momentos críticos que permite reducir el impacto de los síntomas somáticos (frecuencia cardíaca, tensión muscular, frecuencia respiratoria, temperatura periférica) y proporciona un compromiso físico y cognitivo que distrae de la situación que produce ansiedad. Estas técnicas han mostrado mayor eficacia en combinación con otros tipos de intervención que por si solas (Vallejo, 2006).

Por último, y dentro de este primer grupo, están las técnicas de biofeedback. Por medio de estas técnicas se proporciona a la persona una o varias de sus señales fisiológicas (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura periférica, tensión muscular, etc.) que se producen ante determinados estímulos. Se pretende que la persona identifique sus respuestas fisiológicas e intente controlarlas. Con la ayuda de instrumentos más o menos complejos, que recogen y codifican las respuestas fisiológicas emitidas por el organismo, se devuelven esas señales a la persona, normalmente de forma visual o auditiva. Este tipo de estrategia ha mostrado su eficacia en distintos síndromes de dolor crónico, especialmente aquel con un componente musculoesquelético.

Otro de los objetivos terapéuticos con la intervención psicológica en el paciente con dolor crónico, es la de modificar la forma en que el sujeto percibe la situación (G). Las técnicas cognitivas buscan que la persona afectada aprenda a controlar y a modificar sus cogniciones. En este sentido, la reestructuración cognitiva busca ayudar a la persona a identificar las creencias erróneas que median en sus conductas, refutarlas y sustituir estas creencias irracionales por otros pensamientos más adaptativos. El entrenamiento en autoinstrucciones, la parada de pensamiento, etc. son técnicas que se suele utilizar para frenar, cambiar o contrarrestar el efecto negativo de los pensamientos automáticos que interfieren en el afrontamiento de los sujetos, dificultando su potencial adaptativo.

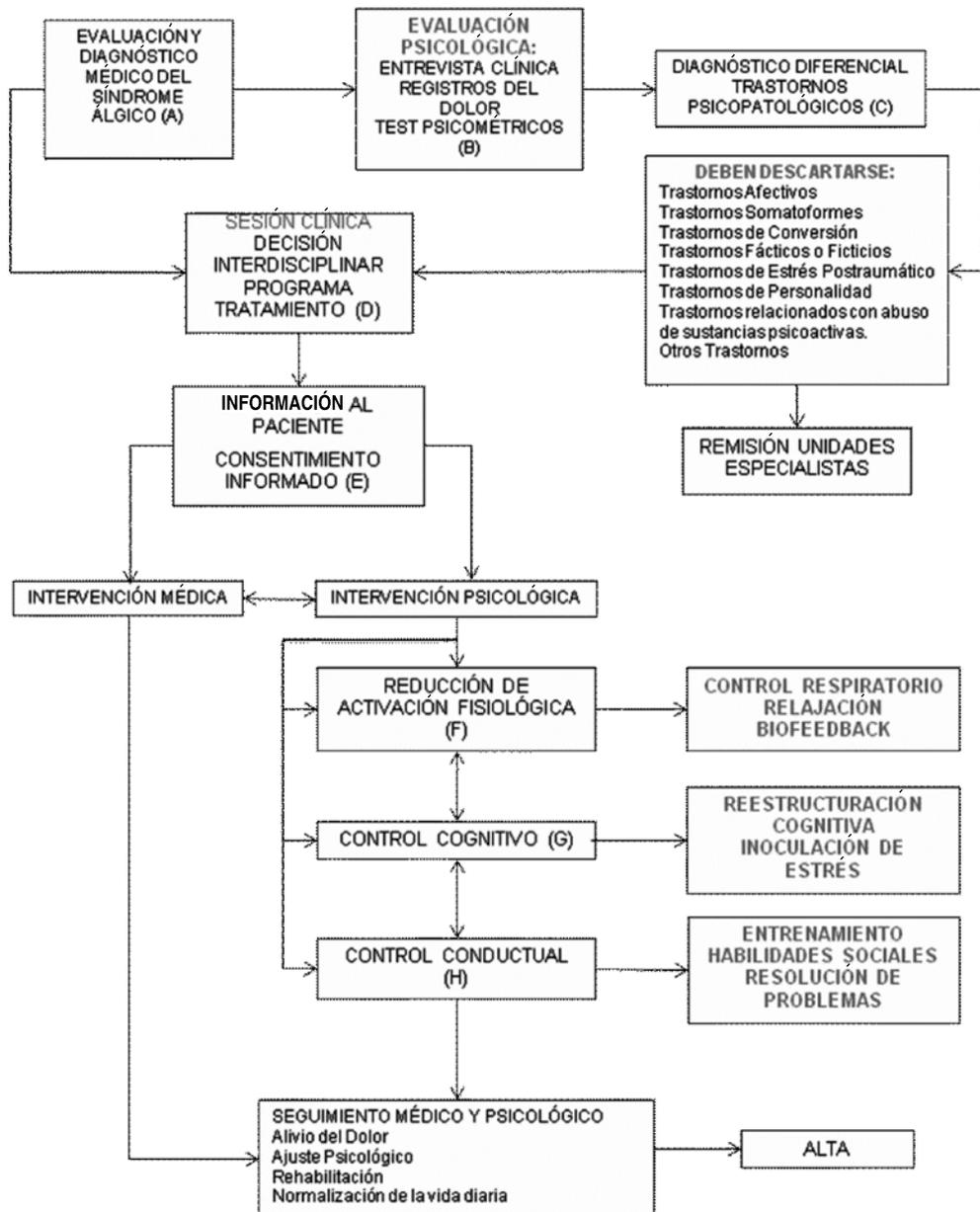
La inoculación de estrés entrena a los pacientes para disminuir la tensión y activación fisiológica y cambiar las interpretaciones negativas por otras que permitan afrontar el estrés. Su objetivo es proporcionar al paciente un sentido de control sobre sus temores, enseñándole una serie de habilidades de afrontamiento.

Por último, la intervención psicológica busca modificar las conductas que puedan interferir en el beneficio terapéutico del paciente con dolor crónico. El objetivo se centra en reorientar las actitudes erróneas del sujeto en una dirección constructiva, proporcionando habilidades de las que carece o bien modificando las conductas inadecuadas. En este sentido, el Entrenamiento en Habilidades Sociales va a ayudar a mejorar las estrategias necesarias para obtener relaciones afectivas satisfactorias con los demás, para realizar actividades exitosas en su entorno social que permita el apoyo social. El entrenamiento en asertividad y las técnicas de solución de problemas pueden ser útiles para facilitar este objetivo.

El protocolo de intervención multidisciplinar debe ser evaluado para los ajustes correspondientes y como criterio de calidad asistencial. Entre los objetivos de dicha intervención hay que resaltar el alivio de dolor como principal objetivo, pero también la rehabilitación física y la adaptación y el ajuste psicológico y la normalización de la vida diaria, aspectos que delimitan la Calidad de Vida del usuario al que atendemos en los Centros de Salud.

5- Algoritmo para la intervención psicológica en el paciente con Dolor Crónico

Algoritmo para el manejo psicológico del paciente con dolor crónico.



CAPÍTULO 3. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÓNICO

Rocío Romero Retes

Servicio de Psicología

Instituto Valenciano de Oncología (IVO)

1- Introducción

Etimológicamente, la Oncología es la ciencia que se ocupa del estudio de los tumores (del griego onco: tumor), y que se basa en la propiedad biológica de las células vivas en transformarse en cancerosas, escapando a los mecanismos de control fisiológicos y desafiando a las leyes homeostáticas. Es decir y citando al Dr. Cubedo (2007), nuestros tejidos se desgastan y deben renovarse. Eso requiere que algunas células se dividan de cuando en cuando. Pero la división celular debe suceder en el lugar preciso, en el tiempo exacto y en la cantidad justa. El cáncer sucede cuando todos esos mecanismos de seguridad fallan y el poder primitivo de la proliferación celular se libera.

Entre las causas conocidas que pueden provocar mutaciones genéticas capaces de contribuir al desarrollo de un cáncer, nos encontramos con causas genéticas, infecciosas, tabaco, dieta y contaminantes, las radiaciones ionizantes y la disminución de la inmunidad. Sin embargo, en la gran mayoría de los pacientes, ignoramos por completo la causa de su cáncer. En general podríamos decir que no son más que factores de riesgo. Siempre habrá personas con muchos factores de riesgo y una salud de hierro; y, también personas a las que se les diagnostica un cáncer con gran sorpresa, porque carecían de factores de riesgo.

El informe más reciente sobre la situación del cáncer en España que elaboró el Ministerio de Sanidad data del año 2005. Según este documento, cada año se diagnostican en España 162.000 nuevos casos de cáncer. De ellos, los de colon, pulmón y mama son los más frecuentes. Ahora bien, desde 1999, el cáncer es ya la segunda causa de muerte de los españoles, por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio. Pulmón, colon, próstata, estómago y vejiga son los tumores responsables del mayor número de muertes entre la población masculina por cáncer; mientras que en el caso de las mujeres esta lista la encabezan cáncer de mama, colon, estómago, páncreas y pulmón. El análisis que Sanidad y los especialistas hacen de estos números indica que el diagnóstico precoz y los avances en los tratamientos permiten que hoy en día más de la mitad de los pacientes sobreviva a la enfermedad. Esta supervivencia es algo menor en hombres (44 por ciento) que en mujeres (56 por ciento) debido a que los tumores de mayor incidencia entre varones suelen tener un comportamiento más agresivo.

Existen más de cuatro centenares de cánceres diferentes, si bien se pueden clasificar en cuatro grandes grupos: el de los carcinomas, el de los sarcomas, el de los cánceres de la sangre y el resto. Los más frecuentes son los *carcinomas* que nacen de los epitelios, es decir de la piel o de las mucosas que recubren todas las cavidades y conductos del cuerpo. Unos aparecen en la parte externa sometida al contacto y agresión de agentes externos (sol, tabaco, alcohol, agentes químicos...) y se les denomina carcinomas epidermoides y son los más frecuentes en tumores de piel, laringe, bronquios o pulmón, esófago, cavidad oral o cuello de útero... Otros nacen en el epitelio de las glándulas de secreción de cualquier órgano del cuerpo y se le denominan adenocarcinomas, y es ahí donde tienen su origen los carcinomas de mama, útero, ovario, próstata y muchos de tubo digestivo, como estómago, hígado, páncreas e intestino grueso. En segundo lugar están los *sarcomas*, menos frecuentes y que son los tumores que proceden de los tejidos de sostén, de la estructura del cuerpo, músculos, huesos, tendones, vasos sanguíneos. Los *cánceres de la sangre* más conocidos son las leucemias y nacen en la médula ósea y es el lugar donde se producen las células de la sangre. Los linfomas son cánceres del sistema circulatorio, pero no del sanguíneo, sino del linfático. El mieloma también es una variedad de cáncer de la sangre. Por último existe un gran número de cánceres que aparecen a partir de otros tejidos que no son ni epitelios, ni el sistema musculoesquelético, ni la sangre. Los más comunes son los tumores del sistema central comprendido por el cerebro,

el cerebelo y la médula espinal. Pero hay otros muchos como el melanoma, que nace de las células que fabrican el pigmento natural de la piel o los tumores germinales que son propios de los ovarios y los testículos, el retinoblastoma, el estesioblastoma...

Una vez se conoce el diagnóstico de malignidad, cuando ya se dispone del resultado de la anatomía patológica, es necesario realizar un estudio de extensión que consiste en aplicar una serie de pruebas en función de la probabilidad de afectación de otros órganos. La capacidad de dar lugar a metástasis, es decir, la diseminación de las células cancerosas desde el tumor original hasta otros órganos, es lo que distingue al cáncer de cualquier otra enfermedad y, particularmente de los tumores benignos.

Las pruebas que habitualmente se solicitan son: las radiografías simples, TAC (tomografía axial computada), resonancia nuclear magnética (RM), ecografía, gammagrafía ósea o rastreo óseo, tomografía por emisión de positrones (PET), endoscopias y análisis de laboratorio. Con estas pruebas, será posible realizar el diagnóstico completo y clasificar la enfermedad según la etapa de evolución en que se encuentra el tumor y, en consecuencia, planificar el tratamiento. La más utilizada es la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), que se refiere al **Tumor**, los **Nódulos** linfáticos y las **Metástasis** y divide el proceso de evolución tumoral en cuatro estadios: estadio I, Tumor inicial, localizado o precoz; estadio II, Tumor que afecta áreas próximas, dentro del mismo órgano; estadio III, Tumor que afecta ganglios o áreas próximas al órgano afecto y, estadio IV, tumor con metástasis a distancia. Otra clasificación que se distingue en los tumores es su grado de diferenciación o grado histológico. Hace referencia al aspecto que ofrecen las células bajo el microscopio. Cuando son de aspecto similar a las del órgano de donde proceden, se dice que son bien diferenciadas. Cuando han perdido el aspecto que sugiere su tejido de origen, se llaman indiferenciadas. También se les suele aplicar números de modo que un tumor bien diferenciado es un grado uno (G1) más lento en su evolución, menos dado a las metástasis y de mejor pronóstico. El grado dos (G2) es moderadamente diferenciado y el grado tres (G3) es poco diferenciado. El grado cuatro (G4) se refiere a un tumor indiferenciado, tanto que el patólogo no puede definir de qué órgano proviene. Este último es más agresivo y de peor pronóstico, aunque al tener más células en proceso de división es más sensible y suele responder de forma más espectacular a los tratamientos.

2- Implicación de la enfermedad en el ámbito hospitalario

Disponemos de tres elementos para el tratamiento de los tumores malignos. La *cirugía*, único tratamiento curativo para los tumores sólidos, y la *radioterapia* son tratamientos destinados al control local y locorregional del tumor, mientras que la *quimioterapia* está dirigida al control de la enfermedad diseminada. A lo largo de la historia del tratamiento del cáncer, el papel de cada una de estas estrategias se ha ido modificando en función de los avances técnicos y, sobre todo, del desarrollo de nuevos quimioterápicos. La mejora de los efectos sobre el tumor que ello ha comportado ha llevado a diseñar modelos de tratamiento con estrategias que incluyen los tres elementos posibles. En cualquier caso, la cirugía será la primera intención de tratamiento curativo, aunque tiene también indicaciones paliativas en tumores avanzados para aliviar síntomas. La radioterapia ha ido perdiendo su papel como tratamiento único, aunque puede constituir un tratamiento radical curativo en algunos linfomas. Su papel más extendido es la complementación del control locorregional después de una cirugía con intención curativa y también la paliación. La quimioterapia no es un tratamiento curativo para los tumores sólidos, a excepción de algunos tumores germinales, y su papel es fundamentalmente complementario a la cirugía, para evitar la diseminación, o paliativo, cuando esta diseminación se ha producido. También se administra con la intención de reducir el volumen tumoral para facilitar una intervención quirúrgica. Puede ser curativa y constituir el único tratamiento en los tumores hematológicos (leucemias, mieloma y algunos linfomas). Veamos a continuación, un poco más detalladamente, cada uno de estos tratamientos.

Hasta el momento actual, la cirugía es el primer tratamiento y esencial ante un tumor maligno. Esta técnica, tiene además propiedades diagnósticas, ya que uno de sus objetivos fundamentales es la confirmación histológica mediante la biopsia parcial o biopsia-exéresis del nódulo sospechoso. Por otro lado, se utiliza y en muchos casos, para extirpar la lesión. En las últimas décadas la cirugía radical, que supone la extirpación de amplias zonas de tejidos para limpiar todo el lecho quirúrgico, ha ido dando paso a técnicas quirúrgicas más minuciosas y sofisticadas, en las que se extirpan sólo áreas reducidas con pequeño margen de seguridad, con la conciencia de que si restan células tumorales microscópicas se eliminarán con los tratamientos postoperatorios. A este procedimiento se le denomina cirugía conservadora ya que preserva mejor la función del órgano y la forma anatómica, el ejemplo más evidente lo encontramos en la cirugía de mama. Las cirugías que más problemas psicosociales

generan en el paciente son: la mastectomía (extirpación de una mama), colostomía (abocamiento del colon a la pared del abdomen), cirugía de cabeza y cuello (como la laringuectomía y la traqueostomía) o la cirugía del aparato genitourinario (cistectomía o extirpación de la vejiga y la prostatectomía).

La radioterapia es un tratamiento local cuyo efecto se limita al área que se irradia. Existen dos clases de radioterapia: la externa y la braquiterapia o curieterapia.. Cualquiera de las dos es curativa y hay que distinguirla de la radioterapia adyuvante, que es la que se aplica tras la cirugía para disminuir las probabilidades de recaída y de la radioterapia paliativa, que se emplea para mejorar los síntomas y retrasar el avance de la enfermedad cuando el tumor está tan desarrollado que no es posible la cirugía.

La quimioterapia es un tratamiento sistémico y su papel es fundamentalmente complementario a la cirugía, para evitar la diseminación, o paliativo, cuando esta diseminación se ha producido. También se administra con la intención de reducir el volumen tumoral para facilitar una intervención quirúrgica. Puede ser curativa y constituir el único tratamiento en los tumores hematológicos (leucemias, mielomas y algunos linfomas). Las náuseas y vómitos, la neutropenia y la alopecia, son los efectos adversos más frecuentes y más temidos por los pacientes. Siendo la neutropenia (o disminución anormal de neutrófilos en la sangre) una de las principales causas de ingreso en el hospital, ya que éstos son una clase de glóbulos blancos y forman parte de las defensas del organismo contra las infecciones.

3- Principales respuestas psicológicas de la enfermedad

En palabras de la profesora Ibáñez (1991), "el proceso canceroso aparece en un sujeto individual rompiendo no sólo su conocimiento biológico (alteraciones a nivel celular), sino también su conocimiento social (alteraciones a nivel de funcionamiento y adaptación social), por lo que se puede considerar al cáncer como un auténtico atentado contra la adaptación personal". Cada persona aporta unas características que son únicas para enfrentarse a la enfermedad: una personalidad particular, un modo de hacer frente a los problemas, un conjunto de creencias y valores, y un determinado modo de ver el mundo. Aun así, independientemente de la idiosincrasia de cada paciente, numerosa bibliografía y especialmente los estudios y trabajos llevados a cabo por el equipo de Greer recogen una forma general de experimentar las emociones ante el cáncer y un modo también muy habitual de enfrentarse a la amenaza que supone el mismo.

Describen cuatro reacciones emocionales al cáncer: ansiedad, ira, culpa y depresión. Estas emociones aparecerán en función de la percepción que el paciente haga de la enfermedad, es decir, cada una de ellas irá asociada a una forma concreta de valorar o interpretar la situación tumoral y lo amenazante que le resulte. Así pues, cuando una persona experimenta *ansiedad* ante el diagnóstico de un cáncer, lo primero que percibirá es peligro y vulnerabilidad ya que en alguna medida se siente incapaz de enfrentarse a la amenaza. La posibilidad de que haya deterioro físico, alteración en la imagen corporal o sentimientos de inutilidad pueden ser fuente de un gran estrés. La *ira* se genera en la persona cuando cree que su dominio personal ha sido atacado de alguna manera y de forma injustificada: puede ser un ataque directo sobre la autoestima, o indirecto sobre los valores de la persona. La sensación de que algo está agrediéndola parece ser la base de este sentimiento de enfado. Puede enfadarse con Dios por lo que "le ha producido", con el médico por no habérselo diagnosticado antes, o con la pareja por no ofrecerle el suficiente apoyo. En algunos casos, la ira puede ir dirigida hacia uno mismo por no haber llevado una vida "ordenada" o lo suficientemente "saludable". Así, nos acercamos a la *culpa*, donde el paciente se culpa a sí mismo de tener la enfermedad. Esta emoción puede aparecer en ocasiones dentro de un cuadro depresivo, pero también puede ocurrir independientemente como un intento de dar significado a lo que está sucediendo. En esta búsqueda de sentido, los pacientes con cáncer llegan a la conclusión de que se lo han provocado ellos y que, por tanto, han de ser castigados. Si logran recuperar el control sobre la enfermedad, podrán superar la culpa.

En la base de la tristeza o la *depresión* siempre hay un sentimiento de pérdida del dominio personal (por ejemplo, pérdida del papel social, de las actividades placenteras, de una parte del cuerpo...) Se producirá un ánimo depresivo cuando la pérdida sea muy importante para el paciente. Por ejemplo, la alopecia no será significativa para alguien que de poca importancia al aspecto físico; o la oportunidad para abandonar el trabajo puede ser bien recibida para otra persona.

A su vez, estas reacciones emocionales son las que van a provocar una forma concreta de enfrentarse a la situación, es decir un modo concreto de "vivir" la enfermedad y desarrollar una estrategia de afrontamiento ante ella. De esta manera, si el paciente la considera como un desafío, inevitablemente pensará que, en alguna medida, está bajo su control personal, se sentirá capaz de hacer frente a la enfermedad. Este estilo de afrontamiento, que Moorey y Greer (1989) denominan *Espíritu de Lucha*

se manifiesta en la mayoría de los casos por una "sana" intención de estar informado a cerca de su enfermedad, es decir, ser consciente y realista con su diagnóstico pero sin sobreinformarse. Suele ser también habitual algún cambio en los estilos de vida del paciente, como en la alimentación, alcohol, tabaco...En general, las personas con espíritu de lucha tratan de "sacar provecho" de la enfermedad, adquiriendo hábitos de vida más saludable, o tomando más consciencia de sus necesidades psicológicas. Participarán activamente en su recuperación e intentará llevar una vida lo más normal posible. Si se percibe el diagnóstico como una amenaza, puede optar por dos estrategias de afrontamiento: la *Preocupación Ansiosa* y el *Desamparo-Desesperanza*. En la primera, la amenaza entraña un estado de incertidumbre tanto acerca de la capacidad de control personal como sobre las posibilidades futuras; también buscará información sobre la enfermedad, pero de forma indiscriminada, a cualquier persona, y además interpretándola de forma negativa, filtrando aquellos aspectos que van a confirmar sus expectativas más negativas. Cualquier dolor o molestia puede significar una extensión o recurrencia del cáncer. En el Desamparo-desesperanza, el individuo también pensará que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad, sin embargo, esta estrategia de afrontamiento es más común en aquellos pacientes que perciben el diagnóstico como una pérdida. En este caso, el paciente acobardado por el diagnóstico, encontrará difícil poder pensar en otra cosa; su vida diaria se ve interrumpida por un pensamiento negativo acerca del pronóstico de la enfermedad. Este "no puedo hacer nada y nadie puede ayudarme" es lo que con más frecuencia lleva a la aparición de verdaderas depresiones en el caso del enfermo oncológico. El *fatalismo* o resignación pasiva es otro estilo de afrontamiento muy relacionado también con el sentido de pérdida. En este caso, el paciente acepta pasivamente su enfermedad, no vislumbra que pueda ejercer ningún control sobre ella y se "resigna" a su suerte. Por último, la negación del diagnóstico también comporta como estrategia de afrontamiento la *negación*. Con ella, el paciente niega el impacto de la enfermedad y su gravedad, es decir, la amenaza que percibe es mínima. Se trata de una evitación positiva, lo que significa que el paciente deja de pensar en su enfermedad considerando su pronóstico como bueno.

Aunque existen diversas pruebas objetivas para evaluar la existencia de sintomatología ansiosa o depresiva, proponemos la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), por su fácil aplicación y lo ampliamente utilizada en muchos contextos hospitalarios, se considera significativa una

puntuación superior a 10 en Ansiedad y superior a 8 en Depresión. Para evaluar las estrategias de afrontamiento, los autores crearon un cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC). En este cuestionario como criterio de intervención se tienen en cuenta las puntuaciones en Espíritu de Lucha (inferior a 47) y en Desamparo (superior a 12)

4- Intervención psicológica en el ambiente hospitalario

La creciente preocupación por la calidad de vida de los enfermos oncológicos ha llevado cada vez más a desarrollar programas psicológicos para estos enfermos (Ibáñez y Durá, 1991). Para abordarlo psicológicamente, además de conocer cuales son sus principales reacciones emocionales y su estilo de afrontamiento, es importante valorar también el estadio de la enfermedad y sus recursos interpersonales o estructuras de apoyo social. No es lo mismo valorar a un paciente que acaba de ser diagnosticado de cáncer, que hacerlo después de un proceso largo de tratamiento y varias recaídas tumorales. En el primer caso, trabajaremos fundamentalmente la ansiedad ante la amenaza y muy probablemente la rabia; mientras que en el segundo caso, lo que suele predominar es el agotamiento físico y psicológico de tanto tiempo de lucha, con un componente depresivo asociado, a causa de los sentimientos de desamparo y desesperanza.

El acercamiento psicoterapéutico al enfermo oncológico, puede ser puntual, para resolver un problema concreto (ej, náuseas y vómitos anticipatorios, dolor...) o bien para mejorar su nivel de adaptación tanto físico como psicológico. Las dos técnicas que mejores resultados terapéuticos han ofrecido en el tratamiento de las náuseas y vómitos anticipatorios son la Desensibilización Sistemática y el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva combinado con visualización dirigida.

Por otro lado, el matrimonio Simonton formado por dos oncólogos, desarrolló a finales de los 70, una terapia conocida como Terapia por Visualización. Con ella lo que pretenden básicamente es cambiar la percepción que el paciente tiene acerca de su enfermedad, así como los mecanismos inmunológicos de defensa. Para ello, además de enseñar relajación a sus pacientes, les entrenan a visualizar las células cancerosas como débiles y fácilmente atacables, mientras que el tratamiento médico convencional (radio y quimioterapia) se visualiza como una arma poderosa capaz de vencer a la célula cancerosa fácilmente; así mismo se le enseña al paciente a visualizar sus células sanas, su sistema inmunitario, etc., luchando contra la célula cancerosa. Aunque pueda sonar a cuento infantil, parece lograr cierta eficacia en los pacientes oncológicos. Además, ha servido

para poner en marcha todos aquellos trabajos encaminados a analizar la importancia de los factores psicológicos sobre los procesos inmunitarios.

Otra técnica terapéutica utilizada para modificar la respuesta inmunológica del paciente oncológico por medios psicológicos es la llevada a cabo por Grossarth-Maticek y colaboradores que proponen en 1984 la Terapia de Innovación Creativa, en la que el terapeuta enseña al paciente cómo determinadas conductas o formas de pensar le llevan a tener problemas emocionales que no benefician en nada la evolución de su enfermedad, y cómo existen formas alternativas de comportarse, que no sólo incrementan su bienestar psicológico, sino que además benefician la evolución y mejoran la enfermedad oncológica. Los objetivos de esta terapia, por un lado, la reducción de conductas indeseables, y, por otro, la construcción de alternativas, se realiza de tres formas: a) en imaginación; b) a través de la sugestión; y, c) en las experiencias cotidianas. Fawzzy también tiene numerosos trabajos sobre sistema inmunitario y respuesta psicológica en cáncer.

Como mencionábamos anteriormente, los autores que en nuestra opinión mejor y mas detalladamente explican los mecanismos psicológicos que desarrollan los pacientes al enfrentarse al cáncer, son Greer, Moorey y Watson (1989). Dichos investigadores plantean y utilizan la Terapia Psicológica Adyuvante (TPA) para abordar a este tipo de pacientes partiendo de la Terapia Cognitiva de Beck aunque mucho más breve que ésta última. Está orientada al problema, que puede ser emocional, interpersonal (problemas de comunicación con la pareja) o relacionado con la localización del cáncer (imagen corporal en mujeres mastectomizadas): se le enseña el modelo cognitivo y cómo sus pensamientos contribuyen al malestar emocional. El componente educativo es importante para que comprenda la base fundamental del tipo de afrontamiento que está utilizando. Cada sesión se estructura mediante una agenda en la que se irá abordando cada uno de los problemas que plantea. Se asigna tarea para casa para que el paciente pueda desafiar sus pensamientos automáticos y sus principales distorsiones cognitivas y desarrolle, así, nuevas estrategias de afrontamiento. Igual que la terapia de Beck, la relación terapéutica es de empirismo colaborador: el paciente aprende a cuestionar sus creencias sobre el cáncer, y se las plantea como hipótesis que ha de comprobar o refutar.

Los principales objetivos de la Terapia Psicológica Adyuvante, son reducir la ansiedad, la depresión y otros síntomas psicológicos, promover en

los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en el tratamiento de la enfermedad., desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para tratar los problemas relacionados con el cáncer, mejorar la comunicación entre el paciente y su pareja y/o otros familiares y alentar la expresión abierta de sentimientos negativos especialmente la ira.

Es muy frecuente que los que los pacientes eviten o supriman las emociones. Esto ocurre cuando la valoración que el enfermo hace de una determinada situación que normalmente iría asociada a una respuesta emocional, ésta no se siente o no se expresa. La supresión de las emociones hace referencia al modo en que el individuo conscientemente "embotella" una emoción que está experimentando. Ello puede deberse al miedo que tienen a que los familiares puedan abandonarlos si se quejan demasiado, o bien, algunos pacientes mantienen la postura altruista basada en la creencia de que las personas que los cuidan tienen que afrontar tantas dificultades que prefieren no cargarlas con emociones negativas. Esta evitación puede darse de forma voluntaria o involuntaria y se trata de un proceso defensivo cuando la realidad es tan amenazante que el paciente no se siente capaz de soportarla. Así, nos podemos encontrar con tres tipos de procesos defensivos. En primer lugar, el sesgo cognitivo que tienen los seres humanos a recordar o inclinarse por las cosas positivas. Es decir, muchos enfermos con cáncer persisten en pensar que se curarán contra todos los pronósticos, negándose a admitir que la enfermedad puede ser una amenaza para su vida; logran minimizar de esta manera, el impacto del cáncer. Aunque esta negación puede resultar ser adaptativa, hay algunas situaciones en las que sería conveniente desafiarla. Por ejemplo, cuando ocasiona problemas de comunicación y estrés emocional., o cuando la negación no sirve para afrontar los problemas y hace que aumente bruscamente la ansiedad o que aparezcan depresiones, o cuando al negar, se evita la adherencia al tratamiento. En segundo lugar, la evitación cognitiva que aparece cuando el enfermo conscientemente o de forma automática evita a aquellos pensamientos que podrían causarle ansiedad. Aunque también puede resultar una estrategia adaptativa; sin embargo, puede ser efectiva sólo parcialmente, ya que las emociones negativas siguen surgiendo al no poder el enfermo controlarlas, ya que no tiene acceso inmediato a los pensamientos responsables de dichos sentimientos negativos. Por último, en la evitación afectiva, el enfermo es capaz de hablar de los factores potenciadores de la ansiedad, pero sin experimentar reacción emocional alguna al hacerlo. Se trata de un me-

canismo de tipo disociativo, mediante el cual las emociones se perciben como si no le estuvieran ocurriendo a uno; de este modo el enfermo logra "bloquear" su estado emocional. La persona se protege así de sus sentimientos; este mecanismo suele estar directamente relacionado con los síntomas somáticos que presenta el enfermo, estén éstos relacionados o no con la enfermedad oncológica.

Muchos pacientes con cáncer se encuentran con que no siempre tienen la oportunidad de hablar con tranquilidad sobre su historia personal. Además, las visitas con el oncólogo suelen ser más cortas de lo que uno quisiera y en casa procurará proteger a su familia ocultando la verdadera intensidad de sus sentimientos. En las sesiones iniciales de la terapia, se los anima a que hablen de cómo descubrieron el cáncer y cuál fue el impacto emocional sobre ellos y sobre su familia, fomentando especialmente la expresión de la ira. El efecto catártico de esta ventilación de emociones puede ser suficiente para muchos pacientes, pero la mayoría necesitará ir más allá y aprender técnicas de afrontamiento cognitivas y conductuales para poder resolver otros problemas más específicos.

Las técnicas conductuales se utilizan en la Terapia Psicológica Adyuvante en la primera fase de la terapia, ya que uno de los principales objetivos de las mismas es devolver al paciente un sentido de control sobre su vida. Muchos pacientes con cáncer, sienten desamparo, sentimiento que puede generalizarse a otras áreas de la vida. Pensamientos como "¿Para qué? Si no puedo hacer nada de lo que hacía antes, así que no vale la pena que intente nada", induce a más sentimientos de indefensión, lo que produce un círculo vicioso en el que los pensamientos pesimistas reducen la actividad, lo que a su vez, llevará a pensamientos más negativos. Para romper con este círculo, el terapeuta anima al paciente a planificar actividades placenteras y que generen cierto control personal. Descubrir que hay áreas en la vida que no están gobernadas por el cáncer, áreas en las que el paciente puede plantearse determinadas metas o contribuir en la vida familiar, reducirá los sentimientos de desamparo. El entrenamiento en relajación es un método rápido y eficaz para dar control a la persona sobre sus síntomas de ansiedad.

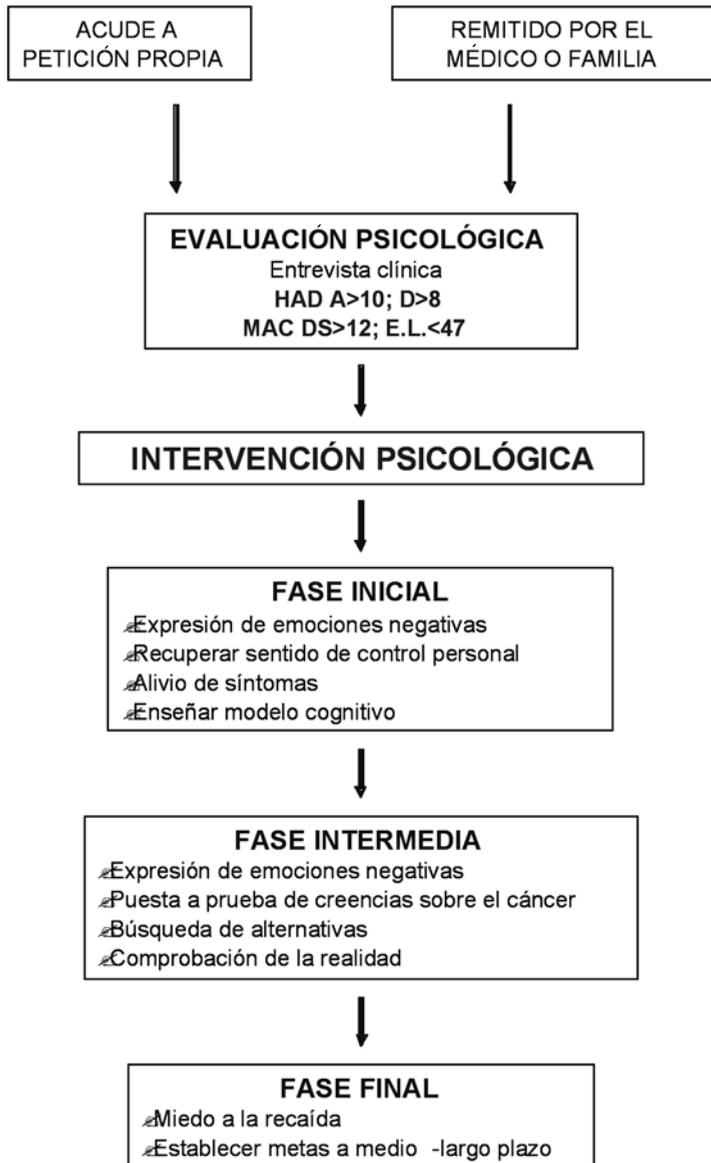
Ahora bien, las técnicas cognitivas representan una de las partes más importantes de la TPA. Sirven para demostrar al paciente que su forma de pensar y la interpretación que hace de las situaciones influyen directamente sobre sus estados de ánimo, y que son la causa de los mismos. El pensamiento negativo puede aparecer a partir de algo que le haya ocurri-

do, que haya oído, cualquier imagen o cambio somático que le desencadene una secuencia de pensamientos. A través de estos pensamientos, se puede descubrir el significado que el cáncer tiene para el enfermo atendiendo a la relación existente entre una determinada reacción emocional y los consiguientes pensamientos negativos y todo ello, respecto a uno mismo, el mundo y al futuro. Si un paciente se encuentra ansioso, se le explica cómo su esquema cognitivo le predispone a estar más sensible ante cualquier información que pueda implicar amenaza y a exagerar el peligro, subestimando su capacidad de afrontamiento. Cuando el paciente está familiarizado con la idea de que los pensamientos están relacionados con el malestar emocional, es conveniente animarlo para que empiece a registrarlos entre sesión y sesión. Se le pide que escriba los pensamientos describiendo primero la situación que los desencadenó y la emoción asociada a los mismos. Una vez que ha entendido el concepto de pensamiento automático y ha empezado a registrarlos, el siguiente paso es desafiarlos. Para ello se ha de detectar la distorsión cognitiva correspondiente y después plantear las siguientes preguntas: a) ¿de qué evidencia dispones para pensar así?, b) ¿existen otros modos alternativos de considerar lo mismo?, y c) si es verdad, ¿es tan terrible que te ocurra? Los autores distinguen dos tipos de técnicas cognitivas: las *estrategias de afrontamiento cognitivas*, utilizadas para reducir la frecuencia de los pensamientos o para enfrentarse a situaciones estresantes y la *reestructuración cognitiva*, que ayuda al paciente a examinar y cambiar la base irreal de sus pensamientos. Entre las estrategias de afrontamiento cognitivas nos encontramos con la *Distracción*, para cambiar el foco de atención del pensamiento negativo o las técnicas conductuales; las *Autoinstrucciones* y el *Ensayo cognitivo*. La técnica de reestructuración cognitiva más utilizada en la TPA es la *comprobación de la realidad*. En ella se establece una hipótesis, a partir de los pensamientos del enfermo, y se le pide a éste que los ponga a prueba. Para ello se le enseña a que busque evidencias o pruebas que puedan apoyar a rechazar la hipótesis. Se le puede ayudar buscando en su experiencia previa, haciéndole que observe la conducta y experiencia de otras personas o remitiéndole a fuentes de información fiables. Otras técnicas de reestructuración cognitivas son la *búsqueda de alternativas*, es decir, buscar otras maneras de pensar sobre las mismas cuestiones, y la *reatribución*, en la que se enseña al enfermo a buscar otras causas distintas a las que él se está planteando (por ejemplo, cambiando la in-

interpretación que hace de los síntomas físicos, se reducirá la ansiedad producida por el miedo ante una posible recaída). Por último, *desdramatizar y sopesar ventajas y desventajas*, consiste en hacer que se plantee todas las consecuencias posibles a aquellas preguntas que más tema hacerse. Por ejemplo, el enfermo ansioso predecirá, para cualquier situación, el resultado más amenazante posible; cuando se haya planteado esto, rara vez intentará ir más lejos y pensar con detalle en las verdaderas consecuencias, o en qué es lo más real respecto a lo que está pensando. Si el terapeuta le pregunta de forma insistente “¿y qué pasará entonces?”, es probable que el enfermo llegue a las consecuencias que más temía y, al mismo tiempo, se dará cuenta de que aquello tan temido no es tan terrible después de todo, con lo que no sólo suele perder el miedo sino también el dramatismo que le suponen sus propios pensamientos. Además, el sopesar ventajas y desventajas, procedimiento utilizado en las terapias de solución de problemas, resulta una técnica eficaz a la hora de motivar a un enfermo para que cambie su conducta y su manera de pensar y obtenga, de este modo, ventajas en su propio beneficio al enfrentarse a los problemas relacionados con la enfermedad.

Para concluir, la intervención psicológica en el enfermo de cáncer ha de ir dirigida a la expresión de emociones negativas, abordar las creencias acerca de la enfermedad y conseguir que el paciente se haga responsable y sea consciente de su capacidad para mejorar e integrar la situación en su día a día. Esto se realiza progresivamente en varias etapas. En la *primera fase*, que suele durar entre dos y cuatro sesiones se le enseña al enfermo el modelo cognitivo de ajuste al cáncer y se le demuestra cómo actúan sus pensamientos para provocar un estado de malestar. Suelen ser aquí más apropiadas las técnicas conductuales para reducir los síntomas de ansiedad y devolverle el sentido de control. Alentar la expresión abierta de emociones y potenciar al máximo la calidad de vida (con auto-registros de actividades de dominio-agrado, por ejemplo) son otros objetivos de esta primera etapa de la terapia. En una *fase intermedia*, cuya meta es prácticamente cognitiva, aunque se seguirá atendiendo a la expresión libre de emociones, se le enseñará el uso del registro de pensamientos y los principios básicos para ponerlos a prueba. En la *fase final*, se aborda el miedo a la recaída y la planificación del futuro, afianzando todo lo aprendido y tratándolo de aplicar a otras situaciones estresantes de la vida.

5- Algoritmo de intervención



CAPÍTULO 4. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Eva Carbajo Álvarez

Unidad de Psicología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Gracia Tormo Esplugues, Kina Tur Nadal

*Servicio de Cardiología. Instituto de Enfermedades Cardiovasculares
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

1- Introducción

El estudio y tratamiento de las enfermedades del corazón ha experimentado notables avances, principalmente por ser una especialidad donde se han ido incorporando técnicas diversas. La prevención y la rehabilitación cardíaca sigue siendo uno de los pilares de la cardiología clínica (Sebrets, et al., 2000).

Por otro lado, existe un elevado número de estudios desarrollados no solo con el objeto de la intervención sino también desde el punto de vista del tratamiento de las diversas patologías.

Para mejorar la prevención es indispensable que existan programas multifactoriales y una coordinación adecuada entre los profesionales sanitarios que deben de ocuparse de estos pacientes en las diversas etapas. Así lo recomiendan las normas de las sociedades europeas.

En el momento actual los problemas relacionados con cardiopatía se ven favorecidos en su manejo gracias a los grandes avances farmacológicos (Barba, 2005). Diversos estudios clínicos avalan los grandes avances acontecidos en las últimas décadas tales como: CARE, LIPID, CABG y muchos otros estudios realizados tanto para el mejor control de los valores

de colesterol en cardiopatía isquémica, como otros muchos realizados con el estudio de otros factores de riesgo, como son dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), obesidad, dieta y factores de riesgo no modificables (edad, sexo, factores genéticos y otros) (Pyorala, et al., 1994; Second Joint Task Force of European and other Societies, 1998).

2- Implicaciones del Servicio de Cardiología en el ámbito hospitalario

El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia es el primero que se ha puesto en marcha en nuestro centro contando con la integración de tres servicios Cirugía Cardíaca, Cirugía Vasculuar y Servicio de Cardiología. El Servicio de Cardiología del Hospital General consta con diversas secciones:

- o Sección de Hemodinámica
- o Sección de ecocardiografía
- o Sección de arritmias, implantes de DAI, y marcapasos
- o Sección de ergometrías, prevención y rehabilitación cardíaca
- o Consultas externas
- o Control y seguimiento de pacientes ingresados
- o Unidad Coronaria.

Es un Servicio donde se practica todo tipo de tratamientos como son entre otros ACTP de rescate (angioplastia), implante de dispositivos antiarrítmicos (DAI), marcapasos, ablaciones, estudios electrofisiológicos y otros.

El tratamiento médico basándose en las guías de cardiología: El control de los (FR) por medio de cambios de hábitos de conducta e indicaciones farmacológicas adecuadas constituye el principal objetivo de la cardiología preventiva dirigida a reducir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades cardiovasculares (ECV).

Las normas de actuación en cardiología preventiva se derivan de la evidencia proporcionada por los estudios de investigación y de las recomendaciones aconsejadas por grupos de expertos pertenecientes generalmente a sociedades científicas, los cuales analizan la evidencia existente y en caso de discrepancias o dudas, aconsejan las medidas más recomendables que puedan ser llevadas a la práctica por los profesionales

sanitarios (ACC/AHA, 1998; Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, 1993).

Concretamente en el campo de la cardiología preventiva existen evidencias suficientes derivadas de ensayos clínicos y, además se han publicado recomendaciones y normas de actuación por parte de comités de expertos de las sociedades americanas y europeas y también de diferentes sociedades nacionales, entre ellas la Sociedad Española de Cardiología.

En prevención secundaria de pacientes cardiopatas la rehabilitación cardíaca es la terapia más eficaz, mostrando una reducción del 20 por ciento en la mortalidad general y un 26 por ciento de mortalidad cardiovascular en pacientes coronarios.

El programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca de los enfermos procedentes de los Servicios de Angiología y Cirugía Vascular, Cardiología y Cirugía Cardíaca, como proceso multidisciplinar, contará con la colaboración del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y de la Unidad Funcional de Psicología del Consorcio Hospital General de Valencia.

Fase I: Unidad Coronaria. Sala Cardiología

El cardiólogo responsable del área de rehabilitación cardíaca, valorará la situación clínica del enfermo con cardiopatía isquémica en sus distintas presentaciones: angina estable, angina inestable y síndrome coronario agudo (SCA). Del mismo modo, se realiza la valoración del grado de estabilidad:

Grado I: Paciente que tras el episodio agudo coronario o cardiovascular no ha presentado arritmias ventriculares o supraventriculares severas, síndrome de ICC grave, dolor torácico, trastornos neurológicos. Indicada la Rehabilitación Cardíaca (RC en lo sucesivo).

Grado II: Pacientes que han presentado durante el episodio agudo eventos que han sido controlados (bloqueos AV completos; Sd. de ICC...) en las primeras 24 horas. Indicada la RC pero alerta y suspensión si se reactivan los problemas clínicos.

Grado III: Pacientes que presentan durante el episodio agudo complicaciones severas que no se han controlado durante las últimas 12-24 horas. Contraindicada la rehabilitación.

El protocolo de fisioterapia para pacientes ingresados en la sala de cardiología será el mismo que el utilizado para pacientes de la unidad coronaria hasta su alta hospitalaria.

En este momento el cardiólogo realiza una interconsulta a la Unidad de Psicología que lleva a cabo una primera evaluación psicológica del paciente ingresado en la Unidad Coronaria. Principalmente, se valora el estado emocional, estrategias de afrontamiento y hábito tabáquico, de forma que si el paciente es fumador y se encuentra motivado para el abandono del mismo es derivado para recibir ayuda al Equipo Coordinador de Atención del Tabaco (ECAT), constando en su informe de alta la cita para la intervención de dicho equipo.

Antes de iniciar la segunda fase del programa de rehabilitación, permaneciendo el paciente ingresado en sala, el cardiólogo procederá a la clasificación del grado funcional del enfermo tras practicar las exploraciones pertinentes: Ecocardiograma, pruebas de esfuerzos u otras técnicas si se precisa. Esto siempre que al paciente no se le haya practicado una ACTP primaria o de rescate en cuyo caso la estratificación del riesgo se efectuará a los 30 días del evento.

Fase II: Grupos de riesgo

Grupo I: Pacientes de bajo riesgo.

En este grupo se incluyen los que reúnan las siguientes condiciones:

- PE clínica y eléctricamente negativa.
- CF > 7 METS (grupo funcional I).
- FE > 50%.
- Ausencia de arritmias malignas (TV sintomática y/o fibrilación ventricular) fuera de la fase aguda.

Grupo II: Pacientes de riesgo intermedio.

En este grupo se incluyen los que reúnen las siguientes condiciones:

- PE clínica y/o eléctricamente positiva a partir del 5º minuto (protocolo de Bruce).
- Capacidad funcional entre 5 y 6 METS (grupo funcional II).
- FE: Entre 36 y 49 %.

Grupo III: Pacientes de alto riesgo

En este grupo se incluyen los que reúnen una o varias de las siguientes condiciones:

- PE clínica y/o eléctricamente positiva precoz (inicio de positividad por debajo del 5º minuto, protocolo de Bruce).
- Capacidad funcional < 5 METS.
- FE < 35%.
- Presencia de arritmias malignas.
- Respuesta hipotensiva a la PE.
- Pacientes no revascularizables por lesiones coronarias severas y/o mal lecho distal.
- Pacientes con ICC no controladas.

Clasificados los pacientes por el cardiólogo, serán remitidos al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, donde el médico responsable fijará la intensidad de ejercicio en función de los grados de riesgo señalados. Al mismo tiempo son derivados a la Unidad Funcional de Psicología Clínica, donde el psicólogo responsable descartará patología que impida su incorporación al Programa de Rehabilitación Cardíaca.

3- Principales respuestas psicológicas relacionadas con la enfermedad

Los pacientes que participan en nuestro programa de RHC, son en su mayoría personas que recientemente han sufrido un infarto agudo de miocardio y ocasionalmente alguna persona intervenida quirúrgicamente.

En general, tras haber sufrido un IAM, los pacientes muestran dos posturas. Por un lado, nos encontramos aquellos pacientes concienciados de la gravedad de lo ocurrido, que durante el ingreso en la Unidad Coronaria, se encuentran ansiosos, asustados y con frecuencia con un estado de ánimo bajo ante lo ocurrido y su futuro (Remor, et al., 2003).

Por otro lado, nos encontramos pacientes, que gracias a los avances de la ciencia y farmacología, ante el rápido control del dolor y otros síntomas, parece no tener conciencia real de lo ocurrido.

En general el paciente que ha sufrido un IAM presenta niveles de ansiedad elevados (en muchas ocasiones coincide con el abandono del hábito tabáquico) y estado de ánimo deprimido (incertidumbre del futuro, dudas sobre la adaptación a la rutina diaria, etc...).

Una vez recibida el alta hospitalario y durante la realización del programa de RHC, los niveles de ansiedad disminuyen lentamente y en paralelo a la observación que el paciente hace sobre sus capacidades funcionales. Se relaja cuando es conocedor de los esfuerzos que puede hacer, del peso que ha de coger y de la ausencia de sintomatología física (taquicardia, dolor u opresión en el pecho,...).

Existe un factor que refuerza y mantiene cierto nivel de ansiedad y que impide en su totalidad la recuperación emocional de la persona: los cambios en los hábitos de vida. Con cierta frecuencia son pacientes fumadores, con dietas poco saludables y/o vida sedentaria. Hacer desaparecer algunos de estos hábitos favorece la aparición de ansiedad (deshabitación tabáquica) y en cambio potenciar algunos de dichos hábitos genera cierto estrés, como el inicio de una dieta, o el realizar ejercicio físico que el paciente debe compaginar con su rutina diaria y/o laboral (Morrison, et al., 2007).

A lo largo del programa descrito posteriormente, se consigue mejorar la respuesta emocional del paciente. Pero de nuevo existe una situación que el paciente vive como amenazante: la finalización de dicho programa. Esto supone en la mayoría de los casos, la incorporación a la misma rutina existente antes del infarto y el distanciamiento del equipo sanitario que hasta ese momento consultaba. Por ello, es muy interesante realizar un seguimiento psicológico del paciente una vez se haya incorporado a su rutina. Es en este momento donde existen más posibilidades de que se abandonen aquellos patrones de vida saludables que ayudan a evitar una recaída en su enfermedad física.

La calidad de vida del paciente coronario se ve claramente condicionada por su capacidad funcional. En la mayor parte de los casos tras el evento coronario, el paciente se suele encontrar mejor. En primer lugar por la atención médica y farmacológica, y en segundo lugar, porque mejora su estilo de vida con una actividad menos sedentaria. Pero es una realidad que algunos aspectos de su calidad de vida empeoran.

Aparecen sensaciones de inutilidad, miedo a la repetición del evento cardíaco, empeoramiento de su calidad de vida sexual. Aspecto este último que habitualmente se queda sin respuesta ya que, por un lado, el paciente no se atreve a preguntar y, por otro lado, los facultativos no suelen abordar este aspecto. Además es frecuente que aparezcan los miedos del paciente pero también los de su propia pareja, principalmente en el aspecto sexual ya que supone un esfuerzo físico que ni el paciente

ni la pareja en ocasiones conocen si se puede realizar. De este modo, la respuesta sexual de un paciente coronario se ve afectada por (Master et al., 1987):

- Aspectos psicológicos: miedos, bajo deseo sexual, menor frecuencia de las relaciones sexuales.

- Aspectos farmacológicos: con cierta frecuencia los medicamentos pueden provocar dificultades en la erección en el caso de los varones.

- Aspectos físicos: Propios de la patología cardíaca.

4- Intervención Psicológica

Se lleva a cabo un programa psicológico dirigido a pacientes derivados por parte del Servicio de Cardiología para formar parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca que se realiza junto al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. La forma de derivación será a través del servicio de Cardiología del HGU de forma que se contacte con el paciente durante la Fase I durante su ingreso en la Unidad Coronaria. En este momento se evalúa al paciente mediante entrevista motivacional (Borrell, 1989; Miller et al., 1999).

Una vez valorado el paciente por el Servicio de Cardiología durante la Fase II y superada la prueba de esfuerzo, será derivado al programa psicológico donde se realizará una valoración inicial de cada uno de los pacientes para posteriormente formar parte del tratamiento grupal.

Dicha valoración consta de valoración del nivel **ansiedad** (rasgo-estado), valoración del **estado de ánimo** y **psicopatología general**. La valoración se realizará al inicio y al final de la intervención.

El Programa psicológico de Promoción de la Salud se desarrollará a lo largo de 12 sesiones, siendo el número de pacientes por programa un máximo de 12 personas.

Es importante transmitir a los pacientes que el programa no pretende curar la enfermedad ni va dirigido a personas con problemas mentales sino que pretende dar respuesta a algunas de las quejas de los pacientes, tales como,

- ✓ Que puede hacer el propio paciente por sentirse mejor
- ✓ Reconocer situaciones y respuestas de ansiedad

- ✓ Estrategias de control de pensamientos que generan mayor ansiedad al paciente
- ✓ Problemas de la enfermedad en la vida diaria: establecer más tiempo personal, sexualidad y relación de pareja, manejo de situaciones difíciles
- ✓ Mantenimiento de estilos de vida saludables

Finalmente se realizará una evaluación de mejora y satisfacción del Programa de Rehabilitación junto con un informe de Finalización del programa.

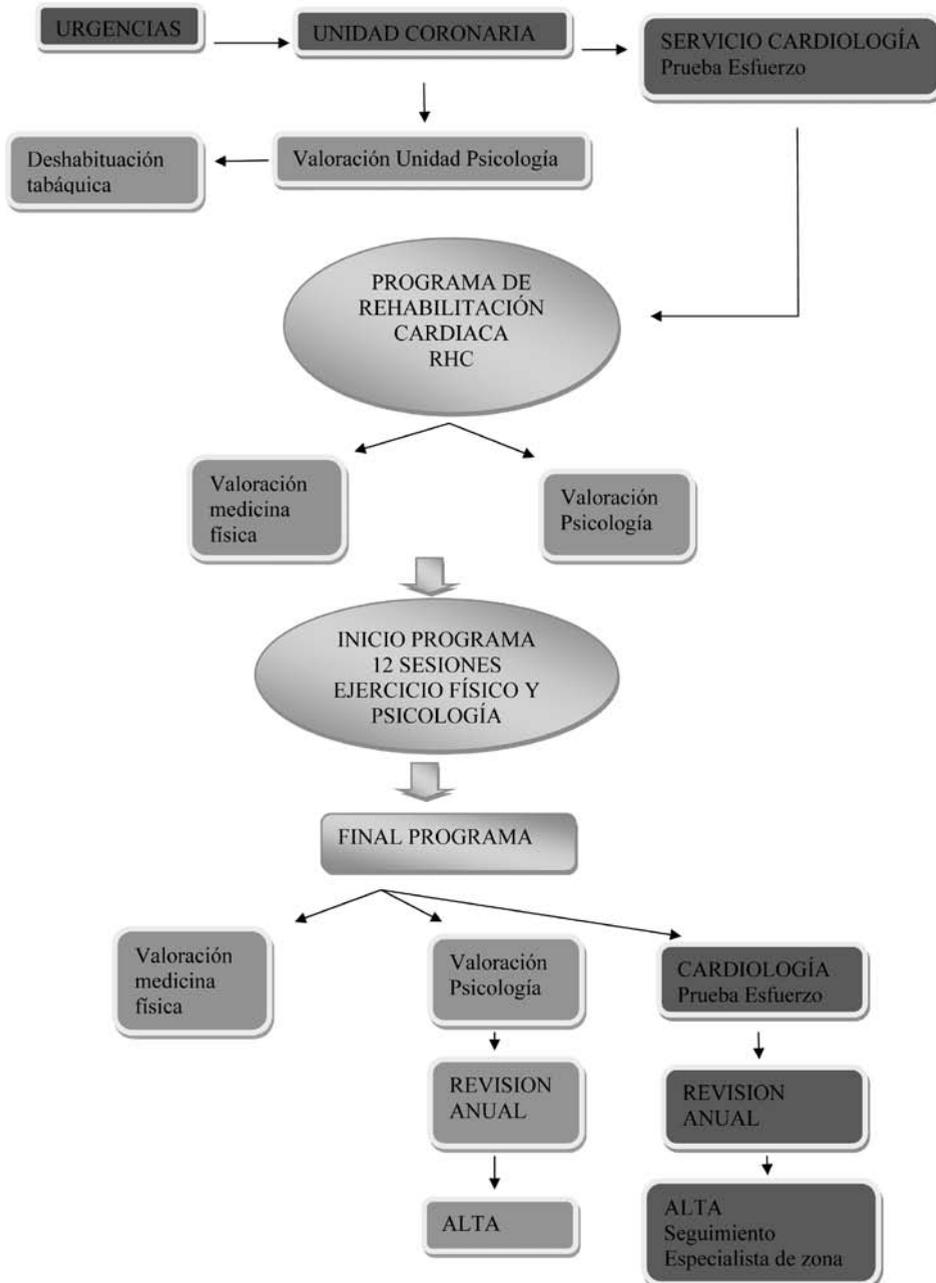
OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Conocer las características de la enfermedad: prevalencia, factores psicológicos...
- 2.- Aprender estrategias de afrontamiento con el objeto de mejorar el control de algunos síntomas.
- 3.- Motivación del paciente para que se implique en el programa de tratamiento de forma activo.
- 4.- Los pacientes como instrumentos de prevención en el resto de la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA

- 1.- Información acerca de la enfermedad
- 2.- Disminuir el nivel de ansiedad mediante técnicas de relajación.
- 3.- Mejora de la autoestima y de los problemas negativos (TRE).
- 4.- Aprendizaje de técnicas de comunicación con el objeto de hablar abiertamente de la pérdida de salud y manejar situaciones difíciles a nivel laboral y personal.
- 5.- Enseñanza de técnicas de solución de problemas para afrontar de forma más eficaz problemas y decidir sobre su propia salud.
- 6.- Mejora del estado de ánimo

5- Algoritmo de Intervención:



CAPÍTULO 5. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Eva Carbajo Álvarez

Unidad de Psicología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

José María Huguet Malavés, Lucía Ruiz Sánchez

*Sección Gastroenterología. Servicio de Patología Digestiva
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

1- Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye tres entidades clínicas: la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada (CI) (Mendoza, et al., 2007). La característica principal de éstas es la inflamación crónica del tubo digestivo, la cual puede afectar a distintos tramos del mismo.

La etiología de estas entidades es desconocida, la mayoría de los autores aceptan el hecho de que una disregulación de la respuesta inmune del huésped frente a la flora bacteriana residente y a otros antígenos intraluminales en sujetos susceptibles genéticamente juega un papel clave en el daño tisular.

Históricamente la incidencia de la EII ha sido mayor en los países del norte de Europa y Estado Unidos frente a los países del sur de Europa. Sin embargo esta tendencia está cambiando en los últimos años, habiéndose detectado un claro aumento de la incidencia en los países del sur y acercándose a la de los países del norte. En España la incidencia se sitúa alrededor de 7-9/100.000 habitantes y año para la CU y de 3-6/100.000 habitantes y año para la EC.

Estas tres entidades tienen una presentación clínica en la que predominan los síntomas crónicos, evolucionando de fases de actividad clínica llamados brotes a fases de inactividad o periodos de remisión.

Dado que estas entidades tienen características comunes para realizar el diagnóstico diferencial entre ellas hay que apoyarse en los síntomas clínicos, la endoscopia, histología, radiología y serología.

En la CU la afectación se localiza en el colon, está limitada a la mucosa, la distribución de la inflamación es de forma continua y siempre aparece enfermo el recto (afectando a distintos tramos dependiendo de la extensión de cada caso). Clínicamente puede presentarse como diarrea mucosanguinolenta o solamente como rectorragia. El tenesmo y la urgencia defecatoria suelen aparecer cuando la afectación rectal es importante. Algunos pacientes experimentan dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo que suele preceder a las deposiciones y que puede o no mejorar con la defecación (López-Vivancos, et al., 1998).

La EC puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo desde la boca hasta el ano, su inflamación es transmural, la distribución de las lesiones es asimétrica y discontinua y puede asociar fístulas y estenosis. Clínicamente es muy heterogénea predominando los síntomas diarreicos y la fiebre en la mayoría de los pacientes. El dolor abdominal y los síntomas suboclusivos están en ocasiones también presentes. La rectorragia es menos frecuente y suele aparecer cuando la enfermedad afecta a tramos de colon. La aparición en algunos pacientes de fístulas o fisuras anales puede producir sintomatología de dolor o supuración anal (Casellas, et al., 2000).

En la CI existe una afectación del colon que tras descartar las distintas posibles causas de colitis no se puede diferenciar por endoscopia y biopsia entre CU y EC. Las manifestaciones clínicas son superponibles a la CU y la EC.

Las tres entidades pueden asociar manifestaciones extraintestinales que oscilan según las series entre 6-36%, siendo algunas de ellas las siguientes: articulares, oculares, cutáneas y hepatobiliares.

El tratamiento ha experimentado una revolución en los últimos 10 años con la aparición de los tratamientos llamados biológicos y con una mejor selección de los candidatos a cirugía. El pilar básico del tratamiento siguen siendo los corticosteroides, los cuales permiten controlar los brotes

de la enfermedad en un porcentaje alto de pacientes, sin embargo no son fármacos que permitan mantener la remisión a largo plazo debido a sus potenciales efectos secundarios. Los aminosalicilatos (mesalazina y sulfasalazina) son fármacos seguros utilizados en los casos leves de EII y que permiten su uso a largo plazo. Los antibióticos (ciprofloxacino y metronidazol principalmente) tienen su papel principalmente en los casos de aparición de fístulas perinales en la EC, siendo en estos casos el primer escalón terapéutico. Los inmunosupresores (azatioprina, mercaptopurina y metotrexate) permiten mantener la enfermedad en remisión durante periodos prolongados de tiempo, siendo actualmente el segundo grupo de fármacos más utilizados en éstos pacientes tras los aminosalicilatos. Los llamados fármacos biológicos o biotecnológicos son un grupo de fármacos recombinantes (infliximab, adalimumab y certolizumab) que tienen un alto potencial terapéutico. Estos fármacos consiguen la remisión tanto de la enfermedad intraluminal como de la fistulizante en un alto porcentaje de pacientes, sin embargo no están exentos de potenciales efectos secundarios graves, por lo que sus indicaciones están restringidas a la falta de respuesta al resto de fármacos citados. La primera aprobación de uno de ellos fue en el año 1998 y desde su utilización se ha visto un cambio importante en la salud y calidad de vida de estos pacientes. No hay que olvidar que tanto la EC como la CU tienen la posibilidad de tratamiento quirúrgico que difiere extremadamente entre ellas. Mientras que en la CU la colectomía total consigue la "curación" de la enfermedad (no sin posibles secuelas como la pouchitis), en la EC solamente está indicada ante la aparición de complicaciones o situaciones que no pueden ser controladas con tratamiento médico (ya que la enfermedad recidiva en el intestino sano).

Por lo tanto, decir que, la EII tiene una evolución crónica, con fases de actividad clínica en las que el paciente puede precisar tratamiento farmacológico, y en ocasiones incluso quirúrgico, lo cual va a alterar la percepción de la salud de los pacientes y por lo tanto su calidad de vida (Mitchell, et al., 1988; Drossman, et al., 1989; Irvine, 1997; Casellas, et al., 2007).

2- Implicaciones del Servicio de Patología Digestiva en el ámbito hospitalario

Dentro de la subdivisión hospitalaria en especialidades médicas y quirúrgicas, el Servicio de Patología Digestiva se encarga de los procesos diagnósticos y de los tratamientos médicos de toda la patología del paciente no pediátrico que esté relacionada con el tubo digestivo, el hígado,

la vesícula y el páncreas. El Servicio consta de una sala de hospitalización, un área de consultas externas y una unidad de Endoscopia Digestiva.

El Servicio se encuentra dividido en 3 secciones: Sección de Gastroenterología, Sección de Hepatología y Sección de Endoscopias. Cada una de ellas se encarga de una parte de la patología digestiva, conformando las 3 una unidad y estando interrelacionadas entre sí.

La Sección de Gastroenterología se encarga de toda la patología del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano, además de la patología de una glándula anexa como es el páncreas. La Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal es una unidad funcional en la que participan distintos profesionales de la sanidad y que está diseñada para dar una atención más global y coordinada a los pacientes con EII. Esta unidad está compuesta por médicos de la Sección de Gastroenterología y cirujanos de la unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General, además de una Psicóloga, un estomato-terapeuta y de otros Servicios Médicos que pueden participar en el proceso diagnóstico-terapéutico de estos pacientes, como son el Servicio de Radiología, el Servicio de Análisis Clínicos, la Sección de Reumatología y el Servicio de Pediatría.

La Sección de Hepatología se encarga de toda la patología hepática y biliar que no requiera un tratamiento quirúrgico.

La Sección de Endoscopias se encarga de la realización de las pruebas endoscópicas diagnóstico-terapéuticas tanto a los pacientes del Servicio de Patología Digestiva como a los de otros Servicios del Hospital y a los de los Centros de Especialidades.

3- Principales respuestas psicológicas relacionadas con la enfermedad

La intervención en los pacientes con EII, por todo lo detallado hasta el momento, debe desarrollarse desde una perspectiva biopsicosocial (Remor, et al., 2003). Es decir, desde el punto de vista psicológico y social además de los aspectos físicos de la propia enfermedad (Hörnquist, 1989; Guyatt, et al., 1993).

Ello supone la intervención de distintos especialistas que sean capaces de abarcar, delimitar y atender las necesidades de los pacientes.

En general, las personas diagnosticadas de una EII suelen presentar trastornos psicológicos asociados tales como trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Tobón , et al., 2007).

Desde nuestra experiencia casi el 90% de pacientes que inician nuestro programa multidisciplinar presenta estado de ánimo deprimido. Además nos solemos encontrar niveles de ansiedad más elevados que en el resto de la población. Todo ello se agrava ante la dificultad para controlar ciertos pensamientos repetitivos e involuntarios, potenciados por la sintomatología de la enfermedad como diarreas, dolor abdominal y/o articular y la urgencia defecatoria. Además los pacientes presentan elevadas puntuaciones en relación con la somatización, es decir, la capacidad para percibir síntomas de su cuerpo.

En función de la edad de inicio de la enfermedad y la evolución de la misma, existen pacientes cuyo trastorno más significativo es la fobia social, ya que a raíz del diagnóstico comienzan a entrar en un aislamiento y evitación de situaciones sociales que degeneran en aislamiento y falta de estrategias ante situaciones que les genera ansiedad.

Todo ello acentuado por las dificultades y la falta de comprensión tanto de la EC como de la CU en la población general que desencadena en serias dificultades para compaginar la enfermedad con la vida laboral.

Cualquier enfermedad crónica genera a su vez niveles de estrés elevados que en el caso de la EII se agudiza debido a la inseguridad en la evolución de la enfermedad, los cambios que debe generar el paciente en su vida para adaptarse a la enfermedad y a la falta de instrumentos para manejar determinadas situaciones.

En ocasiones, los pacientes perciben como amenazantes aspectos de la vida cotidiana como salir a cenar, sin tener la sensación de control de lo que puede ocurrir en dichas situaciones.

Todo ello puede conllevar a un concepto de sí mismo infravalorado y a un aislamiento que dificulta la expresión de emociones y fomenta la incompreensión del entorno del paciente hacia su actitud.

Nuestro programa, descrito posteriormente, pretende ofrecer instrumentos para manejar y paliar algunas de las dificultades descritas.

Es importante abarcar todos aquellos aspectos que mejoran la calidad de vida, incluyendo la atención por ejemplo a la vida sexual de nuestros pacientes. Es frecuente la presencia de alteraciones en la respuesta sexual que se operativizan en una menor frecuencia de relaciones sexuales, temores, bajo deseo sexual, en ocasiones influenciado por el bajo estado de ánimo.

Ofrecer estrategias de afrontamiento en este y otros aspectos fomenta que el paciente tenga un mayor conocimiento de su respuesta sexual, discriminando cuando empieza a ser un problema, qué puede hacer para solucionarlo y lo que es más importante, establecer una mejor relación con su médico que será quien valore el tipo de ayuda a recibir.

4- Intervención Psicológica

La EII tiene un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes como ya hemos comentado motivo por el que nuestro programa parte de una evaluación integral de los pacientes incluyendo aspectos psicológicos y sociales (bio-psicosocial) (Turnbull, et al., 1995; Vergara, et al., 2000), de forma que podamos mejorar el uso de los servicios médicos, la baja adherencia al tratamiento, la mayor percepción dolor y el empeoramiento en recaídas.

Los objetivos que nos planteamos son:

1. Poner en marcha un protocolo de actuación psicológica para los pacientes con EII.
2. Enseñar estrategias que fomenten una mejor adaptación a la enfermedad.
3. Evaluar la respuesta de los pacientes al programa.

El material y los métodos utilizados han sido:

Se incluyeron en el grupo de estudio un total de 23 pacientes, 9 hombres y 14 mujeres con una edad media de 38 años. 18 eran pacientes con EC y 5 con CU.

El seguimiento completo se realizó en 21 de ellos. Todos eran pacientes ambulatorios. Se calcularon índices de actividad clínica de la enfermedad de Crohn (CDAI) (Best, et al., 1976) o de la Colitis ulcerosa (Truelove modificado) (Truelove, et al., 1955) pre y post intervención psicológica.

Los tratamientos que estaban siendo administrados eran: Inmunosupresores en 18 pacientes, biológicos en 5 pacientes, corticoides en 1 paciente y otros tratamientos en 7, lo cual da una idea de la gravedad crónica de éstos pacientes.

Se realiza una evaluación de los pacientes al inicio del programa utilizando una entrevista semiestructurada y las siguientes pruebas psicométricas:

- Inventario de Depresión de Beck (Beck, et al., 1987)
- SCLR-90 (Derogatis, et al., 1973)
- IBDQ-32 (López-Vivancos, et al., 1999 ; Masachs, et al., 2007).

Durante 12 sesiones se trabajan los siguientes aspectos siempre en grupo:

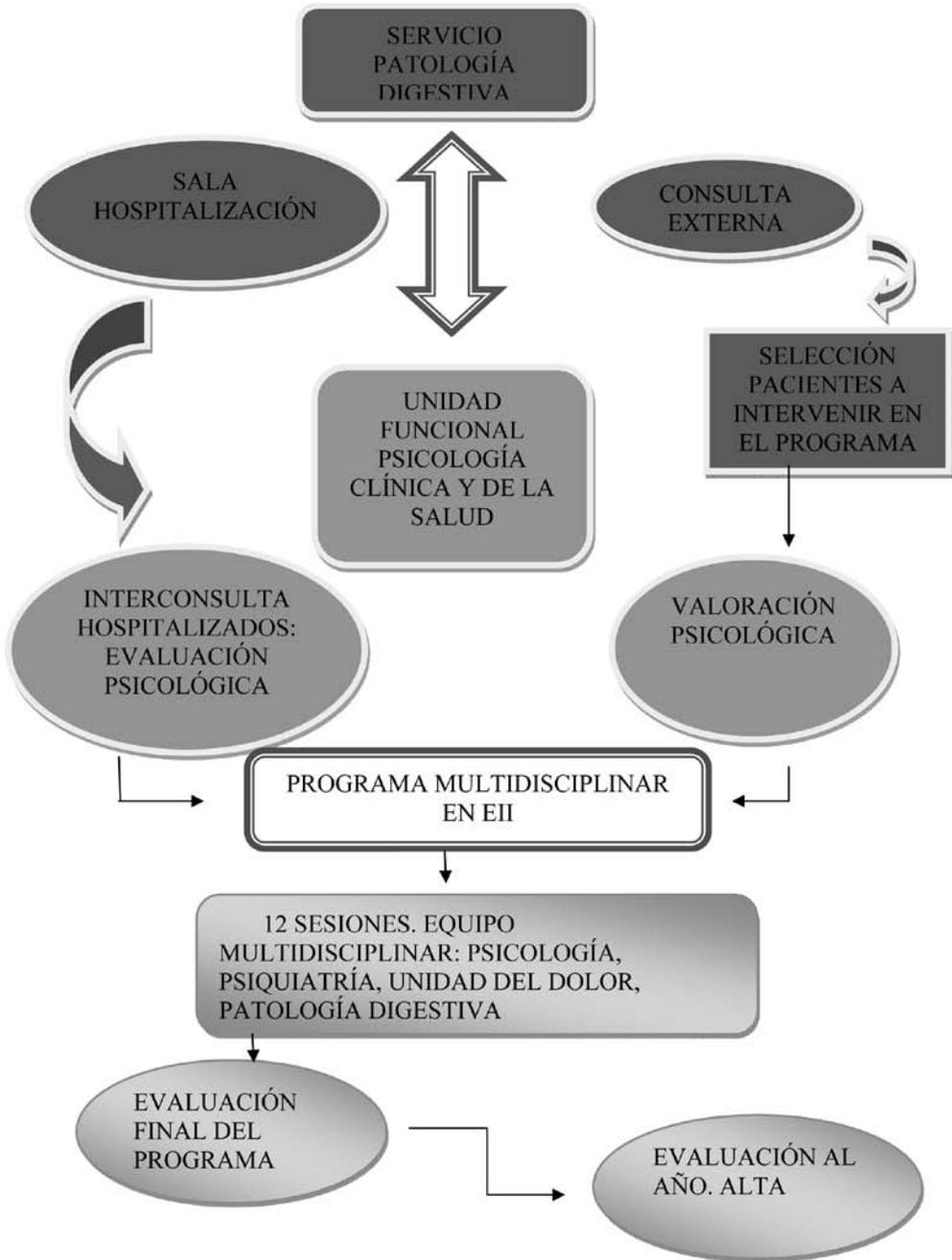
- Estrategias para afrontar emociones y pensamientos negativos.
- Control ansiedad, higiene y alteraciones del sueño.
- Entrenamiento en asertividad y toma de decisiones.
- Sedentarismo.
- Sexualidad.
- Creatividad: expresión de emociones y sentimientos a través de la música y la pintura.

Se observa en los pacientes en la evaluación final que se realiza una mejoría en relación con:

- estado de ánimo
- los niveles de ansiedad
- la percepción de calidad de vida.

En el siguiente algoritmo, se describe el proceso realizado durante la intervención psicológica con los pacientes.

5- Algoritmo de Intervención:



CAPÍTULO 6. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PACIENTE AMPUTADO

David Rudilla García

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

1- Introducción

La amputación es el más antiguo de todos los procedimientos quirúrgicos empleados, ya que existen evidencias de ella en algunos hombres prehistóricos (Pera Vázquez R., 1989). Las primeras noticias sobre amputaciones se tienen de la India en el siglo V de nuestra era, en las técnicas ilustradas de Susrita (Mc'Cook J et al, 1988). En el hemisferio occidental, las amputaciones de origen vascular representan el 80% del total de amputaciones, al igual que en nuestro país, correspondiendo a los miembros inferiores la mayor frecuencia en relación 9:1 (Riol Blanco N., 1990). La afección del árbol arterial distal se ve incrementada por la diabetes mellitus, lo cual explica su alta incidencia entre los amputados (Riol Blanco N., 1990). La amputación de un miembro inferior es muy significativa para un paciente, por lo cual constituye la etapa final del tratamiento, cuando pone en peligro la vida del paciente por una grave sepsis generalizada en la extremidad. Como una medida quirúrgica, se la utiliza para controlar el dolor o un proceso causado por una enfermedad en la extremidad afectada, por ejemplo un tumor maligno o una gangrena. En ciertos casos, se la realiza en individuos como una cirugía preventiva para este tipo de problemas. Entre las causas de la amputación encontramos (Rodríguez, et al.,1997):

- Congénita (presente al nacimiento) 5%
- Traumática (especialmente en población activa y joven) 25%
- Vascular (de preferencia del adulto y 3ª edad, especialmente en diabéticos) 65%
- Tumor (se practica a veces la amputación como parte del tratamiento) 5%

Los diferentes tipos de amputación se agrupan en función de la extremidad afectada y determinan la funcionalidad, limitaciones y afectación personal general del paciente.

La proyección de la medicina en la atención integral y sistemática en la actualidad, permite la rehabilitación y adaptación a la nueva vida del afectado, por lo que nos motivamos a realizar este programa con el objetivo de precisar la rehabilitación del paciente amputado por enfermedad vascular (Gils, et al., 1999).

2- El paciente amputado hospitalizado

El perfil del paciente amputado en la sala de hospitalización de Cirugía Vascular se caracteriza por encontrarse en la sexta y séptima década de la vida. En la mayoría de los pacientes, el tiempo de evolución de la diabetes es de más de 10 años. El 100 % de los amputados tenían información sobre los cuidados de los pies. Se evidencia que el nivel de escolaridad influye en la comprensión del tratamiento y autocuidado que incluye el cuidado de los pies. Las personas de edad avanzada prefieren silla de ruedas como medio para realizar sus actividades, ya que le ofrece más seguridad, además de estar relacionado con una claudicación personal. Con frecuencia personas de la tercera edad no usan prótesis, por no desearla y no adaptación; además, las personas de edad avanzada tienen afectación de varios aparatos y sistemas e incluso del miembro único; en los casos con afección vascular.

La estancia media en la sala de hospitalización por amputación de un miembro es de 8 días, incluyendo preoperatorio, pasando las curas a atención primaria, Unidad de Hospitalización a Domicilio o consultas externas del mismo servicio.

3. Las Fases de Amputación y Rehabilitación

Las **fases de rehabilitación** del amputado empiezan desde el mismo momento de la decisión de este procedimiento quirúrgico (Luccia, et al., 1988). Estas fases son:

1. **Preoperatorio:** En el caso que se trate de una cirugía electiva, se realiza una evaluación médica general y local de la extremidad afectada, para planificar el nivel quirúrgico y educación realista al paciente respecto a la rehabilitación. En esta fase es importante una evaluación psico-social.

2. **Cirugía:** Hay varios aspectos a considerar en el acto quirúrgico: hueso, músculos, nervios, piel.

3. **Manejo postoperatorio:** El cuidado principal en esta fase es el control del dolor con todos los medios disponibles. Aspectos importantes hacen referencia a evitar y reducir el edema con vendas elásticas si las condiciones locales lo permiten incluyendo la articulación proximal, evitar el desarrollo de retracciones músculoesqueléticas con posturas viciosas e inmovilidad, evitar el reposo prolongado en cama. Aunque se considera importante iniciar apoyo de salud mental si no se pudo hacer en el preoperatorio, no es hasta fases más avanzadas (con el desarrollo de trastornos mentales severos) cuando se suele atender a estos pacientes.

4. **Entrenamiento preprotésico:** Idealmente desde los primeros días del postoperatorio. Se pretende desde la independencia en las actividades de la vida diaria sin prótesis hasta ejercicios terapéuticos para mantener todos los rangos articulares especialmente en la articulación proximal, fuerza muscular global y local de miembro amputado.

5. **Prescripción protésica:** Se hace tomando en cuenta condiciones locales y generales del paciente. Para obtener buen provecho funcional de una prótesis se requiere:

- capacidad de aprendizaje
- capacidad visual
- capacidad cardiopulmonar
- mínimas alteraciones o discapacidades músculoesqueléticas asociadas.

6. **Integración familiar y comunitaria:** Reasumir roles y actividades sociales.

7. **Reintegro laboral:** Evaluar puesto de trabajo para decidir si puede volver y realizar las adaptaciones requeridas o un cambio de labores en su empresa. O puede ser necesario cambio de tipo de trabajo y a veces una capacitación para ello.

La **rehabilitación** de un amputado no se limita a la sustitución de la parte perdida, sino que es la atención integral del lesionado como persona, dado que la pérdida suele afectar todos los ámbitos del ser humano. El mejor resultado se obtiene mediante el trabajo de un equipo de rehabilitación con el paciente y su familia. Las **complicaciones** más habituales en pacientes amputados suelen ser: dolor fantasma, dolor del muñón, úlceras, erosiones en el muñón que pueden infectarse, exostosis, dermatitis alérgica, foliculitis y neuroma doloroso (Glagows, et al., 1995)

4- Aspectos psicológicos y emocionales en pacientes amputados

Desde el punto de vista psicológico y emocional no está relacionada directamente la extensión de la pérdida física con las dificultades psicológicas del paciente. Estas dificultades dependen en su mayor parte de los atributos personales del individuo que del tipo de amputación. Por tanto, un individuo con una pérdida física limitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida más importante. Dirigiendo nuestra atención a las reacciones de la conducta del amputado, el análisis de los aspectos psicológicos del problema sugiere que se analicen mejor siguiendo tres canales.

El primero concierne a las *experiencias y problemas reales* con los cuales tropieza el individuo como resultado de la amputación. El segundo trata de la *variedad de formas con que el paciente reacciona a estos estímulos, los tipos de conducta que despliega y las introspecciones* del paciente concernientes a su incapacidad. La tercera discusión concierne a la *identificación de aquellos procesos psicológicos que clarifican las relaciones entre las experiencias objetivas* asociadas con la amputación y el resultado de las respuestas de la conducta.

- *La experiencia de la Amputación*

Los problemas reales que se desarrollan por la amputación son problemas estrictamente físicos, psicológicos y sociales bastante específicos y de naturaleza única. Después, estos problemas físicos y psicológicos

deben considerarse en relación de unos con los otros por sus íntimas y complejas interacciones. Estos problemas hacen referencia:

A. Capacidades Físicas: Se articulan alrededor de dos formas: por una parte las limitaciones funcionales y por otro lado por el fracaso funcional. Si bien la limitación funcional hace referencia al condición de la situación para llevar a cabo acciones, los fracasos funcionales en el amputado, especialmente el nuevo, implicación de aceptar que en un número razonable de veces se caiga mientras está andando o falle en el simple acto de agarrar algo con la mano artificial y que se le caiga. Estos fallos en las funciones elementales y esenciales son fuente de inquietud y confusión para el individuo a causa de las consecuencias sociales y físicas.

B. Comodidad: Hablamos en primer lugar del dolor, sensaciones fantasma y en última instancia del dolor relacionado con la prótesis. También hay que contemplar el cansancio que se produce ante el esfuerzo por realizar actividades de la vida diaria.

C. Apariencia: Obviamente, cuando se sufre una amputación, la apariencia cambia a los ojos de uno mismo y para los demás. Como los valores asociados con la apariencia son importantes, cuando algún miembro de nuestra sociedad no cumple con estos modelos, sufre una pérdida de aceptación y por ello se crean problemas interpersonales.

- *Conducta del amputado*

Volviendo a la segunda cuestión de cómo reacciona el amputado ante los problemas engendrados por la amputación, se plantean dos preguntas: ¿Cuáles son los efectos sobre la conducta de la amputación?, y ¿cuáles son las actitudes, opiniones y sentimientos introspectivos del individuo? No hay duda de que el factor más importante que afecta a la adaptación de la prótesis es el comportamiento, el tipo humano, su personalidad. En otras palabras, ¿cuál es el modelo del proceso de adaptación de la persona? ¿Cómo ha recibido y resuelto las dificultades (incluso desastres) con que nos encontramos como humanos? ¿Cuál fue su habilidad para enfrentarse y mantenerse en varias crisis? ¿Cuáles fueron sus necesidades para ser productivo o pasivo de cara a las dificultades? ¿Qué grado de independencia ha demostrado en sus varias situaciones? ¿Qué grado de flexibilidad o rigidez ha tenido su conducta? Si se hace una estimación de lo que estas características juegan en su personalidad, se habrá obtenido la mejor indicación referente al tipo de adaptación que una persona puede tener a la amputación y las prótesis.

A. Conducta durante la hospitalización: Las reacciones dominantes sobre la conducta eran expresiones de ansiedad, depresión, resentimiento, desconfianza, resignación e indiferencia (Pera Vázquez R., 1989) Otros sentimientos que afloran en función de su historia de autocuidados además de edad, etc. son vergüenza y auto-compasión.

B. Conducta a largo plazo: Después de que han pasado los efectos traumáticos psicológicos inmediatos de la cirugía de la amputación y su realización, la conducta se vuelve más y más relacionada con la personalidad del individuo antes de la amputación.

Después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos normal. La experiencia revela que cualquiera que sea el aspecto de la personalidad del paciente, tiende a mantener un sentimiento de integridad del cuerpo, negando muchas de las consecuencias personales, vocacionales y sociales de la amputación. Aquellos que intentan no dar importancia a las dificultades físicas, rechazan la anormalidad y sitúan sus deseos cosméticos y funcionales en línea con los del resto de la gente. De todas formas, estos sentimientos se deben interpretar como la gran necesidad que tiene el amputado de ser admitido sin perjuicios por las personas normales. En una persona que no acepta la situación, se puede originar hostilidad y una conducta agresiva mientras que en otra la no aceptación se expresa a través de una conducta tímida o depresiva (Smeltzer, et al., 1992).

- *Reacciones psicológicas del amputado*

Volvemos ahora a la tercera área de discusión para completar el análisis de las reacciones psicológicas de la amputación.

A. Percepción de la incapacidad: En muchos casos, estas percepciones tienen una mayor influencia en el proceso de rehabilitación y su resultado, que la extensión física de la invalidez. Como el amputado actúa de acuerdo con sus percepciones, y no con la realidad, las consecuencias de una estimación muy distorsionada de su invalidez se reflejan en una mayor dificultad en aceptar las exigencias del proceso de rehabilitación. Si no se dan los pasos necesarios para corregir estas percepciones antes de la prescripción, del ajuste del miembro artificial y del entrenamiento para su uso, sería casi imposible llegar a cumplir estos procesos. La rehabilitación se hace vacilando y con gran resistencia y dificultad (Tooms, 2003).

B. Consecuencias de la frustración: Las emociones que se despiertan pueden ser bastante específicas, como la cólera o el temor, o pueden ser difusas, como la ansiedad. Como resultado de la amputación, las reacciones emotivas suelen ser casi siempre negativas (p. ej. ansiedad, cólera, temor) como opuestas a los sentimientos positivos (p. ej. amor, afecto, alegría). Cuando se experimentan fuertes emociones negativas, tienden a expresarse directamente a través de una conducta abierta, mientras que las emociones menos fuertes y menos específicas pueden inhibirse y modificarse más fácilmente. En cualquier caso, es muy raro que las fuertes tensiones del amputado se revelen a través de un solo tipo de respuesta emocional.

5- Intervención Psicológica en Pacientes Amputados

5.1. Etapas de la Intervención Psicológica en Pacientes Amputados

La intervención psicológica la podemos contemplar en cuatro puntos o etapas diferentes (Tabla 1):

- Urgente (primeros auxilios, traslado, etc.)
- Hospitalización Sala
- Unidad de Hospitalización a Domicilio
- Alta
- Reintegración Social

Tal como se refleja en el esquema, las respuestas emocionales y el trabajo en cada una de dichas etapas es diferentes, si bien la intervención estructurada y programada se lleva a cabo en la hospitalización, primero en sala y después en domicilio si es que el paciente es derivado a esa unidad.

Tabla I.

	Urgente	Hospitalización Sala	Hospitalización UHD	Alta/Reintegración social
Descripción	SHOCK Incredulidad, fallo de comprensión, despersonalización.	Impacto. Ruptura equilibrio psicológico. Ansiedad. Dolor. Miedo a la desfiguración. Preocupaciones sobre la evolución. Magnificación secuelas. Sobrecarga/Sobrepotección familia	Ansiedad. Miedo. Dolor. Magnificación inadaptación. Sobrecarga/Sobrepotección Familia. Miedo al rechazo Cambios de roles en la familia	Alteraciones de vida social, familiar, etc.
Intervención	Intervención en Crisis	Terapias estructuradas como: -Trast. Estrés Post-traumático -Duelo -Rehabilitación Psicosocial	Continuidad del trabajo iniciado en sala centrado en: -Alteraciones emocionales no-adaptativas -Apoyo en rehabilitación ocupacional	Reinserción social

5.2. Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general es atender las necesidades emocionales y psicológicas del paciente durante el ingreso en el hospital.

Los objetivos específicos son:

- Resolver impacto emocional provocado por la noticia de la amputación
- Proporcionar estrategias de afrontamiento ante reacciones de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo.
- Entrenar en habilidades a través del proceso de rehabilitación psicosocial para reducir el trastorno adaptativo

El programa está articulado por fases secuenciales, y cuenta con una temporalización determinada. A continuación se describe el programa por cada una de las fases:

1. Evaluación: En sesión clínica se realiza una valoración de las interconsultas, incluyendo en el programa a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Atendiendo a la fecha de intervención se programará la evaluación por parte del psicólogo de la salud (PS1) que incluirá la administración del cuestionario BSI-18 (Breve Inventario de Síntomas de 18 ítems). Esta evolución contempla no sólo las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales del paciente, sino las de la familia, ya que se debe detectar y prevenir cualquier signo de sobrecarga, sobreprotección, claudicación, etc. Es necesario que tanto el paciente como la familia comprendan el sentido del programa de intervención psicológica, que no se entienda como "animar" al afectado, sino "ayudar en la adaptación". Despatologizar reacciones adecuadas como el lamento, la tristeza, etc. a través de la escucha activa es fundamental en aquellos pacientes que son "presionados" por sus familiares para que "no se preocupen".

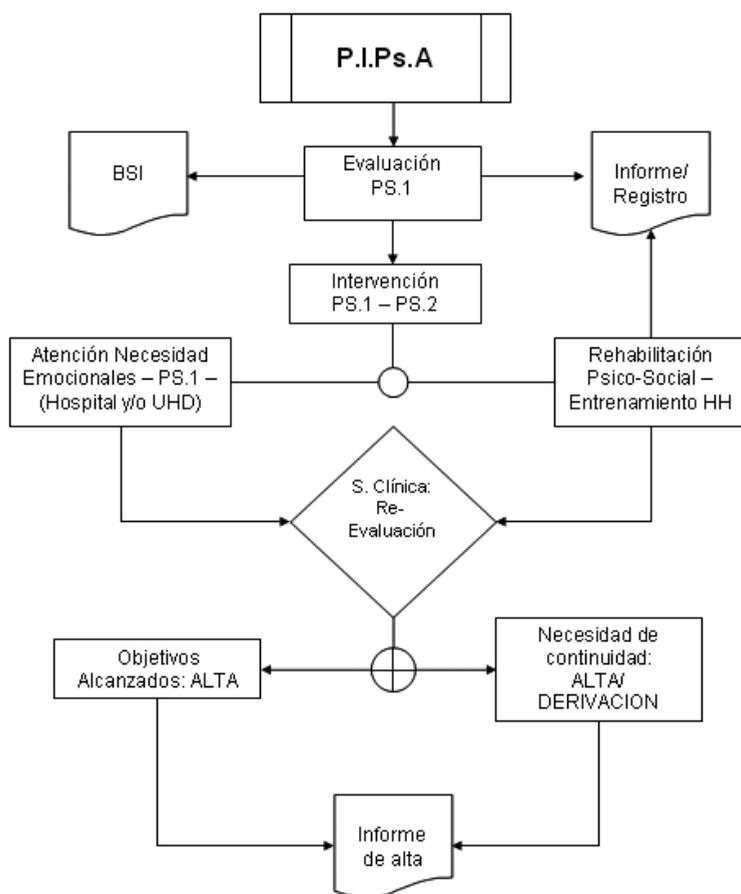
2. Intervención: Llevada a cabo por PS1 y psicólogo responsable de la rehabilitación psico-social (PS2) se realiza a dos niveles: por una parte se atienden las necesidades emocionales del paciente, ya esté ingresado en la sala o en su domicilio; por otro lado, se realizará un trabajo de rehabilitación psico-social a pie de cama centrándose en el conjunto de habilidades de adaptación al entorno. Es importante que el paciente encuentre un espacio en el que pueda expresar sin censura sus sentimientos, sus ideas sobre el futuro, sus rabias y enfados. Conseguir que pueda proporcionarnos una visión de su situación nos va a permitir localizar las ideas irracionales, los planteamientos erróneos y ajustarlos de manera que se reduzca el trastorno adaptativo. En esta misma línea van los esfuerzos por el fomentar y potenciar la autonomía, la responsabilidad en sus autocuidados, desde el aseo hasta la decisión de usar el servicio, qué tomar, etc. Generalmente la familia se vuelve en el hospital con el paciente de tal manera que incluso les abrochan los botones o peinan, dan de comer, etc. cuando los afectados en primera persona son capaces de hacerlo.

3. Re-Evaluación: ó evaluación de resultados obtenidos. En sesión clínica, PS1 y PS2 contemplan la consecución de objetivos alcanzados, dándole forma al Alta de dos maneras posibles: un alta definitiva (con su correspondiente informe) y una alta derivación, dado que se objetiva una necesidad de continuidad de trabajo ya sea en otros recursos de Salud Mental ó a través de asociaciones, etc.

5.3. Metodología

Para todo el trabajo centrado en la rehabilitación psico-social se utilizan procedimientos de modelado, moldeamiento y aprendizaje vicario. Toda la evolución se registra en la historia clínica del paciente. En cuanto a la atención de necesidades emocionales se emplearán técnicas cognitivo-conductuales como la TRE, a escucha activa y el counselling como herramienta de elaboración de pérdida.

6- Algoritmo de Intervención



CAPÍTULO 7. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA

Rafael Ballester Arnal

Universitat Jaume I de Castelló

La infección por VIH constituye una de las enfermedades de mayor prevalencia en todo el mundo. Su progresión desde los cuarenta casos detectados a principios de los años ochenta a los más de cuarenta millones de casos diagnosticados en la actualidad resulta más que alarmante. A pesar de que en los países desarrollados los avances médicos han hecho que la supervivencia y la calidad de vida de los afectados mejore notablemente, el Sida sigue siendo un problema de salud pública de primera magnitud, que acarrea un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y social a los que lo padecen, y muy especialmente en los países empobrecidos, ajenos a los avances en las terapias antirretrovirales.

1.- Aspectos médicos de la Infección por VIH

1.1. Acción del Virus de Inmunodeficiencia Humana sobre el organismo

En 1987, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus aprobó el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para el agente causal del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Pero antes de recibir su nombre ya se conocía su localización y forma de transmisión. En relación a la primera, su localización, sabemos que el VIH se encuentra en la práctica totalidad de las secreciones y fluidos corporales pero, úni-

camente, aparece en concentraciones suficientes para permitir su transmisión en la sangre, el semen y las secreciones vaginales. En cuanto a su forma de transmisión, el VIH accede al organismo a través de: relaciones sexuales (vaginales, anales y orales) sin protección con una persona infectada; utilización de jeringuillas, agujas u otros instrumentos contaminados con sangre infectada por el virus, al entrar en contacto con la sangre de una persona sana; de una madre infectada a su hijo durante el embarazo, el parto y/o la lactancia; y a través de transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados (desde 1985 es obligatorio analizar la sangre, por lo que esta práctica en nuestro país es segura).

En cuanto a su estructura y dinámica, el VIH pertenece a la familia de los Retrovirus (están compuestos de ARN), con acción patológica lenta y degenerativa. El ciclo de vida del VIH se desarrolla en tres fases fundamentales (Ballester, 1999):

1ª. La entrada del virus y la transcripción inversa: cuando las moléculas de la envoltura del virus, gp120, reconocen los receptores de la superficie de la célula, principalmente las células T4 o CD4+ (subtipo de linfocitos que organizan y dirigen las defensas inmunitarias), las proteínas transmembranarias permiten la fusión entre la membrana de la célula y la del virus penetrando así en la célula y liberando su material genético en forma de ARN, que es convertido en ADN por la enzima transcriptasa inversa.

2ª. Integración y expresión del ADN. Este ADN vírico se integra en el ADN de los cromosomas de la célula huésped gracias a la enzima integrasa. El virus hace toda esta operación en sólo unas horas si el linfocito está en una fase de activación favorable, condición necesaria para incorporar su material genético al de la célula. Si el linfocito vuelve a su fase de reposo, el ciclo puede interrumpirse y el VIH se queda "dormido" hasta la siguiente activación de la célula infectada en la que volvería a multiplicarse. No obstante, estas células infectadas pueden transmitirse a otras personas e infectarlas. En suma, el virus utiliza el proceso de producción de la célula para producir masivamente proteínas virales y ARN. Una vez producidas, la enzima proteasa tiene como misión cortarlas y moldearlas para que se ensamblen dando lugar a nuevos virus.

3ª. Liberación de partículas infecciosas maduras. Una vez el ADN del virus está integrado en la célula, abandona el núcleo para ir al citoplas-

ma donde se produce la síntesis de las proteínas del VIH a partir de los ARN mensajeros y, se desplazan hacia la superficie celular. Las nuevas partículas víricas se envuelven en un trozo de la membrana celular y ya están dispuestas para infectar a otras células iniciando nuevos ciclos de infección. Los ciclos de replicación, uno cada 2 días, son muy rápidos y producen millones de virus pero ninguno es idéntico a otro, lo que genera una gran variabilidad genética que protege al VIH de la acción del sistema inmunitario contra él.

1.2. Diagnóstico y evolución de la enfermedad

Cuando una persona toma la decisión de realizarse la prueba de anticuerpos del VIH realmente, va a comprobar si su sistema inmunitario ha elaborado "anticuerpos frente al VIH", o sea, sustancias para localizar y destruir las partículas víricas. Si el organismo ha generado estos anticuerpos la prueba dará positivo y la persona será portadora del VIH o seropositiva. Sin embargo, si no se detectan estos anticuerpos dará negativo y será seronegativa. Pero, esto no significa necesariamente que no tenga el VIH. El organismo necesita un tiempo, que puede oscilar entre las 6 semanas y los 6 meses, para fabricarlos. Es el denominado "período ventana" o "tiempo de seroconversión". En dicho período, la persona es portadora del VIH, puede transmitir el virus pero, el sistema inmunitario aún no ha elaborado los anticuerpos (Edo, 2003).

La detección de la infección del VIH se realiza de forma directa, aislando el virus, partes del mismo (proteínas víricas) o ampliando su material genético. Y también se puede detectar en sangre de forma indirecta, detectando la serología o la respuesta del organismo frente a la infección por el VIH. La búsqueda de anticuerpos se realiza en el suero y eventualmente en otros fluidos fisiológicos (saliva, orina, secreciones vaginales, esperma). Cualquier persona que haya practicado o practique comportamientos de riesgo debe realizarse la prueba de detección de anticuerpos con fines preventivos y de tratamiento. Estas pruebas son voluntarias, confidenciales y gratuitas.

Hay varios tipos de pruebas que sirven para detectar la presencia de la infección por VIH en nuestro organismos, como el test Western-Blot, la inmunofluorescencia indirecta (IFI) y la radioinmunoprecipitación (RIPA), pero la más frecuente es la prueba ELISA que intenta detectar anticuerpos y para la cual simplemente es necesario un análisis de sangre.

Por lo que respecta a la evolución de la enfermedad en la persona que entra en contacto con el virus, existen múltiples factores, no sólo biológicos, sino también psicológicos y comportamentales que influyen en la evolución concreta de cada persona. En general se produce una evolución lenta de la enfermedad con la pérdida progresiva y continuada del sistema defensivo del organismo. En el curso de la infección por VIH podemos distinguir tres fases que no siempre se dan en todos los pacientes con la misma duración (Ballester, 1999).

-Fase aguda, precoz o primoinfección. Se trata de una infección aguda con manifestaciones leves que dura de días a semanas. Durante este período el virus se replica principalmente en los ganglios linfáticos y aparecen manifestaciones clínicas similares a una gripe o una mononucleosis infecciosa, por lo que genéricamente se le conoce como "síndrome mononucleósico". Se trata de fiebre, erupciones cutáneas, dolor de cabeza, de garganta, dolores musculares y de las articulaciones, diarreas...

-Fase asintomática. Es la fase crónica de replicación viral activa que puede durar varios años dependiendo, principalmente, de la virulencia del virus, la carga vírica y la respuesta del sistema inmunológico. Las células son infectadas poco a poco hasta llegar a los linfocitos T4 y pueden aparecer algunas anomalías menores, por lo que conviene realizar revisiones médicas de forma periódica. Las probabilidades de que la infección progrese a estadios más avanzados, transcurridos entre 8 y 10 años después de la primera infección, es de un 50 % para los adultos y de un 80 % para los niños. También existen casos de supervivientes o no progresores a largo plazo, sin explicación concluyente por el momento.

-Fase sintomática o SIDA. La transición de la fase asintomática a la de SIDA ha recibido diversas denominaciones, como Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o pre-SIDA. Se manifiesta con la aparición de síntomas menores (Linfadenopatía Generalizada Persistente, candidiasis orofaríngea, leucoplasia oral vellosa, herpes zóster, pérdida de peso, fiebre, cansancio, sudoración nocturna, diarrea persistente etc.). En los exámenes biológicos aparece un aumento de los linfocitos T8 y B y una disminución de los T4. Se establece el diagnóstico de SIDA cuando los T4 son <200/ml y aparece una de las 26 enfermedades oportunistas asociadas al VIH, cuya prevalencia varía en gran manera en función de la región geográfica. En nuestro país, la tuberculosis es considerada como la enfermedad oportunista más frecuente, junto con la neumonía.

1.3. Seguimiento médico del paciente

Las personas portadoras del VIH deben someterse a un examen médico completo cada tres meses, y más a menudo si es necesario. Los seropositivos suelen vivir cada revisión y analítica como una situación estresante. Para muchos, que se encuentran en el estadio asintomático de la infección, el hecho de acudir a la consulta de medicina interna supone enfrentarles a la realidad de su seropositividad y recordarles la fragilidad de su estado de salud. La relación que establezcan con el médico y el equipo sanitario es esencial para que se mantengan los oportunos seguimientos médicos. El médico de cabecera o el médico de medicina general, en primera instancia, es quien ha de informar y supervisar regularmente la salud del seropositivo y, además, es el nexo de unión entre el paciente y el hospital.

Los ingresos hospitalarios son cada vez más frecuentes y de mayor duración a medida que avanza la enfermedad. Se estima que un enfermo afectado de SIDA sufre una media anual de cuatro patologías asociadas al VIH, a causa de las cuales ha de pasar, aproximadamente, 40 días hospitalizado, y en bastantes ocasiones, en régimen de aislamiento directo (ante el riesgo de que el enfermo propague alguna enfermedad oportunista de carácter infectocontagioso como la tuberculosis) o inverso (el sistema inmunológico de los enfermos está tan inmunodeprimido que se adoptan medidas de aislamiento, visitas restringidas y con mascarillas etc., para evitarle cualquier afección). Los hospitales de día y la hospitalización a domicilio (HAD) son dos recursos menos extendidos que la hospitalización clásica pero, con importantes ventajas de cara al paciente. El hospital de día asiste al enfermo durante el día, éste puede ser visitado por su médico, realizarse analíticas, tratamientos en forma de perfusión o aerosol y obtener su provisión de medicamentos en un mismo día. En la hospitalización a domicilio (HAD), el médico, las enfermeras, los fisioterapeutas y otros miembros del personal sanitario ofrecen sus cuidados en el propio domicilio del paciente con SIDA. Es necesario integrar y coordinar la asistencia hospitalaria y la asistencia primaria, así como los recursos existentes a nivel psicológico y social para facilitar el seguimiento de cada caso (Edo, 2003).

1.4. El tratamiento médico

En ausencia de curación para la infección por el VIH, la terapéutica médica lucha contra el virus y sus efectos desde tres flancos diferentes: los

tratamientos antirretrovirales, cuyo fin es reducir al máximo la presencia del virus en el organismo durante el mayor tiempo posible; los tratamientos específicos de las enfermedades oportunistas y neoplasias asociadas a la inmunodeficiencia; y la administración de inmunomoduladores con el propósito de minimizar las lesiones inmunológicas ocasionadas por el VIH (Ballester, 1999).

Un tratamiento antirretroviral se compone de un medicamento o combinación de medicamentos que dificultan la acción del VIH. El primer representante de este grupo de fármacos que se comercializó a mediados de los años 80, fue la azidotimidina o AZT (Retrovir), actualmente conocido como Zidovudina (ZVD). Los inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) son los primeros fármacos que actúan directamente contra el VIH. Su misión consiste en impedir al virus que utilice la enzima transcriptasa inversa para entrar en el núcleo de la célula huésped e impedir que el ARN vírico se transforme en ADN. Los ITI se dividen en ITI análogos de nucleósidos e ITI no análogos de nucleósidos. Los ITI análogos de nucleósidos bloquean la síntesis del ADN viral hasta que el VIH, con el tiempo, desarrolla resistencias. En España se encuentran disponibles la Zidovudina o AZT (Retrovir), Didanosina o ddI (Videx), Zalcitabina o ddC (Hivid), Lamivudina o 3TC (Epivir), Estavudina o d4T (Zerit), Abacavir, Adefovir y otros. Los ITI no nucleósidos utilizados, con el objetivo de causar menos toxicidad al organismo al impedir la replicación del virus, son: Nevirapina (Viramune), Efavirenz (Sustiva), Delavirdina (DMP-266), Lovirida y otros.

Una segunda generación de fármacos está configurada por los inhibidores de la proteasa. Su objetivo consiste en intervenir sobre la enzima proteasa necesaria para la reproducción del virus dentro del núcleo del linfocito. La importancia de los inhibidores de la proteasa administrados hasta el momento, a saber, Ritonavir (Norvir), Indinavir (Crixivan), Nelfinavir (Viracept), Saquinavir (Invirase/Fortobase) y otros, reside en su capacidad de apoyo al sistema inmunitario en su lucha contra el VIH al actuar de forma específica sobre la proteasa viral e impedir las enfermedades oportunistas.

En el año 1996, se introdujo la terapia antirretrovírica combinada contra la infección del VIH con excelentes resultados. La combinación de fármacos se fundamenta en el hecho de que el virus necesita de la acción

de las tres enzimas, transcriptasa inversa, proteasa e integrasa, para infectar a la célula. Esta es la base del llamado Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo o HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) que reduce drásticamente la carga vírica tanto en la sangre periférica como en los tejidos y, paralelamente, reconstruye el sistema inmunológico mejorando su capacidad funcional.

Cada uno de los fármacos antirretrovirales produce efectos secundarios, pero son asumibles si se comparan con el efecto de la enfermedad en el organismo si dejan de tomarse. Los efectos durante las primeras semanas de tratamiento antirretrovírico son habituales en los pacientes. Aparecen problemas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, acidez, eritema ("rash") y fiebre. A menudo estos síntomas desaparecen cuando el organismo se acostumbra a los fármacos, pero algunos pacientes necesitan tomar antieméticos o antidiarreicos durante meses o años. Algunos efectos indeseables pueden aparecer lentamente, a largo plazo como la neuropatía periférica, pancreatitis, fatiga, disuria y nefrolitiasis, piel seca y uñeros, efectos en la sangre como anemia y neutropenia, efectos en el hígado entre los que se incluyen pérdida de energía, ictericia y náuseas.

Desde el punto de vista psicológico, la cumplimentación del tratamiento constituye uno de los principales retos a superar para lograr la efectividad de los tratamientos antivirales. Los abandonos momentáneos o "vacaciones terapéuticas" son suficientes para que el virus se replique y se seleccionen cepas resistentes. Los factores que influyen en el cumplimiento/incumplimiento de la terapia farmacológica para el VIH, cifrada en aproximadamente un 53 % de falta de adhesión (Ballester, Campos, García y Reinoso, 2001) están determinados por: los aspectos psicosociales del paciente, las características propias de la enfermedad, el régimen farmacológico (dosis, efectos adversos, complejidad de administración) y la relación médico-paciente. Así, en este estudio los autores concluyeron que las principales causas de no-adherencia estaban relacionadas con el olvido de los fármacos (42 %), los efectos secundarios de la medicación (22 %), el número excesivo de fármacos (21 %), las dudas sobre el tratamiento (18 %) y la escasa información recibida por parte del médico (11 %).

La tercera forma terapéutica de combatir el VIH/SIDA la constituye la inmunoestimulación. Esta manera de abordaje terapéutico se utiliza en

combinación con antirretrovirales y permite, a través de las interleukinas (sustancias químicas mediante las que se comunican entre sí los linfocitos), estimular y dirigir la actividad de estas células en las distintas fases de la infección. Así, se consigue que el sistema inmunológico recupere la cantidad y calidad de los linfocitos T4, lo que le permite continuar luchando contra las infecciones

2- Principales respuestas psicológicas ante la enfermedad

Los estudios que exploran el estado psicológico de los pacientes con infección por VIH señalan un índice de morbilidad psicopatológica que oscila entre el 30% y el 80% de los afectados. En trabajos que exploran la presencia de psicopatología en enfermos españoles predominan el trastorno por abuso de sustancias, los trastornos orgánicos mentales, trastornos adaptativos, ideación suicida y trastornos afectivos (Edo, 2003). Por otra parte, en la revisión de la literatura realizada por Ballester (1999) se destacan los siguientes problemas psicológicos como habituales en los pacientes con VIH: baja autoestima, miedo a perder el atractivo físico e hipocondría, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, reaparición de conflictos sobre la orientación homosexual, disminución de la concentración y pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de personalidad antisocial y deseo sexual hipoactivo, abuso de alcohol y otras drogas, problemas de sueño y uso excesivo de sedantes.

La presencia de problemas emocionales en las personas con VIH/SIDA proviene fundamentalmente de cuatro posibles fuentes: la psicopatología previa de algunos afectados, la dificultad para adaptarse a una enfermedad que impone importantes restricciones en la vida del enfermo, la propia enfermedad y su tratamiento y en cuarto lugar, el estigma social asociado al Sida (Ballester, 2005).

Por lo que respecta a la morbilidad psicopatológica previa a la enfermedad hay que destacar que el trastorno por consumo de sustancias aparece, como es lógico, en la historia presente o pasada de los infectados por vía parenteral. En la población española la incidencia de trastorno por dependencia de sustancias es de un 41% (Ayuso, 1997). Además, este diagnóstico presenta a su vez una alta comorbilidad con otros como los trastornos de personalidad.

La adaptación a una enfermedad que hasta hace muy poco era considerada necesariamente mortal y todavía en la actualidad muy estigmatizada,

supone un proceso largo en el cual pueden surgir múltiples manifestaciones psicopatológicas. Cuando las manifestaciones ante el *shock* inicial que supone el diagnóstico se prolongan en el tiempo o son muy intensas pueden llegar a desencadenar un trastorno adaptativo cuya gravedad vendrá determinada por factores como la historia previa de patología mental, su respuesta de afrontamiento a la enfermedad, el deterioro que produzca la enfermedad, el apoyo social, laboral y familiar, la disponibilidad de ayuda psicológica, etc. Los cuadros afectivos mixtos, con sintomatología ansioso-depresiva son los más habituales. Otra importante alteración psicológica a considerar es la ideación y los intentos de suicidio.

Los denominados factores yatrogénicos o efectos secundarios ocasionados por las terapias antirretrovirales y/o los tratamientos específicos para las infecciones oportunistas también pueden influir en el estado mental de estos pacientes. Así, por ejemplo, la ingesta de Zidovudina, uno de los antirretrovirales más habituales, puede producir astenia, ansiedad, depresión, estado de confusión, inquietud, manía y otros estados psicológicos en los pacientes (Edo, 2003).

Finalmente, otra fuente de problemas emocionales en las personas afectadas es la que tiene que ver con las repercusiones sociales de la enfermedad. Las posibles consecuencias sociales que conlleva declarar que se es portador del VIH o enfermo de Sida pueden incluir el rechazo, la estigmatización, marginación, culpabilización, etc tanto desde el entorno laboral y social como desde los ámbitos más próximos al afectado como la familia, la pareja y los amigos. En un estudio reciente llevado a cabo en nuestro país (Edo, 2003) se encontró que los pacientes con infección por VIH percibían menor apoyo social que un grupo control de personas sanas y otro de pacientes oncológicos en los ámbitos social, laboral, familiar, de amistades y general.

3- Intervención psicológica en pacientes con VIH

Existen dos grandes razones que apoyan la conveniencia y necesidad de la intervención psicológica en los pacientes con Infección por VIH/SIDA. Una primera razón tiene que ver con la disminución del malestar emocional de los enfermos y sus allegados. Y la segunda razón se relaciona con el bienestar físico y la supervivencia de los enfermos.

La repercusión negativa que los problemas emocionales pueden tener sobre el estado físico de los infectados por VIH se expresa fundamental-

mente de tres modos. En primer lugar, a través de la relación entre los factores cognitivos y emocionales y la función inmune. En este sentido, Ulla y Remor (2002) señalan cómo tanto los aspectos comportamentales (estilos de vida) como los psicológicos (control del estrés y estrategias de afrontamiento) y sociales (apoyo social) pueden influir de manera importante en la progresión de la infección. En segundo lugar, a través de su influencia sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral. Y en tercer lugar, una intervención psicológica puede incrementar la supervivencia y longevidad del paciente, por su efecto sobre los hábitos de salud de los enfermos, hábitos que resultan fundamentales en la progresión de la enfermedad y que incluyen, desde el consumo de sustancias tóxicas hasta la nutrición o la prevención de reinfecciones.

Dado que la infección por VIH/SIDA constituye una enfermedad relativamente reciente, los programas de intervención psicológica para la mejora de la calidad de vida y el fomento de la adhesión al tratamiento antirretroviral de estos pacientes son bastante escasos. Las primeras iniciativas han venido de la mano de grupos de ayuda-mutua o grupos de apoyo que con el tiempo han evolucionado para intervenciones psicoeducativas o programas terapéuticos. Además de la corta historia de esta enfermedad desde su aparición, hay que contar con que realmente, el desarrollo de fármacos antirretrovirales eficaces contra la infección todavía es un hecho más reciente. Así, la combinación de inhibidores de la transcriptasa inversa e inhibidores de la proteasa (HAART), que incrementó bruscamente la esperanza de vida de los pacientes infectados, apenas se remonta a 1996. Es a partir de este momento cuando la adhesión a un tratamiento de gran eficacia se convierte en un aspecto de una enorme relevancia (Ballester, 2002).

De la complejidad de los factores relacionados con los problemas de adhesión al tratamiento se deriva que el tipo de intervención ideal para la mejora de ésta debería ser uno que englobase tanto acciones dirigidas al entorno sanitario, como otras llevadas a cabo con los profesionales que prescriben el tratamiento y con los propios pacientes. Entre los programas que se han dirigido a intervenir sobre el sistema sanitario algunos han intentado crear unidades de atención multidisciplinar más integradas con el fin de mejorar la accesibilidad de los pacientes a los cuidados, establecer un sistema de citas más flexible, facilitar los mecanismos para que

de forma rápida el paciente puede informar de los efectos secundarios de la medicación y se le pueda dar solución inmediata a sus problemas, o minimizar las barreras de acceso a la medicación, entre otras acciones. Otros programas dirigidos a enfermos con VIH se han centrado más en las habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios con acciones como implicar al paciente de forma activa en el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento, crear mecanismos que aseguren un contacto frecuente, seguimiento cercano y apoyo intenso entre pacientes y profesionales, proporcionar información verbal y escrita clara con una retroalimentación y supervisión continuada que garantice la comprensión por parte de los pacientes de las condiciones y exigencias del tratamiento, y una retroalimentación frecuente al paciente mostrándole el éxito del tratamiento.

Finalmente, dentro de los programas de intervención también se han incorporado componentes terapéuticos dirigidos a los aspectos relacionados con el paciente. Entre las acciones incluidas en estos programas se encuentran: el ajuste de los regímenes de tratamiento al funcionamiento cotidiano del paciente, entrenamiento en solución de problemas, enseñar a los pacientes a superar las barreras potenciales para seguir el tratamiento, refuerzo a los pacientes por sus esfuerzos y el uso de estrategias tecnológicas y de autocontrol para seguir las pautas (dosis y horarios) correctas del tratamiento, tales como los pastilleros o "avisadores" electrónicos (Ballester, 2002).

Sin embargo, dada la situación de muchos de los pacientes afectados por esta enfermedad, parece claro que este tipo de intervenciones, para alcanzar una óptima eficacia, deberían combinarse con otras que estuvieran enfocadas al tratamiento de los problemas de adicción que algunos enfermos mantienen, el malestar psicológico, las dificultades para afrontar la enfermedad o la inestabilidad en la vida de muchos pacientes e incluso, en algunos casos, la falta de un hogar. Como señalan algunos estudios (Ruiz-Perez et al., 2005), la existencia de perturbaciones emocionales constituyen un factor de riesgo por sí solo para una baja adhesión terapéutica y por lo tanto, debe ser una prioridad de los clínicos su detección y tratamiento.

Por ello, algunos autores (Tuldrá y cols., 2000; Ballester, 2003), han desarrollado programas de tratamiento que más que estar exclusivamente

orientados a la promoción de la adhesión, intentan tomar en consideración otras variables que pueden estar afectándola directa o indirectamente. Se trata de programas para mejorar el afrontamiento de la enfermedad. En este sentido se ha enfatizado la utilidad que podrían tener técnicas de intervención que ayuden al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Incluiríamos entre esas técnicas, el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios. Sin embargo, hay que reconocer que hasta el momento, los estudios en los que se evalúa la eficacia de estos programas son muy escasos.

En España se han desarrollado algunos programas de intervención para mejorar la calidad de vida y la adhesión de los pacientes con VIH/SIDA al tratamiento antirretroviral. Tanto desde los hospitales y organismos sanitarios como desde algunas ONG's se ha hecho un esfuerzo por contribuir a la salud mental de estos enfermos. A pesar de la relevancia de las recomendaciones dadas desde estas instancias para la mejora de la adherencia, hay que decir que se limitan a ser sugerencias para un mejor tratamiento del paciente con VIH y que no constituyen en modo alguno un programa integrado y estructurado cuya eficacia se haya probado. Cuando pensamos en la existencia de programas españoles de intervención psicológica, estructurados, que hayan mostrado empíricamente su eficacia, el espectro se nos reduce mucho (Remor, Ballester, Espada y Gordillo, 2008). En una revisión bibliográfica, considerando tanto la base de datos PsychInfo como las publicaciones científicas de mayor impacto como la revista *Psicothema*, *Revista de la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica*, *Psicología Conductual*, *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, *Clínica y Salud* y *Análisis y Modificación de Conducta*, y también publicaciones específicas sobre el tema del Sida como la *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)* tan sólo hemos tenido conocimiento de dos programas: el de Rousaud et al. (2004) en la Fundació Clínica per la Recerca Biomèdica y el Hospital Clínic Universitario de Barcelona; y el de Ballester (2003) desde la Universitat Jaume I y el Hospital General de Castellón. Esto no significa que no haya habido en los últimos años otras intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes o específicamente su adhesión

al tratamiento, sino que estas intervenciones o han sido muy concretas y no constituyen un programa estructurado de intervención con investigación empírica acerca de su eficacia; o se limitan a establecer unas ciertas directrices generales para mejorar la adhesión terapéutica.

El programa de Rousaud y cols. (2004) es un programa estructurado de psicoterapia de grupo de orientación cognitiva que se ha aplicado con éxito a una muestra de mujeres VIH+ remitidas a una Unidad de Psiquiatría de Consulta y Enlace. La duración del programa es de 16 sesiones, con una frecuencia semanal. A pesar de que los datos preliminares acerca de su eficacia tan sólo se centran en 7 mujeres, es de destacar el mantenimiento de la mejoría alcanzada en el grado de ansiedad y depresión de las pacientes tras un seguimiento de tres meses.

Por lo que respecta al programa de intervención psicológica desarrollado por Ballester (2003), su objetivo era en su origen y motivación, la mejora de la adhesión al tratamiento médico, pero desde una perspectiva amplia. En este sentido, este programa se diferencia de algunos otros en los que la atención se fija única y exclusivamente en la toma de fármacos. Por el contrario, aquí se asume una perspectiva más integral de lo que significa la decisión activa y voluntaria por parte del paciente, no sólo de tomar la medicación antirretroviral sino también y fundamentalmente de "cuidarse" en su acepción más global. Por ello, el programa pretende no sólo atender a los aspectos más informativos y "logísticos" de la toma de medicación (como suele suceder con los programas que provienen del marco de la enfermería o medicina), sino también a todos aquellos factores emocionales que parecen estar implicados en la adhesión al tratamiento. Esto hace que el programa del que hablamos no sea, en sentido estricto, un programa exclusivamente de promoción de la adhesión al tratamiento, sino un programa de mejora de la calidad de vida global del enfermo, incluyendo su estado emocional, sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales, su autoestima y otros aspectos.

El programa de Ballester (2003) es un programa cognitivo-conductual en formato grupal con una duración de 8 sesiones (frecuencia semanal) de dos horas de duración cada una de ellas. Por lo que respecta a la estructuración del programa de tratamiento, tras haber realizado una evaluación individualizada de cada paciente, se comienza con una sesión inicial de presentación del programa y del grupo. La sesión siguiente, con-

siderada como la primera sesión del tratamiento está dedicada a informar a los pacientes acerca de su enfermedad. En la sesión 2 se introduce el módulo cognitivo, a partir, fundamentalmente del modelo ABC de Ellis. En la sesión 3, siguiendo con el módulo cognitivo, se enseña a los pacientes a combatir sus pensamientos negativos. En la sesión 4, se persigue el fomento de la autoestima de los pacientes. La sesión 5 va dirigida al entrenamiento en relajación. En la sesión 6 se entrena a los pacientes en técnicas de solución de problemas. La sesión 7 se centra en la promoción de la salud, incluyendo la adhesión al tratamiento, los hábitos de salud aconsejables y la prevención de reinfecciones. Finalmente, se dedica una última sesión a la prevención de recaídas. La inclusión de estos componentes terapéuticos se encuentra fundamentada en los resultados de estudios previos acerca del perfil psicopatológico y la experiencia de enfermedad de los enfermos con VIH (Edo, 2003). En el siguiente punto presentamos en detalle la agenda de cada una de las sesiones del programa.

El análisis preliminar acerca de la eficacia terapéutica del programa de tratamiento grupal de Ballester (2003) ha demostrado la eficacia del programa, que se expresó a través de cambios significativos en una dirección positiva en un amplio rango de variables, entre las que se encontraban el grado de información acerca de la enfermedad (fundamental para un adecuado afrontamiento de la misma), la adhesión terapéutica (objetivo y motivo inicial del desarrollo de este programa), el estado emocional de los pacientes (evaluado a través de sus niveles de ansiedad, depresión y autoestima), la conducta de enfermedad (hipocondría, el grado de perturbación afectiva e irritabilidad), el grado de interferencia de la enfermedad en los ámbitos familiar, social, laboral y a nivel global, y el apoyo social percibido proveniente de otros enfermos. También se observó que los pacientes, tras el tratamiento, presentaban un mayor locus interno de control sobre la salud, lo cual puede ser muy beneficioso ya que una mayor sensación de control sobre la enfermedad probablemente conducirá a la adopción de ciertas conductas de salud positivas para el paciente como la prevención de reinfecciones o una mayor atención a la alimentación, el ejercicio físico o el consumo de alcohol u otras drogas.

Pero no queremos finalizar este trabajo sin poner especial énfasis en que para aliviar el sufrimiento al que están sometidas las personas con VIH resulta imprescindible no sólo que sigamos avanzando en el terreno

médico (en el desarrollo de nuevos y más eficaces antirretrovirales) sino también que los pacientes tengan acceso a programas de intervención psicológica desde la sanidad pública, y que la sociedad toda contribuya con su empatía y solidaridad a acabar con el estigma que lleva en demasiadas ocasiones a los enfermos a tener que invisibilizarse socialmente.

4- Algoritmo de Intervención

SESIÓN INICIAL: PRESENTACIÓN

- a) Presentación del terapeuta y coterapeuta
- b) Objetivos de la sesión
- c) Presentación de los pacientes en la que comentan, entre otros temas, su situación actual con respecto al SIDA.
- d) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales en los que va a consistir el programa de intervención
- e) Opinión del grupo sobre el tratamiento que se va a recibir y expectativas sobre el proceso y resultado terapéuticos
- f) Aclaración por parte del terapeuta de las normas de funcionamiento.
- g) Pase de cuestionarios
- h) Fijación de la próxima sesión

SESIÓN 1: MÓDULO EDUCATIVO

- a) Ronda entre los pacientes para saber sus conocimientos y dudas sobre cada punto.
- b) Explicación con la ayuda de algunas diapositivas, centrándonos básicamente en los siguientes temas: qué es el VIH, cómo se transmite, cómo afecta al organismo, qué es el SIDA, su prevalencia y manifestaciones clínicas.
- c) Aclaración de cualquier duda.
- d) Visionado de un vídeo que resume la información más relevante.
- e) Planteamiento por parte del terapeuta de las posibles líneas de acción ante la infección: tratamiento
- a) farmacológico, prevención de reinfecciones e intervención psicológica

SESIÓN 2: INTRODUCCIÓN AL MÓDULO COGNITIVO

- a) Análisis de las posibles dudas respecto al material de apoyo entregado en la sesión anterior.
- b) Recordar problemática emocional y dificultad para enfrentarse a ciertas situaciones en pacientes con VIH.
- c) Importancia del manejo de las emociones negativas. Efectos para su calidad de vida e incluso para su cantidad de vida: psiconeuroinmunología, adhesión al tratamiento y evitación de reinfecciones.
- d) Plan general del tipo de técnicas psicológicas que van a aprender para ello
- e) Ejemplo para la introducción de la cognitiva en el que se plantea la importancia de los pensamientos

- f) Presentación del modelo ABC
- g) Ronda para que cada uno ponga sus ejemplos de la importancia de los pensamientos
- h) Intervención de los pacientes para comentar cuáles son sus principales pensamientos negativos en torno al SIDA.
- i) Explicación y entrega de la hoja de registro para los pensamientos negativos

SESIÓN 3: MÓDULO COGNITIVO (II)

- a) Revisión de los registros sobre pensamientos negativos y de las dudas sobre el material de autoayuda.
- b) Anotar en la pizarra los pensamientos registrados más frecuentes
- c) Explicación de los pasos para la discusión cognitiva de los pensamientos negativos
- d) Ejemplificar o aplicar a dos pensamientos negativos (no relacionados con la autoestima)
- e) Entregar hoja recuerdo con los pasos para la discusión cognitiva
- f) Tarea: Aplicar a un pensamiento o dos y dar registro nuevo con pensamientos alternativos.

SESIÓN 4: ENTRENAMIENTO EN AUTOESTIMA

- a) Revisar la tarea de la discusión cognitiva
- b) ¿Qué entienden por autoestima?
- c) Concepto e importancia de la autoestima. Dimensiones de la misma: valía personal y dimensión social. Consecuencias de una baja autoestima.
- d) ¿Qué piensan ellos de sí mismos a nivel intelectual, físico, social...? Utilizar escalas
- e) Puesta en común de lo que escriben. Analizar qué área aparece más afectada como grupo
- f) ¿Cómo mejorar la autoestima?: combatir los pensamientos negativos acerca de uno mismo, dar la importancia oportuna al pensamiento de los demás (Korzybski), autoverbalizaciones positivas y actividades gratificantes
- g) El grupo ayuda a combatir algún pensamiento más frecuente y genera ideas para incrementar la autoestima
- h) Resumen final
- i) Tarea: discusión cognitiva de pensamientos negativos relacionados con la autoestima, leer el material de apoyo y apuntar todas las noches alguna cualidad positiva de sí mismos.

SESIÓN 5: ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

- a) Revisión de la tarea
- b) Explicación acerca de la utilidad de la relajación: síntomas fisiológicos de la ansiedad. ¿Qué síntomas tienen ellos?

- c) Distintos tipos de relajación: relajación progresiva tipo Jacobson
- d) Explicación de la secuencia de músculos y el procedimiento básico
- e) Aplicación a todo el grupo (evaluar la ansiedad antes y después). Posibles problemas.
- f) Entrega de una cinta grabada para practicar en casa, el material de apoyo y una hoja de registro de relajación
- g) Tarea: aplicar la relajación una vez al día (explicar condiciones)

SESIÓN 6: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- a) Revisión de la tarea
- b) Recordar el modelo ABC. Nos centramos en la A
- c) Los pacientes aportan los problemas más importantes a los que se enfrentan
- d) Hacer tipologías en función de las áreas a las que afectan
- e) Pasos de la solución de problemas (D´Zurilla y Goldfried)
- f) Ejemplificar con un caso. Los pacientes aplican los pasos a un problema
- g) Tarea: que lo apliquen a un problema que tengan durante la semana. Darles el material de autoayuda.

SESIÓN 7: PROMOCIÓN DE LA SALUD: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO, HÁBITOS DE SALUD Y PREVENCIÓN DE REINFECCIONES

- a) Revisión de la tarea
- b) La importancia de seguir cuidándose
- c) La adhesión al tratamiento: fármacos, prevención de reinfecciones y seguimiento de las visitas médicas
- d) ¿Cómo valoran su adhesión?
- e) ¿Qué problemas tienen para adherirse al tratamiento, dificultades o causas de la no-adhesión?
- f) Importancia de la adecuada adhesión: ventajas e inconvenientes (efectos secundarios). Decisión personal
- g) Estrategias para mejorar la adhesión: Información de cómo actúan los fármacos (fragmento de vídeo), planificar las tomas, solucionar los impedimentos, anticipar las dificultades y tratamiento de los efectos secundarios
- h) Los hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Su influencia y cómo prevenirlos.
- i) La importancia y promoción de hábitos saludables como el ejercicio físico y una adecuada alimentación
- j) Prevención de reinfecciones: el uso del preservativo y no compartir jeringas en el caso de las drogas inyectadas.
- k) Resumen, dar capítulos recordatorios.

SESIÓN 8: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- a) Repaso de la evolución de los pacientes en la terapia. Análisis del grupo y visionado de fragmentos de vídeo.

- b) Valoración de los pacientes acerca de su evolución
- c) Repaso del contenido: lo que se ha realizado durante el tratamiento
- d) Atribución de la mejoría
- e) Refuerzo por parte del terapeuta
- f) Dudas o análisis de problemas residuales
- g) Expectativas futuras, qué va a ocurrir cuando finalice la terapia
- h) Importancia de seguir practicando las técnicas
- i) ¿Qué ocurriría si reaparecieran los síntomas?
- j) Disponibilidad de los terapeutas
- k) Pase de cuestionarios

Contenido de las sesiones del programa de intervención (Ballester, 2003).

CAPÍTULO 8. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCION PSICOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Vicente Monsalve Dolz y Patricia Gómez-Carretero

Unidad Funcional de Psicología Clínica y de la Salud

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

1- Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos es un área de cuidado y tratamiento altamente especializada dentro del ámbito hospitalario.

Los pacientes que ingresan en ella debido a que se encuentran en una situación crítica que puede llegar a suponer un riesgo vital, permanecen continuamente monitorizados con el objetivo de conocer en todo momento su estado y poder actuar rápidamente en las situaciones que así lo requieran. De ello se encargan los diversos profesionales sanitarios que componen el personal de una UCI: Médicos Especialistas en Anestesia o en Cuidados Intensivos, Enfermería, Auxiliares de enfermería y Sanitarios o Celadores.

Además, existe una comunicación continua entre los responsables de la UCI y el resto de servicios del hospital, ya que los pacientes requieren, además del mantenimiento global de su estado, la intervención de distintos especialistas provenientes de otros servicios (p.e. traumatología, neurología, nefrología, neumología,...)

2- Implicación de los Cuidados Intensivos en el ámbito hospitalario

Los pacientes pueden requerir ingresar en una UCI, principalmente por dos circunstancias:

1. Tras una intervención quirúrgica, bien debido a que el postoperatorio requiere una vigilancia exhaustiva que permita detectar posibles complicaciones, o bien porque estas complicaciones ya se han producido durante la operación y requieren ser controladas.

2. Tras situaciones urgentes en pacientes que se encuentran ingresados en la sala de hospitalización (p.e. empeoramiento en la evolución de la enfermedad de un paciente que está siendo tratado en la sala), o que acuden al servicio de urgencias del hospital (p.e. empeoramiento en la enfermedad de un paciente ambulatorio, paciente que ha sufrido un accidente, etc).

De esta situación se deriva la gran variabilidad de pacientes que ingresan en este tipo de unidades en cuanto a la patología que presentan, aunque en todos los casos, la intervención está centrada en un primer momento en el mantenimiento de la vía aérea, empleando las técnicas más adecuadas para cada caso concreto (intubación oro-traqueal, ventilación mecánica no invasiva, aporte de oxígeno,...), al mismo tiempo que se implementan los tratamientos médico-farmacológicos necesarios.

Tras el ingreso en la UCI, y una vez se ha monitorizado adecuadamente al paciente, los médicos de guardia responsables de su cuidado informan a los familiares, proporcionándoles una información sobre su estado general así como de las normas de funcionamiento de la unidad.

Durante el ingreso, que puede tener desde una duración de unas horas hasta de varias semanas en función de los requerimientos del paciente, los familiares reciben información diaria sobre su evolución, y pueden verle por la mañana a través de una ventana, y por la tarde se les permite entrar en la unidad para que puedan estar en contacto con el paciente, quien en ocasiones se encuentra inconsciente y ajeno al ambiente que le rodea, pero en otras se mantiene consciente y se da cuenta de todo lo que ocurre a su alrededor. Tanto el sistema de visitas como la situación ambiental del paciente varían según las características del trabajo en cada UCI y también a las limitaciones estructurales (si los boxes son indepen-

dientes o no, dónde está situado el puesto de control de enfermería, la luminosidad de la Unidad, etc...)

Dentro de las características de la situación que vive el paciente ingresado en una UCI en los casos en que se encuentra consciente, se identifican cinco tipos de alteraciones ambientales que diferencian esta situación de otras producidas en el ámbito hospitalario: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social, y restricciones de movimiento. Respecto al ruido, se identifican las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes. Además las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión para los pacientes, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que lleguen a entender parcialmente esas conversaciones y les produzcan miedo y ansiedad. Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos "normales", como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, etc., pueden ser identificados como causa de estrés por algunos pacientes. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor.

3- Principales respuestas psicológicas relacionadas con el ingreso en una UCI

Los pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden manifestar diversas alteraciones psicológicas, consideradas generalmente como respuestas a la situación que vive el paciente en este tipo de unidades. Destaca la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes críticos ingresados en una UCI, siendo su necesidad primaria la sensación de seguridad (Hewitt, 2002).

Además, se ha evidenciado que las vivencias experimentadas por los pacientes durante su estancia en la UCI pueden exacerbar los sentimientos de ansiedad producidos por la intervención y, consecuentemente, disparar las anomalías psicológicas conocidas como "síndrome de cuidados intensivos" (Scott, 2004), cuyos síntomas consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, pobre orientación, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y nega-

tivismo y alteraciones de la memoria (Hewitt, 2002; Hughes et al, 2005), los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria. Los mecanismos patogénicos del síndrome/delirio UCI todavía no se comprenden bien y continúa siendo un problema controvertido. Sin embargo, el desarrollo del síndrome parece depender de una compleja interacción entre los problemas psicológicos previos de los pacientes, el trauma psicológico infligido por la enfermedad, el estrés inducido por el ambiente, y el tratamiento y cuidado de la UCI (Granberg et al, 2002).

Entre los estresores más habituales (Novaes et al, 1997), el dolor es considerado el principal estresor, seguido de la dificultad para descansar y los sistemas de intubación, lo cual limita la comunicación y la capacidad de comer, y añade estrés a las privaciones ya experimentadas por los pacientes. La percepción de pérdida de control es otro de los estresores relevantes. Esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo, y podría ser considerada la principal causa de inestabilidad psicológica en este contexto. Por último cabe reseñar que los pacientes refieren que entre los estresores más importantes se encuentra la percepción de pérdida del estado natural de libertad de movimiento.

Otros autores han identificado la falta de información como un estresor importante dentro de este contexto (Gómez-Carretero et al, 2007, 2008). Muchos pacientes consideran que no están recibiendo explicaciones sobre el tratamiento y no saber qué va a pasar se convierte en un estresor, por lo que los autores consideran que cuando los pacientes se encuentran conscientes y bien adaptados prefieren conocer y participar en todas las decisiones del equipo médico.

Resumiendo, las intervenciones deben ir dirigidas hacia el alivio del dolor de los pacientes y la promoción de una atmósfera en la que sea posible el descanso, con menos luces, ruido y las menores interrupciones posibles. Respecto a la falta de control de sí mismo, consideran que se debe ofrecer asistencia psicológica a los pacientes, así como una mayor cantidad de información sobre el tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar, que les permita participar y sentirse involucrados en el proceso.

Por último, no debemos olvidar, en este contexto, la importancia de valorar a los familiares y amigos de los pacientes como un recurso en la prevención de estas alteraciones, ya que pueden ayudar a mantener la

orientación de los mismos durante su estancia en la UCI. No obstante, también pueden verse afectados por la situación, por lo que sería conveniente realizar una valoración de sus necesidades y alteraciones psicológicas con el objetivo de proporcionarles un apoyo adecuado que les permita ofrecer este tipo ayuda a los pacientes. (Gómez-Carretero, 2006)

4- Intervención psicológica en el paciente tributario de un ingreso en UCI y de sus cuidadores primarios

La situación que vive el paciente ingresado en una UCI, hace evidente la necesidad de la implementación de programas de atención psicológica destinados a la atención integral del paciente crítico, lo cual incluye también la asistencia a sus familiares o cuidadores primarios, durante el periodo crítico de la enfermedad que motiva su ingreso en una unidad de cuidados intensivos, así como durante el posterior proceso de recuperación. Del mismo modo, se pone de manifiesto la necesidad de proporcionar un apoyo psicológico al equipo terapéutico que se encarga del cuidado de los pacientes críticos.

En cuanto a la intervención psicológica con pacientes críticos y sus cuidadores primarios, el Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor plantea desarrollarla en los siguientes momentos:

1. Visita en preanestesia

En esta visita del paciente a la policlínica del Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SARTD), previa a una intervención quirúrgica, el anestesiólogo realiza una valoración de su situación clínica y realiza la indicación, en caso necesario, del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras dicha intervención. Esta información es transmitida al paciente y a su cuidador primario, quienes pueden sufrir un impacto al percibir la gravedad de la situación.

En este momento se realizará una evaluación del paciente y de su cuidador primario, que permita establecer un perfil de ambos, así como identificar factores que puedan dificultar y también favorecer la adaptación a la situación con el fin de proporcionar una atención adecuada a los primeros como prevención de futuras alteraciones, y de potenciar los segundos. Para alcanzar este objetivo resulta de suma importancia el establecimiento de una relación empática entre el profesional en atención

psicológica y el paciente-cuidador primario, para lo que se emplearán las técnicas desarrolladas a tal efecto (escucha activa, aceptación incondicional,...), facilitándose de este modo, mediante la creación de un ambiente "seguro" dentro de un entorno hostil como es el caso del ámbito hospitalario, la expresión emocional (dudas, temores, etc.).

Entre los factores que dificultan dicha adaptación habría que valorar cuestiones como personalidad premórbida, alteraciones psicológicas previas, estrategias de afrontamiento inadecuadas, niveles de ansiedad y/o depresión elevados, etc. Por su parte, entre los factores favorecedores se encontraría contar con una adecuada red de apoyo social, contar con unos recursos y unas estrategias de afrontamiento adecuadas, etc.

En caso de detección de alteraciones emocionales que se prevea que pueden alterar el proceso de tratamiento y recuperación durante la posterior estancia hospitalaria, se programarán sesiones de psicoterapia durante el tiempo de espera hasta la intervención, con el objetivo de que, llegado el momento, el paciente y el cuidador primario se encuentren lo más estables y ajustados posible.

En este momento será positivo proporcionar una información general de lo que supone un ingreso en una UCI y de su funcionamiento, ya que permitirá a los pacientes y los cuidadores primarios tener una visión global que favorezca su posterior adaptación y reduzca sus niveles de incertidumbre acerca, por ejemplo, de si el paciente estará aislado durante su estancia en UCI, si podrán visitarle, etc. También en este momento se realizará una valoración de la cantidad y tipo de información que requiere cada paciente y cuidador primario, ya que, mientras hay personas que necesitan conocer tanta información como sea posible pues esto les permite conservar una cierta sensación de control en una situación en la que se ven abocados a adoptar un rol más pasivo, otras evitan conocerla debido a que tener una información detallada les produce un mayor estrés (Miller, 1995). De este modo, posteriormente podrá ofrecerse una información adaptada a las necesidades y capacidad de cada persona, aunque esta valoración no será puntual, sino que se trata de un proceso dinámico, ya que a lo largo del proceso estas necesidades pueden ir cambiando y quien en el momento inicial prefiere no recibir demasiada información, puede demandarla a medida que avanza el proceso de recuperación.

Toda esta información será compartida con el equipo médico y de enfermería (equipo terapéutico) que posteriormente tratará al paciente y

estará en contacto con sus cuidadores primarios, con el objetivo de proporcionar a los mismos una atención óptima adaptada a sus características y necesidades desde un equipo multidisciplinar.

Esta evaluación no será posible en el caso de que el ingreso del paciente no sea programado, con lo que se pasaría a la intervención "durante el ingreso en la UCI".

2. Antes del ingreso en la UCI

En el caso de estos pacientes programados, el ingreso hospitalario tiene lugar con anterioridad a la intervención quirúrgica, siendo positivo que tengan la oportunidad de expresar sus dudas acerca de los pasos que se van a seguir p.e. antes de que se realice la misma, lo cual se verá facilitado en base a la relación empática establecida previamente con el profesional en atención psicológica. Además, también será positivo para los cuidadores primarios que se les informe de ciertas cuestiones que les permitan situarse y tener cierta sensación de control, como p.e.: duración estimada aproximada de la intervención, si recibirán información por parte del equipo de cirugía al finalizar la misma, ubicación de la UCI dentro del hospital, si recibirán información del responsable de la unidad tras el ingreso y estabilización del paciente, etc.

En este momento en que los niveles de ansiedad suelen ser elevados debido a la preocupación generada por la inminente intervención quirúrgica, será beneficioso tanto para el paciente como para el cuidador primario un entrenamiento en técnicas de relajación junto con la práctica de la respiración diafragmática, ya que estos ejercicios no requieren un elevado grado de concentración, que puede resultar difícil de conseguir en esta situación. Tras la práctica de estos ejercicios, se recomendará al cuidador primario que los ponga en práctica durante el tiempo de espera de la intervención.

Mediante la información recopilada acerca del perfil del paciente y el cuidador primario, la valoración de sus necesidades, grado de comprensión, etc., se podrá realizar un informe que ayude al equipo de profesionales de la UCI a enfocar la información que les irán proporcionando posteriormente. Esta información se comparte en las sesiones clínicas diarias que se realizan en el Servicio con el resto del equipo.

Este tipo de intervención tampoco será posible en el caso de que el ingreso del paciente no sea programado, con lo que se pasaría a la intervención “durante el ingreso en la UCI”.

3. Durante el ingreso en la UCI.: Podemos diferenciar tres momentos o situaciones:

3.1. El momento del Ingreso en la UCI. es un momento crítico dado que el paciente pasa a una sala aislado de su entorno habitual, aislamiento del que participa el cuidador primario dado que deja de tener la relación continuada con el enfermo. Podemos diferenciar dos tipos de ingresos con características diferentes:

A. Ingreso Programado

Tras la estabilización del paciente en la unidad, el/los anestesiólogos de guardia informan a los cuidadores primarios de su situación actual así como de las normas de funcionamiento de la unidad, los horarios de visita, etc. Es importante en este momento de acogida de los cuidadores primarios estar atentos a sus necesidades y su capacidad de comprensión y asimilación de información, puesto que dado que sus niveles de estrés se ven incrementados tras el tiempo de espera durante la intervención, pueden verse afectados, por lo cual puede resultar beneficioso acompañar la información verbal de un folleto escrito que les ayude a recordar lo que se les ha explicado previamente.

Estos cuidadores primarios se beneficiarán de información referente a cómo van a ver al paciente durante el horario de visita, ya que ver a un ser querido intubado, con multitud de cables provenientes de aparatos desconocidos para ellos, con tubos de drenaje, etc. puede suponer un gran impacto.

Nuevamente basado en la relación empática establecida, se facilitará la expresión emocional de los cuidadores primarios, poniéndose en práctica de nuevo un entrenamiento en técnicas de relajación que ayude al cuidador a controlar su nivel de ansiedad. En este momento los cuidadores primarios ya conocen la relajación muscular progresiva, y han tenido la ocasión de ponerla en práctica, aunque volverá a realizarse de un modo guiado por el profesional en atención psicológica para profundizar en el aprendizaje de la técnica.

Considerando esta situación como un evento estresante susceptible de convertirse en traumático, se llevarán a cabo técnicas preventivas con el

objetivo de evitar el posterior desarrollo de un trastorno de estrés post-traumático (TEPT), el cual es frecuente en este tipo de ambiente, tanto en pacientes (Cuthbertson et al, 2004)), como en cuidadores primarios (Azoulay et al, 2005).

A este respecto, el desahogo del estrés por incidentes críticos (DEIC), descrito inicialmente por Mitchell (1983), y otros modelos de desahogo psicológico, como el *debriefing* (DP), han llegado a reconocerse como intervenciones semiestructuradas diseñadas para reducir la angustia inicial y prevenir el desarrollo de secuelas tardías (como el TEPT) después de acontecimientos traumáticos, radicando su mecanismo de acción en la facilitación del procesamiento emocional a través de la ventilación y normalización de las reacciones y la preparación para posibles experiencias futuras. Otros objetivos consisten en la identificación de los individuos que pueden beneficiarse de un tratamiento más formalizado y ofrecerles tal tratamiento junto con apoyo inmediato.

B. Ingreso No Programado

En este caso no ha habido oportunidad de mantener un contacto ni con el paciente ni con los cuidadores primarios previo al ingreso en la unidad, por lo que no contamos con el conocimiento de su perfil previo.

Las recomendaciones en estas circunstancias serían similares a las indicadas en el caso de ingresos programados comentadas anteriormente. No obstante, dada la situación de emergencia vivida por estos cuidadores primarios, será necesario llevar a cabo una intervención psicológica en crisis cuyo objetivo se centre en la estabilización de los cuidadores y la progresiva concienciación y asimilación de la nueva situación, para lo cual se realizará un seguimiento de los cuidadores.

La intervención en crisis estaría centrada en apoyar, potenciar y asesorar a la víctima (en este caso a los cuidadores primarios) en sus esfuerzos de adecuación psicológica y afrontamiento de las nuevas situaciones y demandas que van surgiendo a raíz de los cambios producidos por la situación vivida. Como indican Lorente et al. (2005), en estas situaciones de crisis se deben reconocer dos fases que son: intervención de primera instancia, que en la práctica se denomina primeros auxilios psicológicos y la intervención en segunda instancia concebida más bien como terapia multimodal en la crisis. Ambas son importantes para determinar una eventual solución a la crisis.

En cuanto los primeros auxilios psicológicos, buscaremos por un lado proporcionar apoyo, permitir que la persona hable para proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse, reforzando la seguridad en la persona, que sólo está consciente de su propia debilidad durante la crisis. En segundo lugar, reducir la probabilidad de conductas autodestructivas durante la crisis. Y en tercer lugar, proporcionar enlace con fuentes de apoyo que permita una adecuada atención continuada más allá del momento de crisis en el que se interviene.

3.2. Durante la estancia en la UCI

Durante la estancia en la UCI del paciente, el cuidador primario tiene restringidas las visitas, de modo que únicamente tiene la posibilidad de verle a través de una ventana en una ocasión al día y de entrar en la unidad para tener un contacto más cercano en otra ocasión diaria. Por este motivo cobra mayor relevancia el momento de la información que diariamente proporcionan los anesthesiólogos de guardia acerca del estado del paciente y de su evolución, ya que es el único momento en que los cuidadores reciben este tipo de información, la cual debe ser clara, honesta y adaptada a las necesidades y capacidad de comprensión y asimilación del receptor de la misma, las cuales habrían sido evaluadas con anterioridad en el caso de los ingresos programados y deberían ser evaluadas en los no programados. Además, resulta de especial importancia procurar ofrecer una información carente de inconsistencias o contradicciones entre los distintos profesionales que cada día ven a los cuidadores, ya que esta situación genera una sensación de no saber qué está pasando realmente en los mismos.

En este período se llevará a cabo una intervención con los cuidadores destinada a favorecer la reducción de sus niveles de distrés emocional (ansiedad, preocupación, desesperanza, confusión, miedo, ira,...) mediante técnicas psicológicas específicamente desarrolladas para la atención de cada problema concreto, lo cual ayudaría a mejorar su capacidad de atención durante las visitas con los anesthesiólogos de guardia y facilitaría la relación entre ambos. Esta intervención se focalizará en los problemas particulares manifestados por cada cuidador primario, aunque su objetivo fundamental, mediante la aplicación de técnicas basadas en modelos cognitivos de intervención se centraría en el establecimiento de unas expectativas adaptadas y realistas sobre la situación, para lo que será necesario detectar creencias irracionales, pensamientos automáticos negativos, anticipaciones, etc. y promover una reestructuración cognitiva. En el caso

de pacientes muy graves en los que sea previsible su fallecimiento, se trabajará con sus cuidadores primarios el duelo anticipado.

En cuanto a los pacientes ingresados en estas unidades, cuando se encuentran conscientes, la intervención se centrará en favorecer la orientación tempo-espacial, así como en el control de sus niveles de ansiedad, intentando focalizar su atención en su proceso de recuperación. En este caso, la intervención a nivel cognitivo se encontrará más limitada, dado que tanto el propio estado del paciente, así como la medicación empleada en este tipo de unidades, tienden a dificultar el procesamiento de la información debido a los niveles fluctuantes de conciencia que experimenta. Es por ello, que dependiendo de la situación concreta de cada paciente, se implementarán técnicas que requieran una menor elaboración cognitiva (relajación p.e.), o se llevará a cabo una intervención psicológica más específica, en los casos en que sea posible, centrada en la atención de los posibles trastornos adaptativos que puedan aparecer, con el objetivo de facilitar el ajuste del paciente a su situación, para lo cual será necesaria la aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva.

3.3 Alta de la UCI

El Alta de una Unidad de Cuidados Intensivos se da, fundamentalmente por dos razones. O por el traslado a una sala hospitalaria, o por el exitus del paciente.

El *traslado* a una sala hospitalaria puede percibirse, tanto por el paciente como por el cuidador primario, como un paso negativo debido al abandono de un ambiente que, aunque agresivo, es considerado seguro, puesto que en él se realiza un control más exhaustivo de la situación del paciente y se detectan con mayor rapidez las posibles complicaciones que puedan aparecer. Por ello, en este caso el objetivo de la intervención irá destinado a preparar al paciente y a su cuidador primario para el traslado, tratando de focalizarles en los aspectos positivos del mismo (p.e.: supone un paso positivo en el proceso de recuperación dado que dejan de considerarse necesarias las medidas de control continuo empleadas en esta unidad, permite a los cuidadores permanecer con el paciente en la sala, se reduce el riesgo de contraer infecciones propias de este tipo de ambiente, etc.). Así mismo, será de gran importancia que en el momento del alta de la unidad se proporcione una información acerca de las características de la sala a la que va a ser trasladado, la evolución previsible del paciente en la sala, qué problemas podrían aparecer y qué tendrían

que hacer en tal caso, etc. De este modo se potenciaría la implicación de pacientes y cuidadores en el proceso de recuperación.

En el caso del *exitus* del paciente, cabría remarcar la importancia de mantener a los cuidadores primarios adecuadamente informados acerca del previsible mal pronóstico del paciente (en los casos en que es posible anticiparlo), y asegurarse de que lo han comprendido, pues ello, como se ha comentado anteriormente, facilitará la posterior elaboración del duelo. En los casos en que haya sido posible, ya se habrá comenzado a trabajar en este momento el duelo anticipando de los cuidadores primarios, quienes recibirán durante todo el proceso el apoyo psicológico necesario y realizando un seguimiento del mismo en sus diferentes fases.

4. Tras el alta de la UCI

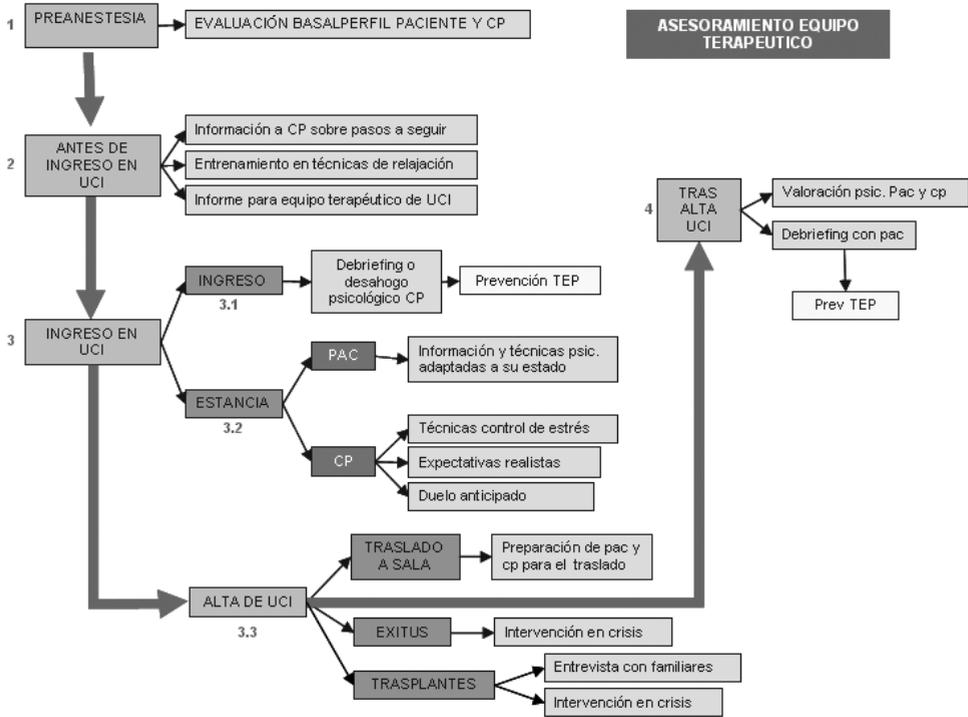
Una vez trasladados a la sala de cuidados generales, el paciente y su cuidador primario han de adaptarse a la nueva situación, y en este sentido, será positivo realizar un seguimiento que refuerce las estrategias puestas en funcionamiento durante las fases previas de intervención.

En el caso de los pacientes, se llevará a cabo en este momento la técnica del debriefing (terapia psicológica breve para intervención en crisis) como una medida preventiva del TEPT.

Así mismo, al igual que es beneficioso preparar a pacientes y cuidadores para el traslado a la sala, también lo será prepararles para el alta hospitalaria y la vuelta a casa, para lo cual, vuelve a resultar esencial la información, que en este momento se encontrará más relacionada con cuestiones acerca de las actividades que se pueden y no se pueden hacer, qué pautas de alimentación son recomendables, de qué modo puede intervenir el cuidador primario para facilitar el proceso, posibles complicaciones que pueden aparecer, qué aspectos hay que valorar para considerar que una complicación precisa una asistencia al hospital para el control de la misma, etc. Además, se realizará una evaluación de las estrategias y recursos disponibles en su ambiente con el objetivo de detectar aquellos factores que pudieran obstaculizar o dificultar la progresiva adaptación al entorno habitual y proporcionar el apoyo más adecuado a cada situación.

5- Algoritmo de intervención

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CRÍTICO



CAPÍTULO 9. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

David Rudilla García

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

1- Introducción

El ingreso en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) es de carácter hospitalario, pero con la particularidad de que se realiza en el propio domicilio del paciente, con la consiguiente mejora en la calidad de vida del enfermo y de sus familiares. Comparado con el ingreso intrahospitalario, la UHD ha demostrado que se obtienen, como mínimo, los mismos resultados desde el punto de vista sanitario, y al mismo tiempo mejoran la calidad de vida del paciente y de la familia. El ingreso discurre en el medio habitual y con ello se evitan desplazamientos al hospital de médicos y pacientes (que en muchos casos son molestos y tediosos).

La UHD en la Comunidad Valenciana forma parte de los recursos de los que dispone el programa PALET (Pacientes Ancianos Larga Estancia y Terminales) (Peset, et al., 1998), junto con otros centros como pueden ser los hospitales de larga estancia. El programa PALET cubre la asistencia sociosanitaria a los pacientes que, en el ámbito sociosanitario, se han venido denominando "enfermos crónicos" y "enfermos terminales" y cuyo número se estima en unos 100.000 en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Los objetivos generales de este programa son:

- Aumentar la supervivencia de los pacientes (Añadir años de vida)
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes (Añadir vida a los años)
- Aumentar los periodos libres de enfermedad
- Ayudar a los pacientes terminales a tener una muerte digna

Estos objetivos se alcanzan mediante la reorientación y la coordinación de los recursos sanitarios existentes (UHD, Hospital de Larga Estancia, etc), creando circuitos asistenciales, que estando integrados en la red pública asistencial normal, coordinen sus esfuerzos para proporcionar una atención de calidad al paciente (Montserrat, 2001).

De esta manera los objetivos específicos son (Servicio Valenciano de Salud, 1993):

- Proporcionar atención integral a los pacientes de estas características
- Hacer una valoración integral del estado de salud de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes en el mejor lugar terapéutico, según el estadio de la enfermedad.
- Coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales
- Proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares
- Evitar ingresos innecesarios en el hospital de agudos

Es importante enmarcar la actividad de la UHD dentro de este Programa puesto que nos ayuda a entender mejor su funcionamiento, criterios, etc (Locutura, 1988). Así pues la labor del psicólogo en la UHD comienza no sólo con una primera visita en el domicilio, sino a pie de cama, en el momento en el que se realiza la valoración de propuesta de ingreso. Nos encontramos entonces con una valoración completa: médica y psicológica.

Dentro del programa PALET y por tanto de la UHD, nos encontramos básicamente de tres grupos de pacientes (De Damborenea, et al., 1998):

1. Ancianos con pluripatología y discapacidad de leve a severa
2. Adultos con enfermedad crónica de un órgano en estadio avanzado
3. Pacientes con enfermedad, neoplásica o no, en fase terminal (paliativos)

El funcionamiento de la UHD se caracteriza por ser un servicio asistencial que está dotada de los recursos necesarios, tanto personales como materiales, para prestar en el domicilio atención integral, segura y personalizada, con niveles de calidad similares a los prestados en la hospitalización convencional (Parra, et al., 1997).

La hospitalización a domicilio es un espacio único y especial, que cuenta con la atención médica y de enfermería de una forma vital y continua . Es considerado como el mejor lugar terapéutico donde ser atendido para un conjunto de patologías, y en los últimos años se ha convertido en un servicio troncal del funcionamiento hospitalario por la calidad de vida que proporciona a los pacientes y a sus familias (Castaños, et al., 1988).

El tipo de paciente de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) es variado, existiendo desde UHD pediátricas hasta paliativas, pasando por servicios que contemplan un seguimiento de pacientes crónicos (Cuxart, 2000). El aspecto común a todas ellas es el perfil de profesionales que prestan la labora asistencial: médicos y enfermeros. Al igual que ocurre en la intra-hospitalización si bien la atención psicológica es reconocida como relevante, las necesidades psicológicas más llamativas de los pacientes de la UHD históricamente han sido cubiertas por médicos y enfermeros, contando de forma parcial con psicólogos que atienden otros servicios, o con el apoyo de psicólogos contratados por asociaciones. Lamentablemente esta limitación de recursos, aunque ha cubierto básicamente las necesidades de los pacientes, siempre ha sido vista como insuficiente, dado que se hace necesario valorar, apoyar y tratar psicológicamente a los pacientes y familiares que se encontraban ingresados en esta modalidad.

Así, se detalla a continuación el conjunto del trabajo diferenciado y detallado de cada una de las intervenciones en las que el psicólogo participa dentro de la UHD.

El conjunto de patologías lleva a tener que desarrollar vías diferentes con el fin de poder desenvolverse en una situación específica, si bien se tiene en cuenta que un mismo diagnóstico en dos pacientes puede suponer intervenciones totalmente diferentes. Las intervenciones psicológicas son tantas como pacientes, dada la especificidad de cada personal. La eficacia la encontraremos siempre en una adecuada evaluación y en el conjunto que supone la transferencia entre paciente y psicólogo.

Estas intervenciones pueden listarse de la siguiente manera:

- Cuidados Paliativos
- Dolor Crónico
- Cuadros ansioso-depresivos
- Sobrecarga del cuidador
- EPOC
- Asma
- Insuficiencias Respiratorias en tratamiento con o sin ventiladores
- Prevención Duelo Patológico

2- Objetivo general

El objetivo principal de la atención psicológica especializada es proporcionar apoyo psicológico y emocional a los pacientes y cuidadores principales del Programa PALET y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Este objetivo se articula en una serie de objetivos específicos:

1. *Evaluar y tratar las variables psicológicas que participan en el conjunto clínico de las enfermedades específicas.* Los aspectos emocionales y cognitivos de los pacientes y sus cuidadores principales juegan un papel, fundamental en el día a día tanto en enfermedades crónicas como en episodios agudos, tanto en fases terminales como de recuperación o estacionamiento.
2. *Promover mejoras en la calidad de vida y de la salud.* Se trataría de todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico y anímico. En este sentido,

destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria, ya sea en un proceso crónico, agudo, terminal o final. Aquí se incluye todo el trabajo en habilidades de comunicación entre paciente y familia, muchas veces un importante obstáculo en el día a día que no permite una adaptación a la enfermedad.

3. *Prevenir recaídas.* Esta tarea pasaría por la modificación de hábitos insanos asociados a múltiples patologías tanto crónicas como agudas (por ejemplo, el tabaquismo). En este punto se hace evidente la estrecha relación entre los ámbitos de la promoción y de la prevención.
4. *Generar dinámicas de trabajo en equipo con el fin de obtener mejoría en la adaptación a la enfermedad.* La coordinación Inter.-disciplinar en la misma Unidad y fuera de ella juega un papel importantísimo de cara al trabajo de las consecuencias de malestar emocional que presenta el paciente y su familia.
5. *Atender a las variables que predicen un duelo patológico.* Si bien el paciente es quien recibe en primer lugar la atención psicológica especializada, la familia muchas veces necesita del apoyo con el fin de reducir angustias, entrenar en habilidades de comunicación. En procesos terminales, la observación de determinadas manifestaciones psicológicas indica una alta probabilidad de desarrollar un duelo patológico. La prevención y el trabajo posterior es clave.

Cada objetivo específico se encuentra presente dentro de todos y cada uno de los programas que conforman la atención psicológica especializada, si bien se articulan en una serie de objetivos operativos, que se describen más detalladamente dentro de dichos programas más abajo.

3- Intervención Psicológica PALET-UHD

La atención psicológica especializada debe entenderse en primer lugar como un apoyo a la actividad que realiza la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Si bien genera un propio ritmo de trabajo organizando las visitas y las citas en función de las necesidades y recursos del paciente, no genera un cuerpo de pacientes propio e independiente al resto de la Unidad. Su funcionamiento se articula de la misma manera pues que el de enfermería, siguiendo criterios de equipo.

3.1. Esquema de la Intervención Psicológica

Diferenciaremos dos tipos de intervención: la que está relacionada con el Programa PALET y aquella propia de la UHD.

3.1.1. Intervención Psicológica en el Programa PALET

1. *Valoraciones de propuesta de ingresos.* Junto al médico responsable se realiza una valoración bio-psico-social de los pacientes y sus familias en su ingreso en el Hospital. Esta valoración tienen en cuenta los criterios contemplados en el Programa PALET, empleando protocolos apropiados donde se tiene en cuenta aspectos relacionados con las necesidades y recursos psicológicos y emocionales, esfera familiar, etc. Se plantea que el psicólogo realice valoraciones conjuntas con el fin de:

- Valorar posibles alteraciones psicológicas
- Transmitir aspectos psico-sociales al personal de enfermería y médico que va a atender al paciente día a día en la UHD o en HLE.
- Tomar contacto con cada paciente que posteriormente precisará intervención psicológica.
- Realizar derivaciones en el momento adecuado

Los **criterios de Intervención Psicológica** son:

- *patología clínica médica:* la pertenencia a un grupo patológico va a determinar en parte algunas de las intervenciones: oncológico, EPOC, etc.
- *aceptación por parte del paciente o de los familiares:* existen aún hoy en día prejuicios ante la figura del psicólogo.
- *necesidades psicológicas:* ansiedad-depresión, problemas de comunicación, alteraciones cognitivas, etc.
- *recursos psicológicos:* apoyo familiar, apoyo social, etc.
- *relación psicopatología con patología médica:* cualquier persona puede necesitar apoyo psicológico en algún área de su vida, pero se establece que la atención del psicólogo de la Unidad solo debe estar relacionado directamente con la patología médica. Así pues, por ejemplo, se atienden problemas de comunicación que son efecto de la enfermedad por la que está ingresado el paciente, pero no

aquellos problemas de comunicación cuya causa se encuentra en la propia historia familiar.

2. Intervenciones a pie de cama. Resultado de las valoraciones anteriores se puede iniciar una intervención con objetivos delimitados a este programa:

- Reducir ansiedades
- Evaluar específicamente con el fin de realizar derivación a recurso más adecuado
- Atender demandas de información
- Atender demandas de necesidad emocional
- Realizar counselling en cuidados paliativos

3. Derivaciones. Conjuntamente al médico responsable se tramitará la derivación al recurso apropiado para cada situación, aportando un informe específico. Se trata de conseguir que el personal sanitario atienda la esfera global del sujeto, siguiendo las líneas de trabajo iniciadas a pie de cama.

4. Comunicación en las derivaciones. Una vez se ha evaluado al paciente y su familia y se deriva al recurso adecuado, independientemente del informe protocolizado, se hablará con los profesionales que van a recibir a dicho paciente para que sigan una determinada línea de trabajo. Entre las informaciones que se proporcionan están:

- procesamiento emocional,
- procesamiento diagnóstico,
- red de apoyo social,
- diagnóstico psicológico,
- necesidades espirituales,
- principal preocupación,
- objetivo terapéutico y procedimiento a emplear

3.1.2. Intervención Psicológica en la Unidad de Hospitalización a Domicilio

1. *Ingresos:* De forma general, los pacientes que ingresan en la UHD han sido valorados a pie de cama y por lo tanto ya son conocidos a la hora de acudir a su domicilio y por lo tanto, cuentan con una valoración inicial e incluso un inicio de intervención intra-hospitalaria. Si bien parte de estos criterios o factores se pueden determinar antes de la primera entrevista o sesión con el psicólogo, si bien es durante la evaluación específica cuando se obtienen los datos importantes que van a determinar una intervención u otra.

2. *Gestión de Casos:* Gestión de Casos es un programa dentro de la UHD de control de pacientes crónicos, a los que se atiende de forma referencial ante cualquier complicación; este tipo de pacientes pueden ser oncológicos (pacientes paliativos en proceso de control de síntomas y estabilizados), ó crónicos (EPOC evolucionado que es controlado por la UHD para evitar re-ingresos frecuentes y continuos). El volumen de pacientes que son controlados periódicamente por la Unidad acaba siendo una fuente de diferentes problemáticas cuyo origen y tratamiento son los aspectos psicológicos del paciente o de sus familiares/cuidadores principales. Si bien un paciente no ha requerido en un momento dada ninguna atención por parte del psicólogo, podemos encontrarnos que a lo largo del proceso de su enfermedad presente necesidades emocionales a cubrir.

3.2. Programas de Intervención Psicológica

Describir las consecuencias psicopatológicas que se derivan de cada uno de estos trastornos supondría listar cada una de las necesidades de los pacientes y sus familiares. En general pueden resumirse en grandes grupos:

- Trastornos de Ansiedad
- Trastornos del Estado de Ánimo
- Problemas de Comunicación
- Alteraciones del Comportamiento
- Necesidades de escucha emocional

A continuación se detalla a grandes rasgos el conjunto de Intervenciones Psicológicas más importantes en la UHD.

3.2.1. Intervención Psicológica en Cuidados Paliativos

Un volumen importante de los pacientes atendidos en la UHD corresponden a los grupos patológicos "Paliativos Oncológicos" y "Paliativos No Oncológicos". El abordaje de su estado necesita de una intervención que cuente con el psicólogo para atender problemas clínicos psicopatológicos que se manifiestan en trastornos de ansiedad, estado de ánimo, y en general, en una escucha activa y acompañamiento en el proceso del final de la vida.

Objetivos

- Promover el máximo bienestar posible para el paciente y la familia
- Disminuir el sufrimiento
- Detectar y cubrir necesidades, ampliando fuentes de satisfacción
- Seleccionar e incrementar el número y la calidad de los recursos viables
- Paliar la experiencia de amenazas y pérdidas en la medida de o posible
- Disminuir las frustraciones y regular las expectativas

Desarrollo del Programa de Intervención en Cuidados Paliativos en UHD

1. Evaluación del bienestar global del paciente: tener en cuenta la naturaleza cambiante de su situación. Necesidades de información, necesidades emocionales, estrategias de afrontamiento, recursos, redes de apoyo personal, sensación de control, problemática emocional, posibles acontecimientos críticos.
2. Evaluación de la familia: Necesidades emocionales, preocupaciones, dificultades y temores, recursos.
3. Establecimiento de Objetivos: Corto, Medio y Largo Plazo.
4. Intervención: Empleo principalmente del counselling
5. Cierre del Episodio: Alta. Exitus. Derivación. Abandono del tratamiento.

Metodología

Principalmente empleando el Counselling o Asesoramiento: Empleo de los principios de la comunicación con el fin de desarrollar el conocimiento de uno mismo, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. El objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio posible. Puede estar implicado en el control y solución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso de hacer frente a las crisis, etc.

3.2.2. Intervención Psicológica en Sobrecarga del Familiar/Cuidador Principal en la UHD

El entorno inmediato del paciente es la familia. Si bien este puede aprender a gestionar su enfermedad la dependencia siempre es en mayor o menor grado con un grupo familiar que se ve obligado a aprender a actuar, en muchas ocasiones con muchos miedos y temores que generan estrés y trastornos de ansiedad generalizada que a su vez influyen en las relaciones familiares y pueden llegar a dar conflictos importantes. La calidad de vida del conjunto es vital, y cuidar a los cuidadores es función básica en cualquier intervención sanitaria.

Objetivos

- Conocer problemas diarios
- Expresar temores y miedos
- Entrenar en resolución de problemas
- Mejorar las habilidades de comunicación

Desarrollo del Programa de Intervención del Familiar/Cuidador Principal en la UHD

Este programa se articula en todo momento en la detección de necesidades de los familiares que atienden cualquiera de las patologías tratadas.

Fase 1: Evaluación. Mediante una pequeña entrevista estructurada y cuestionario validado (CBI, Cuestionario de Sobrecarga de Cuidador), se pueden detectar alteraciones emocionales en los familiares.

Fase 2: Intervención. A través de la técnica de Resolución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971) se entrena a la familia a encontrar salidas prácticas y adecuadas a cada caso.

Fase 3: Seguimiento. A través de contacto telefónico o presencial se realiza un seguimiento de la situación familiar.

Metodología: La Fase 1 utiliza material como el cuestionario y la entrevista semiestructurada, que debe rellenarse a medida que el familiar aporta información. En la Fase 2 mediante material de escritorio y psico-educativo, se entrena a la familia en la técnica con ejemplos prácticos y cercanos. Es importante hacerles entender que hay que aprender a generalizar la técnica. En cuanto a la Fase 3, se realizan visitas o llamadas programadas

3.2.3. Intervención Psicológica en EPOC

El programa de apoyo psicológico para pacientes diagnosticados de EPOC que surge ante la necesidad de generar una serie de estrategias que mejoren la calidad de vida del paciente y de sus familiares. La propia naturaleza de este trastorno lleva a un conjunto de ideas irracionales que modifican hábitos en general y mantienen un estilo de vida que agrava más toda la pérdida ya percibida.

Objetivos:

- Complementar la rehabilitación respiratoria
- Proporcionar psico-educación sobre la enfermedad
- Atender sintomatología indicativa de alteraciones en el estado de ánimo y en ansiedad.
- Mejorar la adherencia al tratamiento

Desarrollo del Programa de Intervención Psicológica en EPOC en la UHD

1. Psicoeducación. Recibir información adecuada de la enfermedad (factores de riesgo, de protección, síntomas, complicaciones, estilo de vida saludable, etc.) asegura una mejor tolerancia al proceso propio de la patología, y ayuda a la comunicación con los profesionales de cara a la identificación de problemas y mejores soluciones.

2. Adherencia al tratamiento. Conseguir que el paciente y familia sean constantes y sigan las indicaciones dadas, llevan a una toma de conciencia que evita recaídas de forma importante.

3. Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento. Engloba una serie de herramientas cognitivo-conductuales que ayudan al día a día del paciente: entrenamiento en relajación, habilidades de comunicación, modificación de conductas.

4. Apoyo familiar. El entorno del paciente es fundamental, por lo que los profesionales deben dedicarles un espacio y un tiempo con el fin de generar mediante la escucha activa una expresión emocional.

Metodología:

- 1: Material papel y de video específico sobre el trastorno o patología.
- 2: Autorregistros y procedimientos conductuales de refuerzo, modelamiento.
- 3: Registros, role-playing.
- 4: Counselling familiar.

3.2.4. Programa de Intervención Psicológica en la UHD para Prevención de Duelo Patológico

La pérdida de alguien significativo produce una amplia gama de reacciones que son normales después de dicha experiencia. Muchas personas son capaces de afrontarlas y realiza las cuatro tareas sin ayuda, por eso le ven al duelo un final. Otras tienen problemas a la hora de resolver sus sentimientos respecto a la pérdida y esto puede dificultar su capacidad para realizar las tareas y para reanudar su vida normal. Estos son los casos que ocupan un porcentaje elevado en la atención psicológica prestada en cualquier ámbito, público o privado.

Objetivos

El objetivo global de este asesoramiento es ayudar al familiar/cuidador principal a completar cualquier cuestión no resuelta con el fallecido y a ser capaz de decir un adiós final. Existen objetivos específicos que corresponden a las cuatro tareas del duelo:

- Aumentar la realidad de la pérdida
- Ayudar a la persona asesorada a tratar tanto las emociones expresadas como las latentes
- Ayudarla a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida

- Ayudarla a encontrar una manera de recordar a la persona fallecida y a sentirse cómoda volviendo otra vez a vivir su vida.

Desarrollo del Programa de Intervención Psicológica en la UHD para Prevención de Duelo Patológico.

El programa está diseñado para familiares y cuidadores principales en los que se haya observado riesgo de duelo patológico (criterios: nivel alto de falta de apoyo percibido en la red social en la crisis, circunstancias de la muerte, relación previa, presencia de crisis vital al mismo tiempo, etc) ofreciéndoseles en ese momento con el fin de trabajar lo antes posible la pérdida. El programa se articula mediante la puesta en marcha de visitas o sesiones cuya frecuencia es inicialmente quincenal. El programa se articula buscando las siguientes metas: Ayudar a hacer real la pérdida, Ayudar a identificar y experimentar sus sentimientos, Ayudar a vivir sin el fallecido, Ayudar a encontrar significado a la pérdida, Facilitar la re colocación emocional del fallecido, Dar tiempo para elaborar el duelo, Interpretar la conducta normal, Permitir las diferencias individuales, Examinar defensas y estilos de afrontamiento

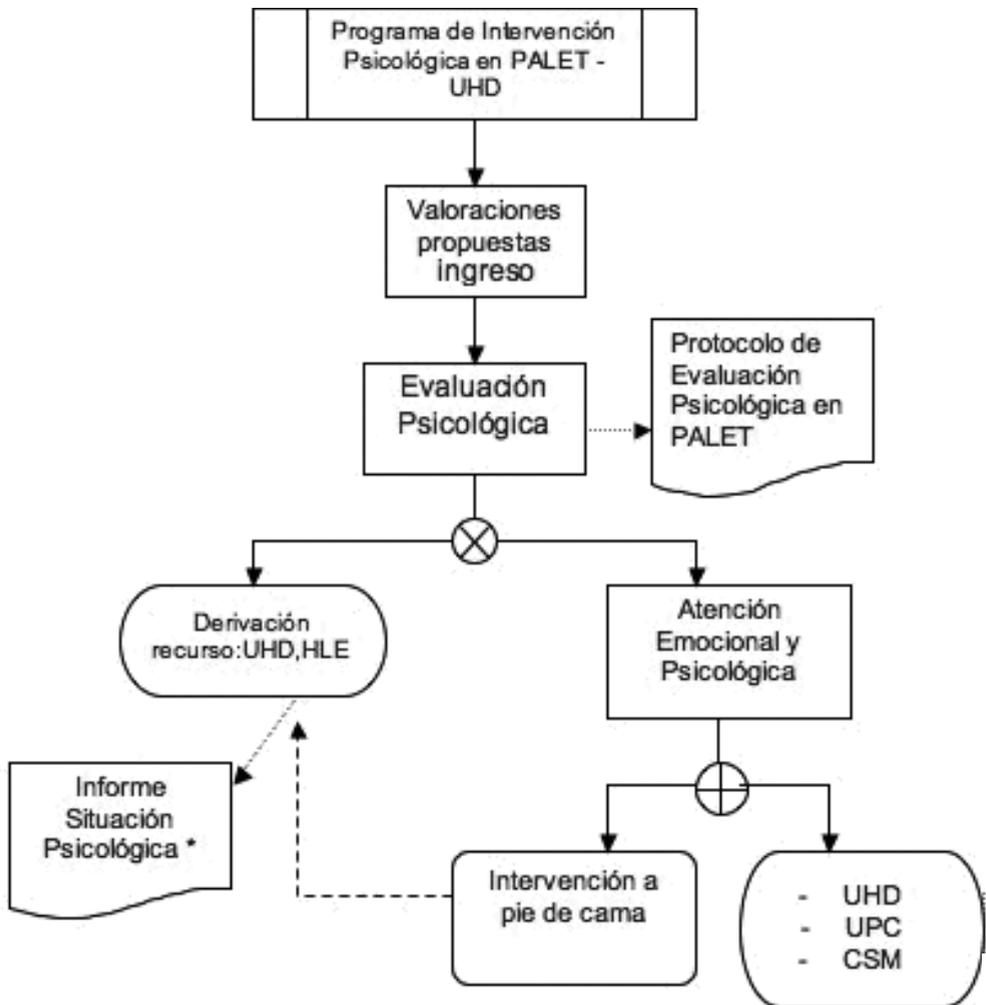
Metodología

Las técnicas que se emplean básicamente:

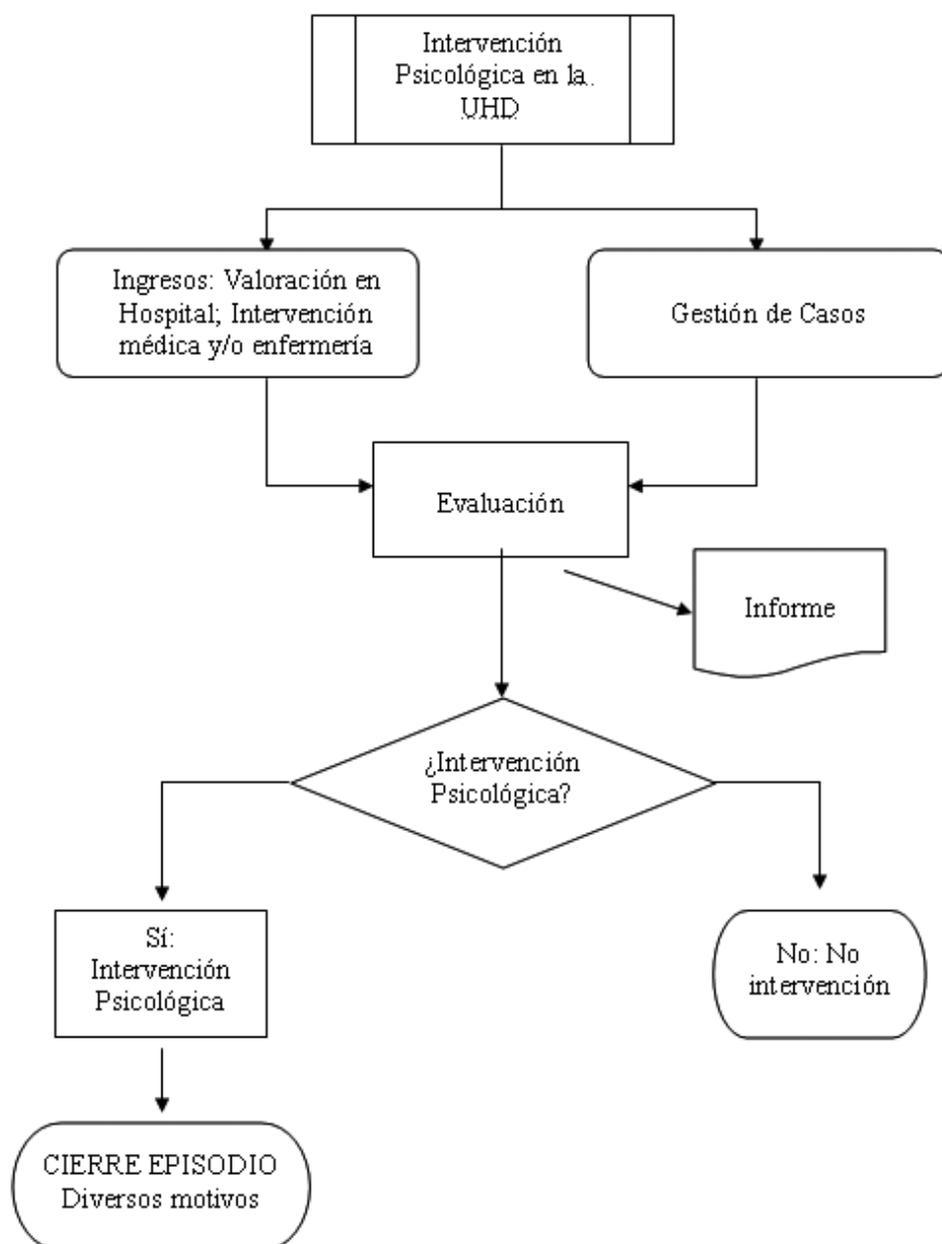
- El lenguaje evocador
- El uso de símbolos
- Role playing
- Reestructuración cognitiva
- Imaginación guiada

4- Algoritmos de intervención

Algoritmo de Intervención Programa PALET.



Algoritmo de Intervención Psicológica de la Unidad Hospitalización Domiliaria.



CAPÍTULO 10. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

INTERVENCIÓN EN PACIENTES FUMADORES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Jesús Blasco Gallego. Psicólogo

Javier Mataix Sancho. Médico

Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo (ECAT).

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

1- Introducción

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo que, en la actualidad, supone la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en los países desarrollados. Cada año mueren en España cerca de 54.000 personas por enfermedades producidas directamente por el consumo de tabaco y éste se relaciona con, al menos, 25 enfermedades. Además, el tabaquismo pasivo es la tercera causa de mortalidad evitable en países desarrollados. Según la encuesta nacional de salud de 2006, el 29,9% de la población mayor de 15 años es fumadora. Estas características y dimensiones de la epidemia tabáquica obligan a la priorización de las actividades para su prevención y control. Ningún profesional sanitario debe ser ajeno a la intervención en tabaquismo.

El beneficio individual de la persona que deja de fumar, en cuanto a la expectativa y calidad de vida, genera una enorme ganancia en términos de salud pública medida como disminución de la morbi-mortalidad y sus costes derivados, siendo muy superior a otras intervenciones que se hacen en nuestro sistema de salud y que son incuestionables. Los fumadores presentan de media un 25% más de gasto sanitario, por lo que es fácil

deducir que, en un determinado plazo, los que dejen de fumar, además de mejorar su salud y evitar muertes y sufrimiento evitables, van a contribuir a su contención.

El tratamiento del tabaquismo está considerado un “gold standard” en todos los análisis coste-efectividad de intervenciones sanitarias. La tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar de fumar por sí mismos es del 1% (7% si consideramos los intentos de los pacientes que lo intentan durante varios años) y con la ayuda específica se pueden alcanzar tasas anuales que oscilan entre el 15 y el 30% de media. A pesar de ello, resulta difícil entender que no se realicen todos los esfuerzos necesarios para facilitar la intervención y que todavía sean pocos los profesionales que mantienen esfuerzos sistemáticos de ayuda al fumador.

Existen tres niveles de intervención en tabaquismo para ayudar a dejar de fumar: breve, intensiva y especializada, en los que se combinan, con diferente intensidad, tratamientos psicológicos y farmacológicos. El consenso actual estima que, en referencia al conjunto de los fumadores, se consigue maximizar el beneficio social y poblacional mediante intervenciones de duración limitada.

Las principales diferencias entre las intervenciones breves e intensivas son la duración total y el número de sesiones (en las breves con un contacto total menor de 30 minutos y hasta 3 visitas y en las intensivas y especializadas mayor de 30 minutos y más de 3 visitas) Y entre las intensivas y especializadas, son:

- a) la cualificación de los profesionales que desarrollan la intervención especializada (siendo necesario al menos la presencia de un médico, un psicólogo clínico y un enfermero, todos ellos con formación específica en tabaquismo)
- b) la intensidad del tratamiento psicológico
- c) el perfil de los fumadores a los que van dirigidas las intervenciones especializadas

Una asistencia adecuada a la población fumadora consiste en:

- a) ofrecer desde cualquier ámbito asistencial intervenciones breves (que tienen como objetivos: detectar a todos los fumadores, ofrecer ayuda a los que quieran dejar de fumar y motivar para que hagan un intento de abandono a los que no estén dispuestos a dejarlo)

b) poder ofertar un tratamiento más intensivo a todos los fumadores que quieran hacer un intento serio de abandono por la clara relación dosis-respuesta

c) derivar a la intervención especializada (Unidades de Conductas Adictivas y Equipos Especializados en Tabaquismo) a aquéllos fumadores con determinadas características: 3 intentos previos de abandono supervisados por algún sanitario, presencia de otras adicciones activas, presencia de trastorno psiquiátrico grave estabilizado*, presencia de serios problemas de salud relacionados con el tabaquismo** y embarazadas

d) poder ofrecer al paciente fumador hospitalizado:

- si no quiere dejar de fumar: intervenciones motivacionales y tratamiento sustitutivo con nicotina, si lo necesita, para paliar la sintomatología de abstinencia

- si quiere dejar de fumar: ofrecer el inicio del tratamiento y su seguimiento alta

1.1. Equipo Coordinador de la atención al tabaquismo (ECAT)

Para la adecuada organización de la atención al tabaquismo en nuestro departamento de salud, se ha constituido un equipo especializado, con dedicación exclusiva y en jornada completa, integrado por profesionales con formación específica en el abordaje del tabaquismo. La estructura básica del ECAT es: un médico, un psicólogo clínico y un enfermero, todos ellos con formación específica en tabaquismo.

Sus funciones son:

- la coordinación de la atención al tabaquismo en el Departamento de Salud con la integración de los niveles de intervención en tabaquismo con los elementos de actividad de la Atención Primaria (consulta a demanda y programada de los centros de salud y las UCAS) y la Atención Hospitalaria

* La estabilidad del trastorno psiquiátrico debe ser confirmada por el Equipo de Salud Mental de referencia. La presencia de un trastorno psiquiátrico no estabilizado contraindica el abandono del tabaquismo

** Enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica), enfermedad broncopulmonar avanzada, enfermedad oncológica, transplantados...

- la elaboración y diseño de materiales para facilitar y organizar la atención al tabaquismo.
- la sensibilización de los profesionales sanitarios acerca del impacto del tabaco en la salud de la población y concienciarles de la importancia de su papel en la prevención y control del tabaquismo.
- la docencia, con la formación y actualización continuada de todos los profesionales sanitarios hacia el control del tabaquismo.
- la asistencial, dirigida a:
 - facilitar la intervención en fumadores en situación de hospitalización (pacientes ingresados y pacientes incluidos en programas específicos del hospital: programa de rehabilitación cardíaca...)
 - profesionales fumadores del departamento que están dispuestos a hacer un intento de abandono
 - evaluación e investigación.

Teniendo en cuenta que el tabaquismo supone la principal causa de morbi-mortalidad evitable, consideramos esencial, para contribuir a la mejora de la salud de la población y al control del gasto sanitario, la constitución de este tipo de equipos (con profesionales con dedicación exclusiva y formación específica en tabaquismo) para la coordinación, el desarrollo y el seguimiento de la organización de la atención al tabaquismo en cada Departamento o Área de Salud.

2- El tabaquismo como enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo

La dependencia al tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento, así viene reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10: "*F17.24 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo del tabaco: con consumo actual de la sustancia (dependencia activa)*") y también en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV: *Dependencia de nicotina F17.2x y Abstinencia de nicotina F17.3*).

Los trastornos adictivos se caracterizan por existir *una disminución del control sobre el consumo de una determinada sustancia*. La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese a las evidentes y graves consecuencias negativas derivadas del mismo y a los repetidos intentos de dejar de

fumar, deseo intenso, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el sistema nervioso central y alteración del comportamiento motivada por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva. Las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina, que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas legales (alcohol) o ilegales (heroína, cocaína...) han sido claramente establecidas desde hace años.

La marcada vulnerabilidad a la recaída del fumador convierte al tabaquismo en un trastorno crónico de naturaleza adictiva. No existe por el momento un tratamiento efectivo y definitivo para todos los fumadores, porque en el mejor de los casos más de la mitad de los fumadores tratados recaen a medio o largo plazo. En muchas ocasiones se necesitan 3 ó 4 intentos de abandono antes de dejar de fumar definitivamente. El desconocimiento de esta naturaleza crónica del tabaquismo puede provocar la disminución de la motivación de los sanitarios para su tratamiento al poderlo percibir erróneamente como un fracaso del terapeuta o del paciente. Cuando se identifica el tabaquismo como una condición crónica se comprende mejor su naturaleza recidivante y la necesidad de una atención continuada en el tiempo como sucede con otras enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes mellitus.

3- Implicación de la enfermedad en el ámbito hospitalario

El tabaquismo provoca y potencia muchos problemas de salud que causan la hospitalización, sobre todo, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad respiratoria y algunos cánceres. Y cuando los fumadores se someten a intervenciones quirúrgicas, tienen un riesgo considerablemente mayor de complicaciones pulmonares y cardiovasculares durante y después de la intervención.

Según la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística en España en el año 2006, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en 2006, siendo responsables del 32,5% de los fallecimientos. En segundo lugar, los tumores (con el 27,4% del total de fallecimientos) y en un tercer lugar, las enfermedades del aparato respiratorio (con el 10,7% del total de fallecimientos). Y el mayor número de altas hospitalarias, si exceptuamos las relacionadas con el embarazo, fueron debidas a las enfermedades cardiovasculares, en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio y en 4º lugar los tumores.

Los fumadores son hospitalizados con más frecuencia que los no fumadores. La hospitalización ofrece un momento apropiado para la intervención sobre el tabaquismo, por las siguientes consideraciones:

- existe un aumento de la vulnerabilidad que estaría facilitando la receptividad a los mensajes para el abandono del hábito de fumar, sobre todo si es ésta es debida a una enfermedad relacionada con el tabaquismo
- supone un contacto con los profesionales de salud que pueden proporcionar mensajes o intervenciones para motivar y ayudar a dejar de fumar
- la prohibición de fumar en los centros hospitalarios debería propiciar un ambiente sin humo de tabaco que brinda una oportunidad para la abstinencia facilitada por la lejanía de los estímulos que incitan al consumo

La importancia del abandono del tabaquismo en los fumadores ingresados también radica en que aquél interfiere en su recuperación. Entre los enfermos cardíacos, las segundas crisis cardíacas son más comunes en los que continúan fumando. Los afectados por cáncer (de pulmón, tumores craneales...) que han sido tratados con éxito pero continúan fumando tienen un elevado riesgo para un segundo cáncer. Y el fumar también tiene efectos negativos en la cicatrización de heridas y en la consolidación de las fracturas óseas.

Durante la hospitalización los pacientes fumadores que ingresan tienen que interrumpir su hábito bruscamente al no estar permitido fumar. En los primeros días de su estancia, con frecuencia, presentan síndrome de abstinencia a la nicotina y esto puede llevar, a determinadas personas a fumar en el hospital incumpliendo la normativa vigente.

Las intervenciones conductuales para promover el abandono del tabaquismo que se inician durante la hospitalización de cualquier paciente fumador son efectivas si además incluyen, al menos, un mes de seguimiento tras el alta. La efectividad es independiente del diagnóstico del paciente al ingreso. La farmacoterapia, cuando está indicada, debería formar parte de la intervención hospitalaria.

En el momento actual existen tres fármacos aprobados para ayudar a dejar de fumar de primera línea: terapia sustitutiva con nicotina (parches, chicles y comprimidos), bupropión y vareniclina. No se puede priorizar

actualmente uno sobre los demás, los criterios que se deben seguir para la elección son los siguientes: las posibles contraindicaciones y/o interacciones con otros tratamientos, los potenciales efectos adversos, el coste, los antecedentes de los pacientes de tratamiento con alguno de ellos y sus preferencias.

El tratamiento preoperatorio del tabaquismo es beneficioso para cambiar el comportamiento de los fumadores en el período perioperatorio y para disminuir las complicaciones, tanto locales como generales, y reducir el tiempo de hospitalización. Puede ser importante el momento en que se realiza la intervención (con mayor beneficio si se ofrecen al menos 6 semanas). A los fumadores en espera de intervención quirúrgica, como al resto de fumadores, se les debe aconsejar el abandono total del tabaquismo y ofrecerles intervenciones efectivas.

En ambos casos, se hace necesaria una adecuada coordinación entre los servicios hospitalarios (tanto médicos como quirúrgicos), el ECAT y la atención primaria. En nuestra organización del sistema sanitario, las características de la atención primaria convierten a este ámbito asistencial en el más apropiado para su abordaje, además de ser el mejor punto de captación y seguimiento del fumador. En su coordinación con la atención hospitalaria, la atención primaria, tiene que asegurar el seguimiento del tratamiento que se pueda iniciar durante la hospitalización, y, en el caso de los fumadores prequirúrgicos, tiene que asegurar el inicio del tratamiento del tabaquismo con la antelación suficiente para asegurar el mayor beneficio posible para el paciente.

4- Principales respuestas psicológicas del Tabaquismo en el medio hospitalario

Al ingreso hospitalario, los pacientes fumadores se ven sometidos a una interrupción súbita de su hábito tabáquico, pudiéndose presentar con frecuencia el correspondiente síndrome de abstinencia a nicotina, o bien, como alternativa al mismo, continuar fumando generalmente a escondidas, durante los días en que permanecen ingresados.

Ante la deprivación nicotínica, la inmensa mayoría de los fumadores dependientes de esta sustancia, presentan el característico síndrome de abstinencia que se inicia al cabo de pocas horas, llegando a su máximo de intensidad entre el primer y cuarto días y resolviéndose en la mayoría de sus síntomas sobre las cuatro semanas. Los criterios diagnósticos del síndrome de abstinencia de la nicotina vienen explicitados en el Ma-

nual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su texto revisado (DSM-IV-TR), en su apartado Trastornos relacionados con sustancias:

- A. Consumo de nicotina durante al menos varias semanas.
- B. Interrupción brusca o reducción de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Estado de ánimo disfórico o depresivo
 - 2. Insomnio
 - 3. Irritabilidad, frustración o ira
 - 4. Ansiedad
 - 5. Dificultad de concentración
 - 6. Inquietud
 - 7. Disminución de la frecuencia cardíaca
 - 8. Aumento del apetito o aumento de peso
- C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo en el área social, laboral o en otras importantes del funcionamiento del individuo.
- D. Los síntomas no son producidos por un problema médico general y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental.

Como puede observarse claramente, al menos cinco de los ocho criterios recogidos corresponden a respuestas específicamente psicológicas en el síndrome de abstinencia nicotínico.

Todavía son pocos los recursos hospitalarios que ofrecen terapia tanto psicoterápica como farmacológica para paliar la sintomatología de abstinencia a nicotina, siendo el tratamiento de esta problemática diferente a la de los pacientes que ingresan con patología adictiva concomitante a otras sustancias. Es el caso de los pacientes dependientes a heroína cuyo síndrome de abstinencia puede ser paliado con terapia sustitutiva de opiáceos o de los pacientes dependientes a alcohol tratados con pautas ansiolíticas descendentes. Por ello, consideramos la pertinencia del tra-

tamiento del síndrome de abstinencia de los fumadores ingresados con terapias combinadas (terapia sustitutiva de nicotina más psicoterapia de orientación cognitivo conductual).

5- Intervención psicológica del Tabaquismo en el ambiente hospitalario

La evidencia científica actual justifica la necesidad de un abordaje integrado para la deshabituación tabáquica, donde las terapias farmacológicas y las terapias psicoterápicas quedan entrelazadas sinérgicamente a lo largo del tratamiento. La combinación de asesoramiento psicológico y de tratamiento farmacológico es más efectiva para la cesación del fumar que cada uno de los aspectos por separado.

En cada paciente hospitalizado se debería seguir el siguiente protocolo mínimo de actuación:

- Averiguar si fuma y registrar en la historia clínica
- Si fuma:
 - o Aconsejar el abandono
 - o Apreciar la disposición para hacer un serio intento de abandono:
 - Si no quiere: realizar intervención motivacional y ofrecerle TSN si no puede dejar de fumar durante el ingreso y consejos para mantener la abstinencia
 - Si quiere dejarlo: facilitar Ayuda
 - o Asegurar el seguimiento del tratamiento

5.1 Tratamiento psicológico del paciente fumador en ámbito hospitalario

El abordaje psicológico del paciente dependiente a nicotina viene determinado por la fase o estadio en el proceso de dejar de fumar donde se encuentre al momento de su contacto con el hospital. El abandono del hábito tabáquico se contempla como un continuo donde el paciente evoluciona a través de una serie de etapas:

Precontemplación: Se trata de pacientes consonantes donde no existe discrepancia entre sus intenciones sobre el hábito tabáquico y la conducta de fumar. No se plantean la posibilidad de iniciar un intento para abandonar el tabaco durante los próximos seis meses. Se dice que tienen "escasa conciencia de enfermedad" por lo que dejar de fumar para ellos tiene poca importancia. Suponen el 25-30% de los fumadores.

Contemplación: Son fumadores donde la duda sobre mantener la conducta de fumar empieza a aparecer con intensidad, presentando ambivalencia respecto a la intención o no de realizar un intento serio de abandono. Se plantean dejar de fumar durante los próximos seis meses, pero no durante el próximo mes. Empiezan a ser conscientes de que tienen un problema con el tabaco, valorando los pros y contras de seguir fumando. Esta fase se caracteriza por la aparición de expectativas de eficacia muy escasas para conseguir el abandono del tabaco. Suponen el 50-60% de los fumadores.

Preparación: Han avanzado en su conciencia de problema y han tomado la decisión firme de abandonar el consumo de tabaco en un plazo no superior a 30 días. Suponen el 10-15% de los fumadores

Acción: Son fumadores que ya han dejado de fumar, pero todavía no han alcanzado los seis meses de abstinencia.

Mantenimiento: Ya han alcanzado un período superior a los seis meses de abstinencia, implementando las estrategias psicoterápicas de autocontrol que disminuyan la probabilidad de recaída.

Recaída: Son los pacientes que han vuelto a patrones de consumo parecidos a los iniciales. Dicha fase es contemplada como una parte más del proceso de dejar de fumar, ya que las recaídas son un fenómeno habitual a abordar en los tratamientos de deshabituación al tabaco.

La pertinencia de la intervención psicoterapéutica se plantea en función de la adscripción del paciente fumador a cada uno de los estadios o fases mencionados. Para los estadios Precontemplación y Contemplación las Intervenciones Motivacionales son las de elección y para el resto de estadios son los Programas Multicomponentes de orientación cognitivo-conductual.

5.2. Intervenciones Motivacionales

Los niveles de motivación, tanto para dejar de fumar como para mantener la abstinencia sostenida, son unos de los mejores factores pronósticos de la evolución del tratamiento. Por ello será necesario evaluar dichos niveles, pudiéndose utilizar para ello tanto un listado de motivos (¿porqué fumo vs porqué quiero dejar de fumar?), como alguna de las escalas de valoración (ej. Test de Richmond).

Las intervenciones motivacionales, que se implementan a lo largo de todo el tratamiento, tienen especial relevancia en las etapas iniciales del

mismo, ya que van dirigidas a facilitar el progreso de los pacientes en estadio de precontemplación o contemplación, al estadio de preparación.

Las intervenciones motivacionales dirigidas a los pacientes precontemplativos tienen como objetivo prioritario incrementar la "importancia" que el dejar de fumar pueda tener para estas personas, mientras que para los contemplativos el objetivo principal consistirá en elevar la "confianza" en poder conseguir abandonar el tabaco.

Son numerosas las estrategias y técnicas diseñadas para incrementar la motivación en los pacientes fumadores, aunque el consenso profesional actual señala a las desarrolladas por Miller y Rollnick como de las más potentes hasta la fecha. Expresar empatía, crear discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia, son los principios por los que se rige esta orientación, contando como principales estrategias a utilizar: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmar, resumir y provocar afirmaciones automotivadoras.

5.3. Programas Multicomponentes

Se trata de tratamientos de carácter intensivo y especializado considerados hoy en día como bien establecidos y de demostrada eficacia, efectividad y eficiencia. Reciben este nombre por tratarse de programas que incluyen diferentes técnicas o elementos de intervención, teniendo en común su orientación de corte cognitivo-conductual. Habitualmente, se desarrollan a lo largo de tres fases:

Preparación. Con el objetivo de incrementar la motivación y la implicación del fumador para abordar el problema de dejar de fumar.

Abandono. Tiene como objetivo la cesación de la conducta de fumar, bien fijando un día para ello (día D), bien realizando una disminución paulatina de la tasa de tabaco (reducción gradual de ingesta de nicotina y alquitrán-Regina).

Mantenimiento. Dedicada a mantener los resultados de remisión obtenidos a largo plazo.

Esta modalidad de tratamiento queda integrada por un conjunto de técnicas y estrategias encaminadas a la recuperación del control sobre la conducta de fumar y cuenta como elementos fundamentales del programa:

a) Información sobre la dependencia psicológica.- Para que el paciente fumador comprenda los mecanismos psicológicos subyacentes que

mantienen su hábito tabáquico. Asimismo, se le informa de los requerimientos mínimos necesarios para el desarrollo del tratamiento (adherencia y retención al programa).

b) Control Estimular Externo.- Dotando al paciente de estrategias para la evitación y control de aquellos antecedentes externos que actúan como elicitadores del deseo o craving:

- identificación de estímulos
- manejo de contingencias
- actividades alternativas a la conducta de fumar
- búsqueda de apoyo social.

c) Control Estimular Interno.- Con el objetivo de incrementar el autocontrol sobre los síntomas de carácter fisiológico, emocional y cognitivo que aparecen en el síndrome de abstinencia y/o episodio de craving, a través de la implementación de las siguientes estrategias psicoterapéuticas:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de mindfulness.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Técnicas de manejo emocional.
- Técnicas de carácter aversivo (fumar rápido, retener el humo, saciación, contracondicionamiento aversivo, etc.)

d) Prevención de Recaídas.- La recaída es un fenómeno habitual en los procesos de deshabitación al tabaco, contemplándose como un paso más dentro de los mismos. Probablemente, es el modelo cognitivo-conductual de Marlatt, el que goza hasta el momento de mayor aceptación general para explicar este fenómeno, considerando la incapacidad para hacer frente al deseo de fumar como una conducta sobreaprendida, basada en la teoría que, los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Se subraya la existencia de factores tanto personales como situacionales, presentando la recaída como una pérdida de control ante una situación de alto riesgo. Las situaciones de riesgo se aglutinan en tres grupos principales: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social.

El modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt se ha evidenciado como eficaz e incluye entre sus elementos:

- Identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del deseo.
- Exploración de la cadena de decisiones que conducen a la reanudación del fumar.
- Aprendizaje de los episodios breves de consumo de tabaco para explorar los desencadenantes de la posible recaída.
- Desarrollo de técnicas eficaces para la intervención precoz.

Los Programas Multicomponentes para dejar de fumar, pueden ser aplicados bien de forma individual o bien en formato grupal, constituyendo este último uno de los abordajes con mayores niveles de eficiencia para el tratamiento de los pacientes fumadores. Los protocolos del abordaje en formato grupal, suelen variar en cuanto número de sesiones y número de pacientes en cada uno de los grupos, aunque las recomendaciones suelen atribuir un mejor funcionamiento a grupos con un número de participantes entre seis y doce personas y un número de sesiones entre seis y ocho con una duración media de una hora por sesión. Los programas multicomponentes están considerados en la actualidad como de primera elección, consiguiendo una eficacia media del 70% a la finalización del tratamiento y del 35/40% de abstinencia al año de haber terminado el tratamiento.

Queremos hacer una mención especial a las técnicas de Mindfulness que están siendo incorporadas a las psicoterapias denominadas de tercera generación, bien como programas terapéuticos completos bien como componentes de las mismas y con una aplicación terapéutica cada vez más extendida en las distintas patologías psiquiátricas, en el terreno de las drogodependencias y para el tratamiento de la deshabitación a la nicotina. Aunque no existe un consenso sobre la traducción más apropiada al castellano de dicho término, "presencia atenta y reflexiva", "atención y consciencia plena" y "atención consciente" son las traducciones más aceptadas.

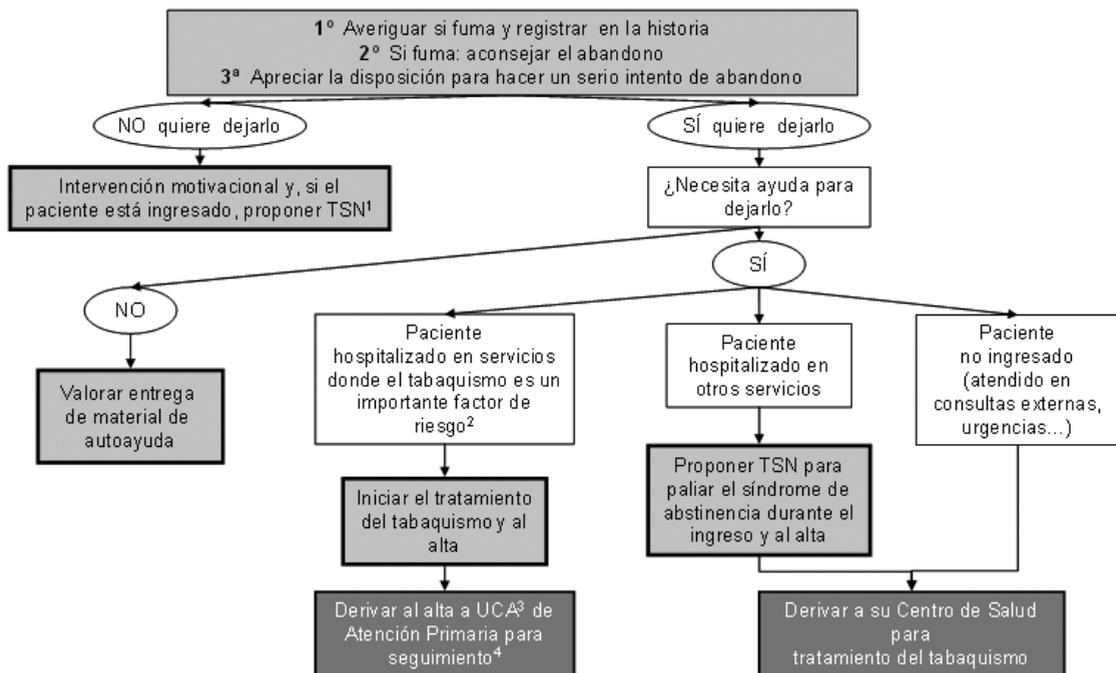
Mindfulness o Atención Consciente se define por "prestar atención intencionadamente, en el momento presente, y sin prejuicios; es decir, tomando conciencia y prestar atención de un momento actual a otro". Las terapias basadas en mindfulness tienen entre sus objetivos, la detección de los contenidos internos (pensamientos y emociones) desde una actitud

de aceptación (no valoración) de los mismos, tal y como son. Cada vez son más los autores que contemplan el mindfulness o atención consciente como un complemento de otros abordajes de orientación cognitivo-conductual en el tratamiento de la dependencia al tabaco, con el objetivo de dotar al fumador de la capacidad de distanciamiento, en el episodio de deseo de fumar, de aquellos contenidos mentales y emocionales que van a sustentar la toma de decisión para ejecutar la conducta de fumar.

6- Algoritmo del protocolo de asistencia a pacientes fumadores en ámbito hospitalario

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Los profesionales sanitarios ante cualquier paciente atendido en el nivel hospitalario:



1 TSN: terapia sustitutiva con nicotina. Indicada, si no existe contraindicación, para paliar síntomas de abstinencia si el paciente no puede estar sin fumar durante su hospitalización

2 Cardiología, neumología, medicina interna, oncología...

3 Unidad de Conductas Adictivas

4 Si el paciente es incluido en algún programa específico del hospital (ej. rehabilitación cardiaca...), derivar a ECAT (Equipo Coordinador de la Atención al tabaquismo)

CAPÍTULO 11. GUÍA PRÁCTICA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Francisco J. Santolaya Ochando

Centro Salud Mental Malvarosa. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Mónica M^a. Novoa-Gómez

Directora Grupo de Investigación Psicología y Salud. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

En este capítulo se indican cuáles serían básicamente las funciones de los especialistas en el ámbito de la psicología sanitaria dentro del complejo funcionamiento de un hospital, y cómo las intervenciones psicológicas son necesarias para un mejor funcionamiento del mismo. Dado que la psicología en general y la psicología clínica y de la salud en particular, se ocupan del comportamiento humano, de los factores que lo determinan y de cómo inciden en la salud de las personas, y el hospital es sin duda alguna un entramado de redes comportamentales y sociales donde las personas con sus actitudes, aptitudes y emociones interactúan entre sí y con la situación de salud que viven, ya como pacientes o como personal especializado en la resolución de problemas de salud, este documento recoge los elementos fundamentales de la acción de este campo de la psicología.

1- Introducción. La psicología clínica y de la salud y su necesidad para la mejora del funcionamiento hospitalario

A lo largo de su historia la psicología ha demostrado su capacidad para conocer y modificar el comportamiento humano dentro de diversos contextos, y ha generado técnicas y recursos suficientes para variarlos

siguiendo los estándares científicos propios del trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la salud como médicos y personal de enfermería. Uno de estos contextos es el hospitalario.

Los hospitales suelen ser centros de referencia para el tratamiento de los problemas de salud y abarcan áreas de población para las cuales representan un escenario de respuestas emocionales ambivalentes y contrapuestas: "es el escenario de atención de salud en donde la experiencia de sufrimiento resulta más apremiante para la persona y en donde los clínicos de cualquier especialidad médica necesitan afrontar de manera excelente, en el curso de su trabajo con pacientes y familiares, demandas también apremiantes de alivio, de curación y de esperanza, y han de hacerlo, a través de un nivel específico de análisis e intervención propios de la psicología: las maneras en que unos y otros se comportan... en este sentido, todos, clínicos y pacientes, pueden beneficiarse de la psicología" (GPH COP-Madrid 2005, pp 4).

Existen múltiples trabajos relacionados con el enfermar humano, ya sean con enfermedades oncológicas, neurológicas, endocrinológicas, etc. que vienen a demostrar la importancia del comportamiento en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la mayoría de los trastornos y patologías estudiadas en los hospitales por las distintas especialidades médicas (Remor, Arranz y Ulla, 2003; White, 2001). Habiéndose demostrado en numerosos estudios la influencia de las emociones, las actitudes y el estilo de vida en profusos trastornos, así como sobre la vulnerabilidad biológica a las enfermedades (Glaser, 2005; Wittstein, 2005).

La psicología de la salud como especialidad de la psicología, utiliza métodos que provienen de la psicología experimental para estudiar, explicar, prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar los aspectos psicológicos que afectan a la conducta, las emociones y las relaciones de las personas, y se caracteriza por desarrollar y poner en práctica modelos biopsicosociales integradores que permiten estudiar la salud, desde un punto multidimensional como lo es el ser humano (ver prólogo en Lameiras y Faílde, 2000).

A través de la investigación se ha comprobado la eficacia y eficiencia de las intervenciones psicológicas frente a la enfermedad y se dispone de protocolos de intervención para las diversas patologías (Holland 1999; Goodwin, Leszcz, Ennis, Koopmans, Guthier, y cols, 2001; Spiegel 2001; Remor, Arranz y Ulla 2003; Arranz, Barbero, Barreto, Bayés, 2003; Andersen, Farrar, Golden-Kreutz, Glaser, Emery, Crespín, y cols 2004).

Lo anteriormente expuesto justifica la intervención del psicólogo en el contexto hospitalario como un miembro más del equipo ya sea como coadyuvante de los tratamientos médico biológicos o mediante tratamientos psicológicos que inciden directamente y eficazmente en diversos tipos de patologías y en su pronóstico.

Además, a pesar de que en general el sistema nacional de salud se afana en cubrir las necesidades de salud de la población, lamentablemente en la práctica se centra en los aspectos biológicos del enfermar, no cubriendo las necesidades psicológicas de los pacientes que padecen dichas patologías o cuando lo hacen es de un modo tímido y prácticamente sin recursos humanos y sin unidades o departamentos específicos de psicología. Para cubrir dichas necesidades deberían de evaluarse como decíamos anteriormente, los comportamientos, actitudes y estilos de vida que inciden en las distintas patologías y que conllevarían un mejor pronóstico de la enfermedad, cuando no, la prevención de la misma (piénsese por ejemplo en los efectos indeseables del tabaquismo y las patologías que produce).

Pero incluso lejos de las patologías concretas, piénsese en la situación que viven los pacientes hospitalizados, inmersos en un ambiente del cual suelen desconocer las normas de funcionamiento y que produce niveles altos de angustia tanto para el paciente como para la familia a pesar del esfuerzo que puede realizar el personal de enfermería e incluso el personal médico. Dichos niveles de angustia y ansiedad se ven reforzados por la alta tecnología sanitaria o el propio desajuste que se produce en la vida cotidiana de la familia, en donde con frecuencias los afectos, las responsabilidades y el trabajo adquieren un plano más secundario frente a la enfermedad.

Además, las intervenciones psicológicas ayudan a reducir los gastos asociados a las enfermedades físicas al posibilitar una reincorporación más rápida al ámbito laboral, disminuir la demanda asistencial, el consumo de fármacos, las visitas a urgencias, y las quejas de los pacientes por no cumplirse el estándar de satisfacción requerido (Carlson y Bultz, 2003). En este último sentido, desde campos del saber médico y desde la administración sanitaria, se habla de la satisfacción y la calidad de los pacientes, en referencia a lo que ha sido denominado como prácticas subóptimas de cuidados (Shanafelt, Bradley, Wipf & Back, 2002). Desde la perspectiva del paciente, las prácticas médicas subóptimas hacen referencia a la percepción que tienen ellos con respecto a las prácticas insatis-

factorias por parte del personal médico-sanitario, la insatisfacción frente a la calidad del servicio, las quejas en el tipo de relación y comunicación, el retraso en las visitas y la actitud del médico en general; investigaciones como la de Novoa-Gómez y cols (2006) han indagado este aspecto, relacionándolo con el trabajo del psicólogo con los equipos de salud y el desgaste profesional o Burnout.

2- Funciones, roles e intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario

Novoa Gómez ha señalado en otros escritos (2004) que la función del psicólogo en una institución de salud ha de garantizar la integridad de la atención médico-sanitaria que el paciente recibe, al tratar y valorar no sólo su cuerpo sino su dimensión psicológica.

De forma congruente con lo mencionado por esta autora, y en coincidencia también con lo establecido por autores de diversos contextos en hispanoamérica (Zas-Ros y cols, 1995, Zas-Ros, 2001), el rol del psicólogo en este contexto corresponde a las múltiples actividades relacionadas con prestar atención psicológica a los pacientes, familiares y personal asistencial de la institución, utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica a nivel individual, grupal e institucional, integrarse en el trabajo multidisciplinar de los diferentes servicios del hospital y contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de los mismos a las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.

Sin olvidar el contribuir a elevar el bienestar psicológico del personal asistencial, realizando un trabajo preventivo institucional, y participando en la selección, evaluación y clasificación del personal asistencial que requiera de determinadas condiciones psicológicas para la ejecución de sus labores, desarrollar líneas de investigación central y ofrecer actividad docente y científica con un programa metodológicamente orientado por los propios objetivos del servicio de la institución.

Para esta autora, estas funciones tienen en común el hecho de hacer más integral cada relación que se establece entre las diferentes personas que intervienen. El psicólogo habría de tener una mirada que Zas-Ros (2001) denomina "de cuarta dimensión", compuesta por una visión clínica, una visión social, una visión institucional y una visión ética. Esta mirada multidimensional le permite al psicólogo realizar las tres tareas básicas de prevención, diagnóstico e intervención psicológica.

Como se observa, la función del psicólogo en una institución de salud, incluirían algunas propias de la psicología organizacional (selección) y se equiparan especialmente con las de la clínica. En este sentido, vale la pena aclarar que actualmente existen algunas propuestas de unificar la psicología clínica con la de la salud (Lameiras y Faílde, 2000), así como aquellas partidarias de mantener a la psicología de la salud como campo de subespecialidad de la psicología clínica, pero independiente (Buela-Casal, 2002; Simón, 1999), si bien con cierta lógica se puede considerar que la psicología de la salud es un marco más amplio que el de la psicología clínica, siendo por tanto esta última una especialidad de la psicología de la salud.

De un modo sucinto se puede decir que las funciones del psicólogo en un hospital abarcan funciones asistenciales, de docencia e investigación, de carácter administrativo y de gestión y control de calidad. Estas funciones conllevan una serie de labores y tareas, entre ellas:

- **Labor asistencial:** se refiere a la intervención directa con la población adscrita a un hospital, ya sea con patologías agudas o crónicas con distintos grupos de edad y con intervenciones individuales o grupales. Esta labor incluye el diagnóstico y tratamiento directo de la patología que presenta el paciente o la puesta en práctica de una intervención psicológica como coadyuvante del tratamiento médico.

Esta labor asistencial comprende un importante proceso de evaluación y diagnóstico, cuya relevancia está ampliamente evidenciada. La literatura científica en este sentido demuestra la necesidad de tener en cuenta los diversos perfiles psicológicos para poder responder a las demandas del paciente, por cuanto determina la respuesta del enfermo a la situación y a la hospitalización. Se ha demostrado, por ejemplo, que un desorden psicológico con respuestas rígidas, o con disociación, puede causar problemas intrahospitalarios. Incluso pacientes con perfiles psicológicos bien estructurados pueden presentar comportamientos muy infantiles y característicos de etapas tempranas durante una permanencia prolongada en el hospital (Novoa-Gómez y Ballesteros, 2006).

Así mismo esta labor asistencial conlleva un procedimiento de intervención o tratamiento psicológico, entre otras de las alteraciones psicológicas que pueden aparecer en los pacientes hospitalizados como son:

a) La ansiedad, ocasionada por el sentimiento de despersonalización que suelen describir los pacientes al estar enfrentados a un ambiente al-

tamente tecnificado, con una pérdida de control sobre el entorno, con la frecuente dependencia a una máquina, la incapacidad para comunicarse verbalmente cuando están intubados, o las alteraciones sensoriales, los trastornos del sueño debidos al ambiente y al dolor, la preocupación por la posibilidad de la muerte, el desfiguramiento o dolor y el espectro imprevisto de circunstancias (Epstein y Breslow, 1999).

Tal ansiedad puede ser evidente ya sea por el reporte del paciente o por sus manifestaciones físicas (anorexia, dolor de pecho, diarrea, mareos, boca seca, dolor de cabeza, hiperventilación, tensión muscular, náuseas, palpitaciones, taquicardia, frecuencia urinaria, o vómito, entre otros). Típicamente, el paciente ansioso parece hipervigilante, muestra tensión muscular que puede resultar en inmovilidad y tiene dificultades para relajarse o dormir (Mccartney y Bolan, 1994).

Novoa-Gómez (2004) señala la importancia de entender que aunque la ansiedad es una reacción apropiada y esperada a muchas circunstancias encontradas en los pacientes intrahospitalarios, sus consecuencias son potencialmente dañinas (elevada tasa cardíaca y presión arterial, arritmias cardíacas y problemas con el ventilador) y deben ser tratadas de forma inmediata e idealmente con un manejo no farmacológico. Según Hansen-Flaschen (1994) la ansiedad es el desorden con mayor incidencia en los pacientes hospitalizados.

b) La depresión, cuyo diagnóstico en pacientes orgánicos se dificulta porque los síntomas pueden estar causados por la condición orgánica propiamente dicha, por lo tanto, debe confiarse menos en la presencia de síntomas somáticos y más en la presencia de síntomas psicológicos (desesperanza, pensamientos de muerte, rumiación culposa y motivación deteriorada). En la institución hospitalaria, la depresión suele ser referida por el personal sanitario como negativismo extremo, que interfiere con la recuperación rápida y satisfactoria del paciente (Novoa-Gómez, 2004).

c) Las psicosis y el delirium, los términos de psicosis UCI o delirium hospitalario se han usado para designar anormalidades afectivas, comportamentales y cognitivas en pacientes hospitalizados. Algunos datos experimentales sugieren una relación entre la privación del sueño y una psicosis subsiguiente, y algunos teóricos han propuesto que la psicosis en estos pacientes se debe a que son además están expuestos a sobrecargas sensoriales, restricción ambiental o monotonía (Sivak, Higgins y Seiver, 1995). El delirium, es una causa frecuente de comportamiento agitado en pacientes con ventilación mecánica asistida (Durbin, 1995; Fontaine, 1994)

producto del denominado síndrome mental orgánico, caracterizado por un cambio en las funciones cognoscitivas consistente en un defecto global reversible de los procesos cognitivos, el cual se manifiesta por la presencia de percepciones anormales, alucinaciones e ilusiones, además de un lenguaje confuso y un pensamiento desorganizado. Igualmente se ha informado de un sensorium anormal caracterizado por deterioro en la atención, desorientación, pobre memoria a corto plazo y disturbios en el ciclo sueño-vigilia. En la etiología del delirium puede considerarse la ocurrencia de múltiples características de los pacientes en estado crítico, incluyendo la toxicidad producida por drogas utilizadas y sus complicaciones o los efectos de algunas patologías orgánicas de tipo hepático o renal.

Por otra parte, factores como el pánico, niveles de ansiedad, dolor y estilo de personalidad pueden influir en la habilidad del paciente para tolerar las demandas de la hospitalización, lo que puede precipitar un periodo de agitación. Para manejar este tipo de cuadros, algunos estudios han mostrado que las intervenciones comportamentales y ambientales son benéficas combinadas con los tratamientos farmacológicos (Blacher 1997; Posen; 1995, Sivak, Higgins y Seiver, 1995; Chlan, 1998; Fontaine, 1994).

El psicólogo también realiza tareas preventivas y rehabilitadoras. Las tareas preventivas en el contexto hospitalario se centran tanto en el paciente como en los profesionales especializado en temas de salud, en este sentido instaura conductas de auto cuidado y de prácticas saludables, y mejora los procesos de comunicación entre los diversos actores que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. En la tarea rehabilitadora el psicólogo busca aquellos factores psicosociales o físicos que interfieren o limitan la autonomía del paciente y le ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento ante la situación que vive con el fin de obtener una reinserción sociofamiliar y laboral lo antes posible.

- Labor docente e investigadora:

La labor docente comprende tanto la formación continuada, como la formación de pregrado y posgrado. La formación continuada tendría como objetivo optimizar la calidad de la intervención sobre los usuarios del sistema de salud e incidir positivamente en las relaciones que se establecen entre los profesionales del hospital. La formación de pregrado y posgrado se centra sobre los estudiantes vinculados al ámbito hospitalario y sobre los profesionales que se están formando en las distintas especialidades de ámbito sanitario.

Sabemos que la eficacia de la actividad asistencial de los profesionales sanitarios depende tanto de los conocimientos técnicos, de cómo los aplican y de la relación que establecen con el paciente. Y esta relación es un asunto técnico-psicológico que requiere un tratamiento docente específico (Donabedian, 1989), así mismo sabemos que numerosos estudios indican que un 35% de personal médico y un 25% de personal de enfermería presentan algún tipo de sintomatología del síndrome de desgaste profesional o burnout (Escribá y Bernabé, 2002; Maslach y Jackson, 1982; GPH COP-Madrid 2005).

Es por ello evidente formar y brindar apoyo a otros profesionales y conformar grupos interdisciplinarios con el objetivo de obtener un impacto real en la calidad de la atención del paciente y la calidad de vida de los profesionales. Una de las funciones del psicólogo es conformar parte de dicho equipo, demostrando competencias claras en su disciplina y en las relaciones de ésta con las disciplinas biomédicas implicadas. Uno de los roles sería entonces, orientar al personal de salud, para mejorar la relación con los pacientes y sus familiares, lo cual va en la dirección sugerida por autores como Novoa-Gómez y cols (2006) con base en la importancia señalada por los pacientes de tener una relación más cercana con los profesionales que los tratan; de la calidad de esta presencia depende en gran parte la tranquilidad percibida y los sentimientos de seguridad y aceptación.

Así pues una de las funciones básicas del psicólogo hospitalario es la educación del personal de salud sobre la importancia de manejar las condiciones ambientales en pro de la comodidad del paciente, y la formación, especialmente a médicos y enfermeras, en el conocimiento de los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, destacando el manejo de situaciones difíciles tanto en la relación con el paciente como con la familia.

Un programa de formación basado en counselling y trabajo en equipo podría mejorar de manera significativa la atención a las personas en el hospital, maximizando su nivel de competencia al menor coste emocional posible.

Brindar también apoyo psicológico a los profesionales de la salud permite prevenir el llamado síndrome de estrés asistencial o Burnout, que se refiere al agotamiento físico y emocional producto de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis (Maslach & Jackson, 1986, citados por Novoa-Gó-

mez et al., 2005). Golembiewsky (1999) por su parte tiene en cuenta la despersonalización, el cansancio emocional y la realización personal para definirlo. Muchas son las consideraciones que se han hecho sobre las implicaciones que la actividad asistencial tiene sobre los profesionales que trabajan en contextos sanitarios y con personas en condición de vulnerabilidad y como el Burnout afecta la calidad de vida del profesional y la influencia en sus prácticas médicas y sanitarias.

Por parte de los médicos, el síndrome de estrés asistencial puede explicarse por la limitación en el tiempo para las consultas o visitas, por largas jornadas de atención, sumados a la carga en la formación, la presión que ejercen los médicos a cargo y la carga emocional por parte de los pacientes (Rodríguez, 1995).

En tanto el síndrome influye en el estado físico del médico presentando sintomatología asociada con el cansancio, dolores osteoarticulares, cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales y taquicardias (Guevara, Henao y Herrera, 2002), es imperativo adelantar investigaciones que permitan analizar la educación médica y las implicaciones que ella tiene en los médicos y enfermeros, especialmente en los que se encuentran en la fase de formación.

Los estudios en este sentido coinciden en describir mayor prevalencia e intensidad del síndrome, de sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del hospital, siendo el componente de desgaste emocional el más afectado asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar (Guevara, Henao y Herrera, 2002; Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002; Visser, Smets, Oort y de Haes, 2003; Novoa-Gómez, Moreno, García, Lequizamón y Castaño, 2006). Existen también estudios sobre la tendencia del síndrome en personal de enfermería (Novoa, Nieto, Forero, Caicedo, Palma, Montealegre, Bayona y Sánchez, 2005).

Como lo afirman Visser y cols. (2003), la satisfacción del trabajo en contraposición con las consecuencias del estrés puede considerarse de carácter organizacional más que personal. no obstante, ha de señalarse el papel que la dimensión de despersonalización del síndrome de burnout, pues conlleva que frecuentemente el personal facultativo y especialista evite implicarse emocionalmente con sus pacientes, omitiendo dar información que puede resultar incomoda para los dos, evitando así una vinculación emocional a la situación misma, a la vez que los profesionales que no tienen experiencia ni entrenamiento en responder a las necesidades

emocionales de sus pacientes, pueden sentirse vulnerados e incapacitados para responder.

Como resultado de esto, el trato despersonalizado y el estilo de práctica 'centrado en el profesional' parecen agudizarse en el ejercicio de los roles profesionales en el medio hospitalario. El informe de las prácticas subóptimas de los pacientes puede estar relacionado con el sistema de red pública; ya que el paciente no constituye una fuente de refuerzo, el médico no se ve afectado por la satisfacción del paciente, puesto que la actuación de este suele evaluarse sobre la base del número de actos médicos realizados; y es así como esto termina produciendo consultas cortas y muchas remisiones a especialistas para solucionar algún problema.

En relación con la labor investigadora del psicólogo que desempeña su trabajo en el hospital, solo señalar textualmente lo referido por el grupo de trabajo sobre psicología hospitalaria del COP-Madrid (GPH COP-Madrid, 2005) "el psicólogo debe comprometerse en el avance, aplicación y difusión del conocimiento científico. La investigación de los aspectos psicológicos ha de garantizar la calidad y adecuación de la actuación profesional y permitir desarrollar acciones basadas en resultados científicos. Ello implica la capacidad de: a) identificar las líneas de investigación prioritarias que incidan en la realidad en la que se trabaja; b) construir, estandarizar y validar las evaluaciones de las necesidades emergentes; c) detección de los factores de riesgo y prevención que inciden en las enfermedades; d) delimitar criterios y procedimientos para evaluar la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos; e) investigar en la ampliación de la evidencia de la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos en interacción con los médicos en las diversas patologías" (pp. 8-9).

- Labor de gestión, control de la calidad

Junto con las tareas administrativas comunes a los facultativos especialistas como son la recogida de datos, la elaboración de la historia o de informes varios, la participación en los programas de salud y en la coordinación de los distintos niveles de atención, ya sea primaria o especializada, el psicólogo sin duda alguna está capacitado por su formación para realizar estudios de control de la calidad asistencial con el fin de aportar información de indicadores que sirvan para corregir los errores ya sean de tipo sistemático o al azar que aparecen en la intervención profesional sobre el proceso de salud enfermedad y mejorar los servicios que presta la institución hospitalaria. El tema del control de la calidad y por ende de la satisfacción de los pacientes es tan importante en la actualidad que

existen numerosos estudios en la literatura al uso. Véase por ejemplo los estudios sobre pacientes oncológicos, que indican que en pacientes hospitalizados los niveles de satisfacción fluctúan entre el 75% y el 95% (Skarstein et al, 2002; Bredart a., Razavi, Robertson, Batel-Copel, Lars-son, et al, 2001; Brédart, Razavi, Robertson, Didier, Scaffidi y de Haes et al. 1999).

3- Ubicación: Unidad independiente de psicología

Si bien la ubicación de la psicología dentro del sistema público de salud esta enmarcada básicamente a través de la psicología clínica en la salud mental, adicciones y salud sexual, va siendo hora, dada la información científica acumulada y que se ha ido planteando a lo largo del presente capítulo, de que la psicología quede totalmente integrada en el hospital a través de un departamento o unidad propia y jerarquizada, que pueda prestar los servicios requeridos por los distintos departamento que se estructuran en un hospital. Pero para ello es necesaria la existencia de un claro y explícito apoyo institucional, pues las otras variables (profesionales capacitados, programas y método, voluntad y motivación, etc.) ya existen.

La labor de este departamento no se restringe como puede apreciarse a la intervención directa sobre los pacientes y sus familiares sino que abarca todo el contexto hospitalario, el cual incluye la totalidad de los factores humanos, sociales y ambientales y las interacciones entre todos ellos.

A modo de conclusión, se puede decir que el avance científico de la psicología permite en la actualidad aportar un enfoque integral y holístico a los distintos actores inmersos en el proceso de salud-enfermedad hospitalario y que los psicólogos a través de la puesta en práctica de sus conocimientos desarrollan funciones, actividades y tareas que redundan en una atención personalizada del paciente, también la actividad del psicólogo hospitalario, desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud, resalta la oportunidad y la efectividad de la intervención psicológica, que permite romper el ciclo de retroalimentación que existe entre condiciones ambientales y condiciones psicológicas que en interacción con las condiciones fisiológicas propias del estado mórbido, agravan la estancia del paciente en el hospital que ya por naturaleza resulta aversiva.

BIBLIOGRAFÍA

ACC/AHA. (1998). Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College Cardiology*; 28:1328-1428.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2003). *Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>

Ak, I., Sayar, K., Yontem, T. (2004). Alexithymia, Somatosensory Amplification and Counter-Dependency in Patients with Chronic Pain. *Pain Clinic*; 16(1):43-51.

Amigó, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2003): *Manual de psicología de la salud*. Madrid. Pirámide.

Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespin, T. et al. (2004). Psychological, behavioural and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of clinical oncology*, 22, 3570-3580.

A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV-Texto revisado*. Edit. Masson. Barcelona.

Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel.

Ayuso, J.L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el Sida*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

Azoulay, E., Pochard, F., Kenitsh-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., et al. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in family members of Intensive Care Unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 171(9): 987-994.

Ballester, R. (1999). *Sida: Prevención y Tratamiento Psicológico en la Infección por VIH y Sida*. Madrid: UNED-Fundación Universidad Empresa.

Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: Revisión histórica y estado de la cuestión en la Infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 151-175.

Ballester, R., Campos, A., García, S. y Reinoso, I. (2001). Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con Infección por VIH. *Psicología Conductual*, 9, 299-322.

Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517-523.

Ballester, R. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.

Barba, J. (2005). La Cardiología del s. XXI: Los avances continúan. *Revista Médica de la Universidad de Navarra*; Vol 49, Nº 3, 2005, 8.

Bassols Farrés, A., Bosch Llonch, F., Eladi Baños, J. (2000) Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor*; 15: 149-58.

Beck, A.T., Steer, R.A. (1987) Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Berkman, L. y Breslow, L. (1983): *Health and ways of living: Finding from de Alameda Country Study*. N.Y. Oxford University Press.

Best, W.R., Bechtel, J.M., Singleton, J.W., Kern, F. Jr. (1976). Development of a Crohn's disease activity index. *Gastroenterology* 70:439-444.

Biley, F. (1989): Nursing perceptions of stress in preoperative surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 575-581.

Blacher, R. S. (Ed). (1987). *The psychological experience of surgery*. New York: Jhon Wiley and Sons.

Bonanno, G. (2004): Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20-28.

Borrell, F. (1989). *Manual de Entrevista Clínica*. Ed. Doyma, Barcelona.

Brédart A., Razavi, D., Robertson, C., Batel-Copel, L., Larsson, G., Lichosik D., Meyza J., Schraub S., Von Essen, L., de Haes, J. (2001). A comprehensive assessment of satisfaction with care: preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian oncology patients. *Patient Education and Counseling*, 43, 3, 243-253 (11).

Brédart, A., Razavi, D., Robertson, C., Didier, F., Scaffidi, E. y de Haes, J. (1999). A comprehensive assessment of satisfaction with care: Preliminary psychometric analysis in an oncology institute in Italy. *Annals of Oncology* 10: 839-846.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*; 10(4): 287-333.

Buela-Casal, G. (2002). *Situación actual de la Psicología de la Salud en España*. Ponencia en el Simposio Psicología de la Salud en Iberoamérica, III Congreso Iberoamericano de Psicología, Bogotá, Julio.

Caraceni, A., Portenoy, R.K. and Working Group of the IASP Task Force on Cancer Pain (1999). An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*, 82: 263-274.

Carlson, L., Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 8. Recuperado en <http://www.hqlo.com/content/1/1/8>.

Casellas F., López-Vivancos J., Badia X., Vilaseca J., Malagelada J.R. (2000). Impact of surgency for Crohn´s disease on health-related quality of life. *American Journal of Gastroenterology*; 95:177-182.

Casellas Jordá, F. y López Vivancos, L. (2007). Calidad de vida en la enfermedad inflamatoria intestinal. En: Gassull MA, Gomollón F, Hinojosa J, Obrador A, Editores. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal III edición*. Madrid: Arán Ediciones; p.527-538.

Castaños, J., Damborenea, D., Fernández, A., Salan, J., Urcola, D. (1988). *Hospitalización a Domicilio: Análisis de cuatro años de funcionamiento*. III Jornadas sobre optimización de los Servicios Sanitarios. EADA. Barcelona: III JOSS.

Chlan, L. (1998). Effectiveness of a music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. *Heart and Lung*, 27, 3, 169-76.

Costa ,P. y McCrae, R. (1987): Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite?. *Journal of Personality*, 55, 299-316.

Cubedo, R.; De La Serna, J.L.; Valerio, M. (2007). *Cáncer. 101 preguntas esenciales para los enfermos y sus familias*. La esfera de los libros, S.L.

Cuthbertson, B.H., Hull, A., Strachan, M., Scott, J. (2004). Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine*; 30(3): 450-455. Davis, J.M., Fleming, M.F., Bonus, K.A., Baker, T.B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 7:2.

Cuxart, A. (2000). Hospitalización a domicilio. Tratamiento. Práctica médica en el siglo XXI. En: Farreras Rozman, editor. *Medicina interna*. 14ª ed. Madrid: Harcourt, 2000; p. 57-8.

De Damborenea, M.D., Valdivieso, B., Gonzalez, V.J. (1998). *Hospitalización a domicilio*. España. Hoeschst Marion Roussel.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1973) SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin* 9:13-28.

Diaz-Rubio, E. (2004). *Guía docente en Oncología*. AstraZeneca Oncology.

Donabedian, A. (1989). Institutional and Professional responsibilities in quality assurance. *Quality assurance in healthcare*, 1, 1, 3-11.

Drossman, D.A., Patrick, D.L., Mitchell, C.M., Zagami, E.A., Appelbaum, M.I. (1989). Health related quality of life in inflammatory bowel disease: Functional status and patients worries and concerns. *Digestive Diseases Sciences*; 34: 1379-86.

Durbin, Ch. (1995). Sedation of the Agitated, Critically ill patient without an artificial Airway. *Critical Care Clinics*, 11, 4, 913-934.

D'Zurilla, T.J., Goldfried, M.R. (1971). Problem Solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*; 78: 107-126.

Edo, M.T. (2003). *Perfil psicosocial, estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con infección por VIH/SIDA*. Tesis Doctoral. Universidad de castellón.

Enamorado, J., Somoza, C., Aronne, K. y Romero, R. (2005): Identificación de estresores influyentes en pacientes del hospital escuela, periodo de abril-mayo 2004. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, Enero-Junio.

Epstein, J. y Breslow, M. (1999). The stress response of critical illness. *Critical Care Clinics*, 15, 17-32.

Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria* 16, 6, 487-496.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (1993). Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *JAMA*;269:3015-3023.

Fernández, J.R. y Santolaya F, J. (2003) *Psicología de atención al paciente: La psicología clínica y de la salud en la atención primaria*. Barcelona: Editorial Bechal Farmacéutica S. A.

Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo, I. (2006): Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 631-645.

Fontaine, D. (1994). Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, 10, 651-657.

Fordyce W, Fowler R, Delateur B. (1968). An application of behaviour modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 6:105.

Gil, F. (2000). *Manual de Psico-Oncología*. Madrid, Editorial Nova Sidonia.

Gils, C.C.V., Wheeler, L.A., Mellstrom, M., Brinton, E.A., Mason, S., Wheeler, C.G. (1999). Amputation prevention by vascular surgery and podiatry collaboration in High-Risk Diabetic and Nondiabetic Patients. *Diabetes Care* May; 22(5): 678-83.

Glagows, S., Bassiouny HS., Giddens, D., Gewertz, B. (1995) Biopatología de la modelación de la placa y sus complicaciones. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. 4: 511-522.

Glaser, R. (2005). Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 3-11.

Golembiewsky, R. (1999). Next stage of Burnout research and applications, *Psychological Report*, 84, 443-446.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V. Soriano, J. y de Andrés, J. (2006): El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos: la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*, 87, 61-87.

Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Medicina Intensiva*; 31(6): 318-325.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F., De Andrés, J. (2008). Patients scheduled for admission to the ICU: Satisfaction with the information and frame of mind. *British Journal of Anaesthesia*; 101(2): 281.

Gonzalez Barón, S. y Rodriguez Lopez, M (1996): El dolor y su Fisiopatología. Tipos. Clínica. Sistemas de medición. En Gonzalez Barón M,; Ordoñez A.; Feliu J.; Zamora P. y Espinosa (Eds). *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el enfermo con cáncer*. Editorial Médica Panamericana.

Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, V., Guther, H. et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England journal of medicine*, 345, 24, 1719-1726.

Granberg Axèll, A.I.R., Malmros, C.W., Bergbom, I.L., Lundberg, D.B.A. (2002) Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*; 46: 726-31.

Grossarth_Maticek, R,; Schmidt; P y Arndt, S (1984): *Psychotherapy research in oncology*. Health Care and Human Behavior. New York, Academic Press.

Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales (2005) *Planificación y estrategia para la creación y puesta en marcha de un servicio de psicología clínica y de la salud*. Documento COP, Madrid.

Guevara, C., Henao, D. & Herrera, J. (2002). Síndrome de Estrés Asistencial en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 35, 4, 173-178.

Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*; 118:622-9.

Hansen-Flashen, J. (1994). Improving patient tolerance of mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, 10, 4, 659-670.

Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*; 11: 575-84.

Holland, J. (1999). Update: NCCN Practice Guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13, 11a, 459-507.

Holland J.C., Breitbart W., Jacobson P.B., Lederberg M. S., Loscalzo M., McCorkle R. (1998) *Psycho-Oncology*. Nueva York, Oxford University Press.

Holland, J., Lewis, S. (2003) *La cara humana del cáncer*. Herder.

Hörnquist J.O. (1989). Quality of life: concept and assessment. *Scandinavian Journal of Social Medicine*; 18:68-79.

Hughes, F., Bryan, K., Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing Critical Care*; 10: 23-30.

Lameiras, M. y Faílde, J. M. (2000). *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI, Posibilidades y Retos*. Madrid: Dykinson.

Ibáñez, E. (1989): Individuo, Persona y Personalidad. En Ibáñez, E. y Pelechano, V. (Eds.): *Personalidad*. Madrid, Alhambra. 241-263.

Ibáñez, E. (1991): Reflexiones sobre la relación entre depresión y cancer. E. Ibañez (comp), *Psicología de la Salud y estilos de vida*. Valencia, Promolibro. pags. 39-52.

Ibáñez, E. y Durá, E. (1991): Tratamientos psicológicos específicos para el enfermo oncológico: Una revisión., en E. Ibañez (comp), *Psicología de la Salud y estilos de vida*. Valencia, Promolibro, pags. 117-129.

Ibarra E. (2006) Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 13 (2) :65 - 72.

Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es> (Consulta: agosto, 2008).

International Association for Study of Pain (1979): Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 14, 205-208.

International Association for Study of Pain (1994): *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2ª ed.)*. Seattle: IASP Press.

Irvine EJ. (1997). Quality of life issues in patients with inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology*; 92 (supl. 12): 18S-24S.

Johnston, M. (1988): Impending surgery. En Fisher, S. y Reason, J. (Eds.): *Handbook of Life Stress*, Portsmouth. John Wiley and Sons.

Kobasa, S. (1979): Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. N.Y., Springer.

Lipowski, Z. (1967): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, 2. Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29, 201-224.

Locutura, J. (1988). *Pertinencia de la estancia en un servicio de hospitalización a domicilio. Estudio retrospectivo de un año*. I Jornada de Asistencia a Domicilio en el Area de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Lopez-Vivancos, J., Casellas, F., Badia, X., Vilaseca, J., Malagelada, J.R. (1999). Validation of the Spanish Version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire on Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Digestion*; 60(3): 274-280.

López-Vivancos J., Casellas F., Badía X., Vilaseca J., Malagelada J.R. (1998) Different perception of health related quality of life in ulcerative colitis vs. Crohn's disease. *Gastroenterology*; 114: A1025.

Lorber, J. (1975): Good patients and problem patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 213-225.

Lorente, F., Font, S., Villar, E. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*; 1 (1): 26-38.

Luccia N, Goffi FS, Guimarães JS. (2001). Amputaciones de miembros. In: Goffi FS, Tolosa EMC, Guimarães JS, Margarido NF, Lemos PCP. *Técnica Quirúrgica: Bases anatómicas, fisiopatológicas y técnicas quirúrgicas*. 4 ed. São Paulo (SP): Atheneu; p.180-99.

Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas, M. Gossop. *Recaídas y prevención de recaídas*. Ediciones Neurociencias, Sitges.

Masachs M., Casellas F., Malagelada J.R. (2007). Spanish translation, adaptation and validation of the 32-item questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease (IBDQ-32). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*; 99(9):551-519.

Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (3ra ed.). California: Consulting.

Maslach, C., Jackson, S.E. (1982). Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. In: G.S. Sanders, J. Sulz (Eds) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.

Master, W., Johnson, V., Kolodny, R.C. (1987). *La sexualidad humana*. Grijalbo, Barcelona.

Mataix, J. (2008). Propuestas para una adecuada organización de la atención al tabaquismo y financiación de su tratamiento farmacológico. *Atención Primaria*;40(8)381-3.

Mataix, J., Blasco, J. (2008). *Guía de Intervención Intensiva en Tabaquismo*. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Departamento 9 de Salud. Conselleria de Sanitat. Comunidad Valenciana. Disponible en:

http://chguv.san.gva.es/Descargas/Gerencia/PlaniCalidad/Kiosco/0901_GuiaTabaquismo_D9.pdf

McCartney, J. y Boland, R. (1994). Anxiety and delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 10, 4, 673 – 680.

McCook, J., Martínez, J. (1987). *Angiología y Cirugía Vascolar*. La Habana: 131.

Mendoza Hernández J.L, Lana Soto R., Diaz-Rubio M.. (2007) Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Gassull M.A., Gomollón F., Hinojosa J., Obrador A., Editores. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal III edición*. Madrid: Arán Ediciones p.21-27.

Melzack R. Casey KL. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. En D. Kenshalo (Ed.) *The skin senses*. Springfield, Ill.: Thomas, pp: 423-439.

Melzack, R. Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150: 971-979.

Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*; 76: 167-177.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Ediciones Paidós. Barcelona. 1999.

Mitchell A., Guyatt G., Singer J., Irving E.J. (1988) Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*; 10: 306-10.

Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes... *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

Moller, A., Villebro, N. (2007). Intervenciones preoperatorias para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Monsalve, V. (1997). Intervención psicológica en el dolor crónico. En L.M. Pascual y R. Ballester (Eds.), *La práctica de la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro; pp. 97-124.

Montserrat, P.A. (2001). *L'hospitalització a domicili una alternativa a l'hospitalització convencional*. XVI Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Girona.

Moorey, S. y Greer, S (1989), *Psychological Therapy for patients with cancer: A new approach*. Londres, Heinemann Medical Book.

Morrison, V. y Bennett, P. (2008): *Psicología de la Salud*. Madrid, Pearson Educación.

Novaes, M.A.F.P., Aronovich, A., Ferraz, M.B., Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*; 23(12): 1282-1285.

Novoa-Gómez, M. M. (2004) Pertinencia de las Interacciones entre la ciencia médica y la Psicología. En: Oblitas Guadalupe, L. (Comp.) *Manual de La psicología clínica y de la Salud Hospitalaria*. Versión electrónica, disponible en www.psicologiacientifica.com. PSICOM editores, Bogotá.

Novoa-Gómez, M. M., Ballesteros, B. P. (2006) The role of the psychologist in an intensive care unit. *Universitas Psychologica*. Pontificia Universidad Javeriana, 5, 3, 599-613.

Novoa-Gómez, M. M., Moreno; I. S.; García, M. P; Leguizamon, L. & Castaño, I. (2006). Asociación entre el síndrome de estrés asistencial en residentes de medicina interna el reporte de sus prácticas subóptimas y el reporte de los pacientes. *Universitas Psychologica*, 5, 3, 549-563.

Novoa-Gómez, M. M.; Nieto Dodino, C., Forero Aponte C., Caycedo, C., Montealegre, P.; Palma, M.; Bayona, M.; Sánchez, C. (2005) Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*. 4, 1, 63 - 76.

O.M.S. *Alma Alta* (1978): *La atención primaria de salud*. Ginebra. O.M.S.

Oterino de la Fuente, D., Ridao, M., Peiro, S., Marchan, C. (1997). Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Medicina Clínica* (Barc); 109:207-211.

Parra, I., Valls, P. (1997). Hospitalització a domicili. Una nova alternativa a l'hospitalització convencional. *Informatiu de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme*;21:7-11.

Peiró, C. (2007). Tabaquismo. Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Disponible en:

http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo_doc9618.pdf

Pera Vázquez R. (1989) *Amputaciones mayores de miembros inferiores. Estudio realizado, 1983-1988*. Tesis Doctoral; Santiago de Cuba; Hospital "Saturnino Lora": 1-29, 1989.

Peset, R., Bernat, G. (Dir.) (1998). *Programa PALET. Cuidado y Calidad de Vida*. Conselleria de Sanitat. Direcció General de Salut Pública, IVESP. Valencia.

Philips, H.C. (1988). *The Psychological Management of Chronic Pain*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Posen, D. (1995). Stress Management for the Patient and Physician. *The Canadian Journal of Continuing Medical Education*, 7, 1, 65-82 Psychologist Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative modelo f change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 51: 390-395.

Pyorala, K., De Backer, G., Graham, I., Poole-Wilson, P., Wood, D. (1994). Prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Atherosclerosis*; 110: 121-161.

Remor E., Arranz P., Ulla S. (2003) *El psicólogo en al ámbito hospitalario*. Editorial Desclée de Brouwer.

Remor, E., Ballester, R., Espada, J.P. y Gordillo, M.V. (2008). La investigación e intervención psicológica en el ámbito de la infección por VIH en España: una revisión. En J. Alfonso y J.J. Sánchez-Sosa: *Aportaciones de la Psicología al problema de la Infección por VIH: Investigación e Intervención*. Págs. 185-217. México: Plaza y Valdés.

Richart, M., Cabrero, J. y Reich, A. (1993): Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 75-89.

Rigotti, N.A., Munafo, M.R., Stead, L.F. (2007). Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*. Oxford, Update Software Ltd. Disponible

en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Riol Blanco N. (1990) Apuntes sobre la rehabilitación del amputado por afección vascular. *Revista Cubana de Cirugía* 29(2): 350-56.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. (pp. 119 - 131). Madrid: Síntesis

Rodríguez, L., Doblas, M (1997) Arteriopatía de los miembros inferiores. *Medicina Clínica*. 109 (2) 53-54.

Rodríguez-Marín, J. y Zurriaga, R. (1997): *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Romero, R. (1997) Intervención Psicológica en el enfermo oncológico. En Pascual, L.M.; Ballester, R. (Eds) *La práctica de la psicología de la salud. Programas de Intervención*. Promolibro. Valencia. 1997.

Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, M., Martínez, E., Peri, J.M., Gatell, J.M. y De Pablo, J. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia de grupo estructurado de orientación cognitivo-conductual para mujeres HIV+ remitidas a una unidad de Psiquiatría de consulta y enlace. VIII Congreso Nacional sobre el Sida. Madrid: 24-26 de Noviembre. Pag. 131.

Ruiz-Perez, I.; Lima, A.O.L. Dominguez, C.J.D.; Herrero, M.M.; Roca, N.M.; Liaño, J.P. y cols. (2005) Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*, 17 (2), 245-249.

Samper, D., Casals, M. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA*. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*; 11 (5) :260 – 269.

Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*;13:365-80.

Scheier, M, y Carver, C. (1992): Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy Research*, 16, 201 228.

Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Graig, R., Abbott, R. y Carver, C.(1989): Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.

Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smocking cessation methods; The United States and Canada 1975-1987*. Publicación no. 79-8369. Washington: Government Printing Office.

Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing Critical Care*; 9: 72-9.

Sebrets, E.H., Falger, P.R., Bä, F.W. (2000). Risk factor modification Through nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 425-441.

Second Joint Task Force of European and other Societies (1998). Prevention of coronary heart disease in clinical practice: Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *European Heart Journal*; 19: 1434-1503.

Selye, H. (1956): *The Stress of life*. N.Y.. McGraw-Hill.

Servicio Valenciano de Salud. (1993). Protocolos de inclusión en hospitalización a domicilio en el Servicio Valenciano de Salud (mimeo). *Documento HD-PI 1*. Valencia: Servicio Valenciano de Salud.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. & Back, A. L. (2002). Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 58-367.

Simón, M. A. (ed.) (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Biblioteca Nueva, Madrid.

Simonton, O.C.; Simonton, S. y Creighton, J.L. (1978): *Getting Well Again*. New York, Bantam.

Sivak, E., Higgins, T. y Seiver, A. (1995) *The High Risk Patient: Management of the Critically ill*. New York: Williams y Wilkins.

Skarstein, J., Dahl, A. , Laading, J. y Fossa, S. (2002). Patient Satisfaction in Hospitalized Cancer Patients. *Acta Oncologyca* 41, 7-8, 639-645.

Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (1992). Avaliação a assistência aos pacientes com distúrbios vasculares e problemas na circulação periférica. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Tratado de enfermagem médico- cirúrgica*. 7.ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; p. 633-66.

Soriano J, Monsalve V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84: 91-108.

Soucase B, Soriano J, Monsalve V. (2005): Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 2, 277-241.

Spiegel D. (2001). Mind matters: group therapy and survival in breast cancer. *The New England journal of medicine*, 345 (24), 1719-172.

Tobón S., Vinaccia S., Quiceno J.M., Sandín B., Nuñez Rojas A.C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa. *Avances en Psicología Latino Americana*; 25: 83-97.

Tooms, R.E. (2003). Amputações. In Crenshaw, A.H. *Cirurgia ortopédica de Campbell*. 8 ed. São Paulo (SP): Manole Ltda; p. 719- 57.

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. (2008). *Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, May. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf

Truelove, S.C., Witts, L.J. (1955). Cortisona in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. *British Medical Journal* ;2:1041-8.

Tuldra, A; Fumaz, CR; Ferrer, MJ.; Bayes, R.; Arno, A.; Balague, M.; Bonjoch, A.; Jou, A.; Negredo, E.; Paredes, R.; Ruiz, L.; Romeu, J.; Sirera, G.; Tural, C.; Burger, D.; Clotet, B. (2000). Prospective Randomized Two-Arm Controlled Study To Determine the Efficacy of a Specific Intervention To Improve Long-Term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 25(3): 221-228.

Turk, D.C. (1978). Cognitive behavioral techniques in the management of pain. En J.P. Foreyt y D.P. Rathjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Research and Application*. New York: Plenum Press. pp. 199-227.

Turnbull G.K., Vallis T.M. (1995). Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *American Journal of Gastroenterology*; 90: 1450-1454.

Ulla, S. y Remor, E. (2002). Psiconeuroinmunología e infección por HIV: realidad o ficción?. *Psicología: Reflexão e Critica*, 15, 113-119.

Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, pp. 23-42.

Vallejo, M.A. (2005). Intervención psicológica en el dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84: 41-58.

Vergara M., Casellas F., Badía X., Malagelada J.R. (2000) Development and validation of a quality of life questionnaire for house-hold-members of patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*;118 (suppl. 2): A 123.

Villamarín, F. (1990): Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45-64.

Visser, R. M., Smets, E. M. A., Oort, F. J. & de Haes, H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-275.

Watson, M. (1991). *Cancer Patient Care: Psychosocial Treatment Methods*. Cambridge University Press.

Watson, M. Greer, S., Young J., Inayat, Q., Burgess, C., Robertson, B. (1998). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer. The MAC scale, *Psychological Medicine*, 18, pags 203-209.

Weiner, H. (1982): Psychobiological factors in bodily disease. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. N.Y. Plenum Press.

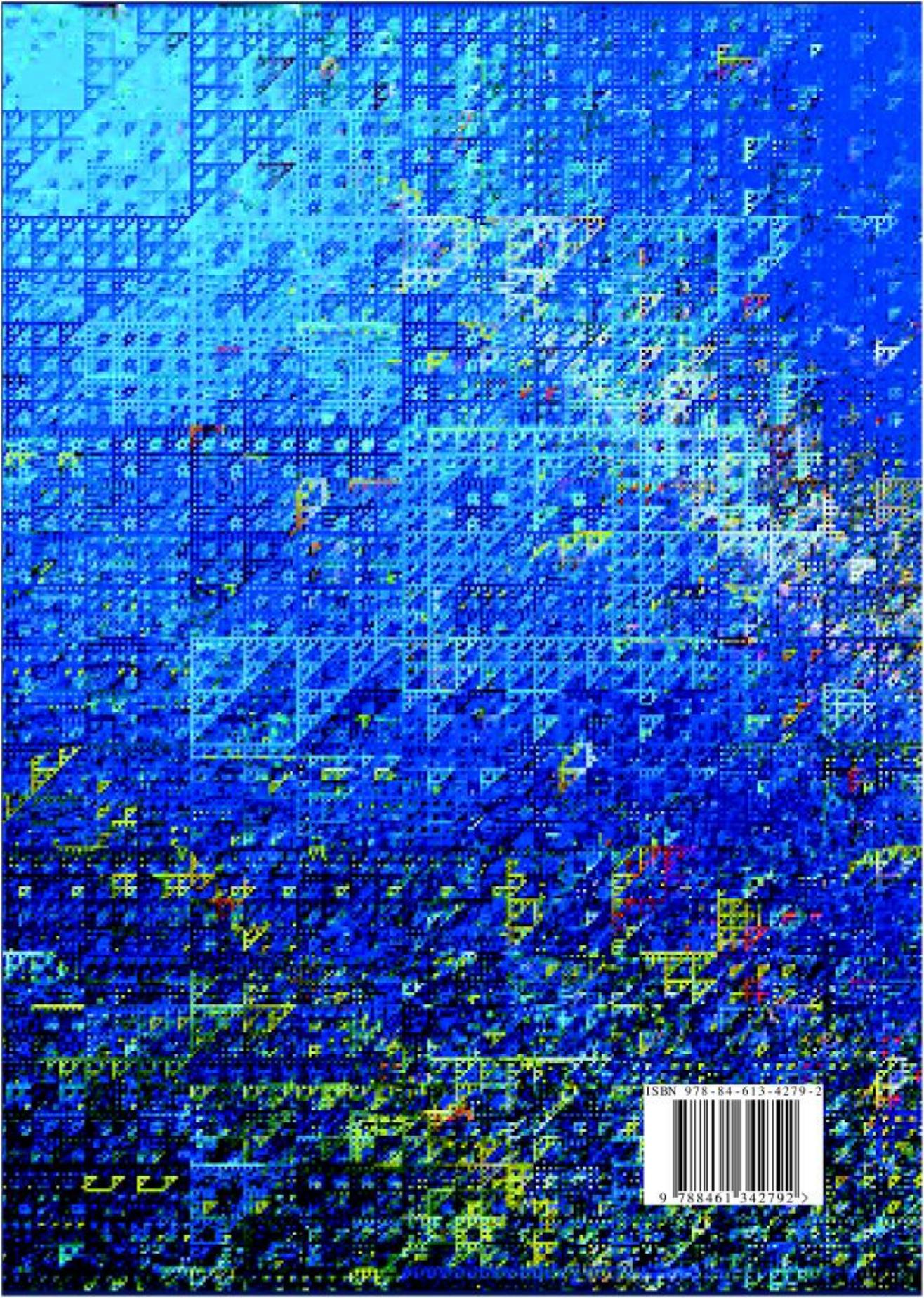
White, C.A. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems. A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Wittstein, I.S. et al. (2005). Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *The New England Journal of Medicine*, 352 (6), 539-548.

Zas-Ros, B. (2001) *Prevención En Instituciones De Salud: Una Tarea necesaria Y Poco Recordada*. En [Http://Www.Psicologiacientifica.Com/Bv/Psicologiapdf-144-Prevencion-En-Instituciones-De-Salud-Una-Tarea-Necesaria.Pdf](http://www.psicologiacientifica.com/Bv/Psicologiapdf-144-Prevencion-En-Instituciones-De-Salud-Una-Tarea-Necesaria.Pdf). Consultado Mayo 12 De 2008.

Zas-Ros, B., Carbonell, M., Rial, N. y Grau, J. (1995). El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 1, 9-24.

Zigmond, A. S. y Snaith, R.P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, pags. 361-370.



ISBN 978-84-613-4279-2



9 788461 342792 >