

ANUARIO

**PSICOLOXÍA CLÍNICA
DA SAÚDE
EN GALICIA**

Tratamento dos transtornos
somatomorfos desde a terapia
familiar breve

José Luis Rodríguez-Arias
Marta Real

O traballo do psicólogo clínico
de enlace coa doenza crónica

José Eduardo Rodríguez Otero
Gonzalo Martínez Sande

Programa de avaliación
neuropsicolóxica do H. de Oza –
Complejo Hospitalario da Coruña

Javier Sardiña Agra

Intervencións psicolóxicas
no proceso do transplante

Gonzalo Martínez Sande

Algunhas cuestións psicolóxicas
sobre pacientes queimados

Jorge García Fernández
Elizabeth Sánchez Cao

A verdade soportábel:
Comunicación en coidados paliativos

Irene Esperón Rodríguez

Sobre a psicooncoloxía

Jorge García Fernández

Unidades da Dor:
Son posíbeis sen Psicólogos Clínicos?

Manuel Castro Bouzas

Consello Editorial

Mercedes Castro Bal, Presidenta
M^a Pilar Millán Cerqueiro, Vicepresidenta
Xavier Sardiña Agra, Secretario
Manuel Castro Bouzas, Tesoureiro

Vogais:

Yolanda Castro Casanova
Rosa Cerqueiro Landín
Dolores González Cabaleiro
José Javier González Hermida
Delia Guitián Rodríguez

Consello de Redacción

Gonzalo Martínez Sande, Director
Rosa Cerqueiro Landín
Marisol Filgueira Bouza
Delia Guitián Rodríguez
Manuel Santiago Lopo Lago
José Antonio Muñiz Torrado
Rosa Rey Pousada
José Luís Rodríguez-Arias Palomo

EDITA:

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo - 15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534 049
Fax: 981 534983
www.copgalicia.es
copgalicia@cop.es

REDACCIÓN E ADMINISTRACIÓN

Eva Blanco Ferreira
Mónica Figueira Rial
Raquel Martínez Mosquera
M^a Teresa Santamónica Fernández

TRADUCCIÓN E SUPERVISIÓN LINGÜÍSTICA

María Gómez Díaz

DESEÑO GRÁFICO: uqui lllll cebra

ISSN: 1889-1187

Depósito Legal: C-2.634-2005

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións vertidas nos artigos publicados. As opinións expresadas no Editorial son responsabilidade do Consello Editorial.

PSICOLOXÍA **CLÍNICA**



ANUARIO

PSICOLOXÍA CLÍNICA
DA SAÚDE
EN GALICIA

PSICOLOXÍA CLÍNICA DA SAÚDE EN GALICIA

Presentación 7

Tratamento dos transtornos somatomorfos
desde a terapia familiar breve 9
José Luis Rodríguez-Arias
Marta Real

O traballo do psicólogo clínico 35
de enlace coa doenza crónica
José Eduardo Rodríguez Otero
Gonzalo Martínez Sande

Programa de avaliación 51
neuropsicolóxica do H. de Oza
– Complexo Hospitalario da Coruña
Javier Sardiña Agra

Intervencións psicolóxicas 67
no proceso do transplante
Gonzalo Martínez Sande

Algunhas cuestións psicolóxicas 89
sobre pacientes queimados
Jorge García Fernández
Elizabeth Sánchez Cao

A verdade soportábel: Comunicación 103
en coidados paliativos
Irene Esperón Rodríguez

Sobre a psicooncoloxía 113
Jorge García Fernández

Unidades da Dor: Son posíbeis 123
sen Psicólogos Clínicos?
Manuel Castro Bouzas



Presentación

A boa noticia que representou para o noso colectivo profesional a ampliación do Programa PIR cun cuarto ano, estruturando de maneira explícita etapas da traxectoria formativa por ámbitos tales como o traballo de enlace, a psicooncoloxía, a atención primaria ou a neuropsicoloxía, colocou baixo os focos o traballo que viñan desenvolvendo os psicólogos clínicos en tales marcos.

As diversas contribucións recollidas neste número sinalan a relevancia do traballo que os psicólogos clínicos desenvolven neses lugares.

Só cabe dar as grazas aos compañeiros que tan xenerosamente dedicaron tempo e empeño para conseguir este número que agora tedes no voso poder.

Esperamos que vos sexa de utilidade, no interese de incrementar a riqueza e complexidade da reflexión que os psicólogos clínicos habemos de realizar acerca da nosa propia práctica.

Tratamento dos transtornos somatomorfos desde a terapia familiar breve



José Luis Rodríguez-Arias

Dr. en Psicoloxía

Marta Real

Médico especialista en Medicina Familiar

Uns exemplos

Diana ten 34 anos, está casada e ten dúas fillas de 13 e 10 anos. Traballa nun comercio de zapatos da súa propiedade e o seu marido nunha oficina bancaria. Acode á consulta de Psicoloxía derivada polo seu médico de cabeceira por “humor ansioso-depresivo, tristeza, apatía e intranquilidade desde fai aproximadamente tres meses.” Cando Diana chega por primeira vez á consulta quíxase de que pensa que ten cancro. Esta idea obsesiónaa de tal forma que busca continuamente diferentes vultos polo colo, axilas, peito e calquera outra parte do corpo que a ela se lle poida ocorrer. O resultado destas autoexploracións é incerto e ela esfórzase en convencerse a si mesma de que non ten nada. Consultou con diferentes médicos, os cales insistiron en que é unha muller sá e que non hai razóns para preocuparse. Cando se encontra mal, recibe da súa familia o apoio que precisa, en particular do seu marido e fillas que a substitúen nos seus quefaceres e se esforzan en convencela de que neste momento

non hai razóns para preocuparse. Tamén informa que hai algúns días nos que está algo mellor. Estes días non pasa tanto tempo na cama, vai traballar e está con máis ánimos. Estes días e as noites, cando xa se vai á cama son os momentos nos que está máis tranquila e menos preocupada pola posibilidade de ter un cancro. Porén, o peor momento acostuma ser cando está no seu comercio polas tardes: é unha hora na que ten pouco traballo e, aínda que se distrae cosendo, a miúdo asáltaa a idea de ter cancro e ten que ir ao aseo para, diante do espello, revisar se pode descubrir algún vulto. Pensa que cando xa estea ben estará máis alegre, non buscará vultos por todo o corpo e non se meterá na cama fóra das horas de durmir.

Desde un punto de vista interpersoal, tanto os diferentes profesionais consultados, como os familiares de Diana, intentaron solucionar o problema –*Soluciones Intentadas*– por medio dunha estratexia común “A confirmación das sospeitas do acusador mediante a autodefensa” (Fisch R., Weaklan J. H. e Segal L., 1984, pp. 176-179). Diana, engade outra solución “O esforzo deliberado en provocar algo que só pode ocorrer de maneira espontánea” (Fisch R., Weaklan J. H. e Segal L., 1984, pp. 149-156), ao esforzarse en convencerse a si mesma e pensar que non acontece nada. Así mesmo describe como *excepcións* o feito de facer o seu traballo habitual en vez de meterse na cama, excepción que se relaciona e coincide con parte dos seus *obxectivos*. Ofrecense desta maneira tres liñas alternativas de abordaxe da queixa plantexada pola paciente:

1. Abordaxe interpersoal através do quinto denominador común ás solucións intentadas: “A confirmación das sospeitas do acusador mediante a autodefensa”.
2. Abordaxe persoal através do primeiro denominador común ás solucións intentadas: “O intento de forzar algo que só pode acontecer espontaneamente”.
3. Abordaxe através das excepcións deliberadas e relacionadas cos obxectivos.

Na intervención da primeira sesión o terapeuta *valora positivamente* que a paciente sexa capaz de levar unha vida normal de traballo a pesar de estar mal e a calidade do apoio que recibe da súa familia e *prescribe* que vaia traballar e que cando estea na súa tenda e teña tempo libre –momento en que a asaltaba a idea de ter un cancro de maneira especialmente intensa– se dedique a coser e a pensar na posibilidade de ter un cancro e que, se o desexa, se levante cada certo tempo e vaia á procura dalgún vulto diante do espello, como acostuma facer.

Quince días máis tarde acude de novo á consulta e di estar menos obsesionada coa idea de ter cancro; non buscou vultos e cando se plantexaba a posi-

bilidade de pensar de propósito na idea de ter un cancro resultáballe imposible. Porén, estivo máis nerviosa e cunha especie de tremor nas mans que ela interpreta como signo do nerviosismo. *Eloxia* a mellora e as súas boas relacións familiares e propónselle un progreso por partes: primeiro vai mellorar o control do pensamento –prescrición de síntoma– e despois xa mellorará a súa inquietude que, ao ser algo externo, polo momento vai continuar igual.

Logo dun novo intervalo de quince días acude á terceira sesión e informa que xa non está obsesionada pola idea de ter cancro, nin busca vultos. No entanto, continúan a molesta os tremores nas mans que, segundo di, se dan cando “se acelera”. Dedícase a sesión a previr recaída e plantéxaselle que, de forma intencional, pase de tranquilizarse a preocuparse e viceversa sobre o asunto dos vultos. O tremor *redefínese* como signo de inquietude e aprobeitase que Diana practica natación tres veces por semana para, facendo un paralelismo formal coa instrución anterior, propórllle que nade un largo máis de presa e outro máis de vagar.

Un mes máis tarde acude á cuarta sesión. Continúa a dicir que está máis tranquila e que xa non se preocupa de buscar vultos, nin de se vai ter cancro ou non. Fai as súas tarefas máis tranquila e comenta que está desexando que o médico lle indique que deixe de tomar a medicación para probar a ver se se encontra ben. *Atribúese* a responsabilidade dos cambios aos diferentes comportamentos e actitudes que desenvolveu a propia paciente e prescríbese recaída.

Nos catro seguintes meses tiveron lugar dúas novas consultas nas que a paciente manifestou continuar cunha melloría estábel en canto ía progresivamente diminuindo as doses do tratamento farmacolóxico que estaba tomando desde antes do inicio do tratamento psicoterapéutico. Estas dúas sesións aprobeitáronse para ir facendo atribucións de control interno. No seguimento telefónico, dous anos despois da última consulta, a paciente informa que se mantiña despreocupada a respecto da posibilidade de ter cancro e que facía a súa vida familiar e laboral con toda normalidade.

Paula ten 36 anos, é solteira, filla de nai solteira, vive soa e traballa ocasionalmente en empregos estacionais. Segundo o xinecólogo que a derivou á Consulta de Psicoloxía, o recente falecemento de súa nai foi motivo suficiente para agravar un “cadro pluripatolóxico”, que dá pé á paciente para consultar con múltiples especialistas, quen de forma unánime cualifican “o cadro” de funcional¹.

¹ Cando as persoas son tratadas como “cadros” é difícil esperar que muden.

Paula conta que diariamente ao se levantar, ten unhas décimas de febre que, segundo manifesta, son reflexo dalgunha infección en curso, que os especialistas médicos non acertan a diagnosticar porque, en vez de facerlle caso, dedícanse a convencela da funcionalidade do seu malestar. Conta, ademais, unha historia chea de experiencias desagradábeis: lembranzas de infancia que describe coma se dun calvario se tratase, relacións de parella que nunca chegaron a prosperar a pesar do seu empeño, ou precisamente por iso e por último, unha relación sexual forzada, cuxo resultado foi unha doenza de transmisión sexual á que ela atribúe, como efecto residual, as décimas de febre que presenta todas as mañás.

En vez de seguir os plantexamentos habituais da Terapia Familiar Breve –aceptar a súa definición do problema e buscar solucións para o mesmo–, o terapeuta reproduciu inadvertidamente o mesmo esquema relacional que os especialistas médicos que tiñan tratado previamente a paciente, dedicando grande parte da sesión a discutir con ela se non sería mellor idea esquecerse das “súas décimas de febre” e traballar para desligarse das súas múltiples experiencias traumáticas e resolver a súa vida segundo as súas preferencias. Este foi o obxectivo proposto polo terapeuta e non aceptado por ela; quen á súa vez quería recobrar a saúde, é dicir, non ter esas malditas décimas de febre ao se levantar; obxectivo que non foi aceptado polo terapeuta, por tratarse dun obxectivo somático, supostamente fóra do alcance da abordaxe psicoterapéutica. Nesta primeira sesión non se chegou a definir ningunha excepción; porén, si houbo tempo para que a paciente expuxera de que maneira as décimas de febre xustifican o cansazo físico e a falta de ánimos para facer as súas cousas.

O terapeuta, consciente das dificultades na definición dos obxectivos, recoñeceu a importancia das súas diferentes experiencias e dificultades que tivo na vida e solicitou que a paciente trouxese por escrito na próxima sesión como será a súa vida unha vez que todo isto pase.

Paula escribiu: “O que me gustaría que a miña vida fora: esquecer todo o desagradábel dun pasado. Comezar de cero unha vida diferente, sentir que alguén me admirase, sentirme orgullosa desa persoa que estivera ao meu lado; sentirme segura de min mesma; non ter tantos altos e baixos de carácter; ter un fogar e uns fillos; sentirme querida. Eu non sei si tal vez todo isto será demasiado. Oxalá algún día sexa verdade! Mais ante todo *quero recuperar a saúde que non teño.*”

Desatendendo de novo esta formulación do problema que fai a paciente, o terapeuta entrégase de novo a un traballo con obxectivos feito de maneira incorrecta e reproducindo un patrón tipo que encaixaría co “intento de chegar

a un acordo mediante oposición” (Fisch R., Weaklan J. H. e Segal L., 1984, pp. 160-173). O resultado desta escalada simétrica foi estéril e acaba a sesión cunha tarefa de predición².

Acude á terceira sesión co rexistro de predición feito e en observacións engade o seguinte texto: “Eu non son médico, pero polo que coñezo o meu corpo, polo malestar que teño, o frío constante e as décimas que case todos os días están aí, creo que o que teño é orgánico, pero lentamente estame destruíndo e deixándome psicoloxicamente afundida. Eu non entendo como non me localizan de onde me veñen as décimas. Intentarei seguir adiante e loitar até onde as forzas me cheguen para que poida un día saber de onde veñen e con tratamento poida volver ser feliz, xa que a miña vida ás veces penso que non sei que final terá. Oxalá todo isto quede algún día nun pesadelo!”

Esta terceira sesión volve ser un calco da anterior, terapeuta e paciente entréganse a unha nova escalada simétrica sobre a etiloxía psicolóxica ou orgánica das décimas de todas as mañás, para concluír de mutuo acordo que había que descartar a etiloxía orgánica das décimas de febre como prerequisite á abordaxe psicoterapéutica. Chégase así, ao punto de partida.

Coa perspectiva que ofrece a distancia temporal, pódese observar que o terapeuta reproduciu inadvertidamente o patrón relacional dos profesionais médicos precedentes, que xa demostrara sobradamente a súa esterilidade; que non soubo escoitar os seus obxectivos, que se empeñou en imporlle os que a el lle pareceron razoábeis desatendendo a máxima “o cliente sempre ten razón, o paciente tamén.” (Fontecilla G., González M., Ramos M. M. e Rodríguez-Arias J. L.; 1996) O resultado foi un fracaso terapéutico en apenas tres sesións.

En Terapia Familiar Breve, os fracasos teñen que ver con problemas na relación terapéutica –substitúese a confianza, pola competencia ou a suspicacia–, problemas no desenvolvemento dos roles –o terapeuta métese a decidir na vida dos pacientes ou estes entremétense na natureza e a forma do tratamento que están recibindo– e problemas nas solucións que se aplican –os terapeutas non están inmunes a “máis do mesmo” (Watzalwick P., Weaklan J. H. e Fisch R., 1985)–.

² A tarefa de predición consiste en que a persoa prediga a noite anterior o que vai acontecer no día a seguir respecto dalgún tema. Neste caso pedíuselle que predicese se no día seguinte tería febre ou non.

Unha investigación

Con frecuencia dise que á consulta de atención primaria acoden cinco veces máis pacientes queixados de trastornos somatomorfos dos que se poden derivar. Por ese motivo pareceunos oportuno plantexar unha investigación para ver as posibilidades de aplicación da Terapia Familiar Breve para a abordaxe destes trastornos na consulta de atención primaria, co pensamento de que os resultados serían extrapolábeis a calquera outro contexto no que se quixera aplicar esta metodoloxía de abordaxe psicoterapéutica.

Contando cunha bolsa do Fondo de Investigación Sanitaria, o primeiro paso foi solicitar a colaboración de todos os médicos do Centro de Saúde de Cazoña –Santander capital– e explicarlles o obxecto da investigación. Accederon a participar sete dos oito médicos que formaban a planta de facultativos do citado centro no momento da investigación. A todos eles explicóuselles os criterios de inclusión e exclusión (ver táboa 1) e pedíuselles que cada vez que un paciente cumprise criterios, solicitasen o seu consentimento para participar na investigación. Se acedía, tiñan que elixir un dos sobres pechados que se lles proporcionara e nos que se definía se dito paciente pasaba a formar parte do grupo experimental ou do grupo de control.

A condición experimental consistía en aplicarlles un cuestionario inicial (ver cadro 1) e envialos á consulta programada da médica encargada de aplicar o tratamento, onde eran citados no prazo dun a cinco días e onde se realizaba unha abordaxe desde a Terapia Familiar Breve sen introducir, por iniciativa propia, ningún cambio na medicación que estivese a tomar o paciente.

A condición control supuña a aplicación do cuestionario inicial e a continuación do tratamento co seu médico de cabeceira segundo o seu criterio, tal e como viña facendo até ese momento.

TÁBOA 1. Criterios de inclusión e exclusión de pacientes na mostra.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ter entre 14 e 75 anos	Ter algunha patoloxía orgánica
Sintomatoloxía somatoforme segundo DSM-IV	Estar en tratamento na súa U.S.M.
Máis dun ano de evolución sen mellora	Poboación xeograficamente inestábel
Responder o cuestionario inicial	Dificultade para comunicarse adecuadamente

CADRO I. Cuestionario inicial.

Nome: _____ PI _____

Nº sesión _____ Data _____ Nº Hª: _____ Acomp. _____

INSTRUCCIÓN: A continuación encontrará unha serie de afirmacións relacionadas con algúns aspectos da súa vida. Lea cada frase e rodee cun círculo na columna da dereita o número que mellor represente o grao en que se identifica, ou está de acordo, con cada afirmación; desde o “1” (Non está nada de acordo coa afirmación) até “9” (A afirmación reflexa á perfección a súa forma de ver as cousas). Por favor, responda a todas as frases. Non deixe ningunha sen resposta.

	Nada de acordo NON					Moi de acordo SI				
Mantenme preocupado todo o día.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me permite realizar as miñas actividades normais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Empeorou as miñas relacións con outras persoas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Obrígame a pasar na casa máis tempo do que quixera.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Fai que estea irritado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Penso que se trata dunha doenza grave.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me deixa durmir.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Non me deixa desfrutar do que me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Tomáronse datos sobre variábeis sociodemográficas –idade, sexo, estado civil, nivel educativo e actividade laboral–, variábeis clínicas –subtipo de diagnóstico e antigüidade da demanda– e variábeis indicadoras do gasto sanitario –consultas co Equipo de Atención Primaria (E.A.P.), interconsultas, visitas ao Servizo de Urgencias, probas complementarias, días de Incapacidade Laboral Transitoria (I.L.T.) e medicación consumida–. Para estas últimas variábeis tivéronse en conta os seis meses anteriores ao inicio do tratamento con Terapia Familiar Breve e os seis meses posteriores á terminación do tratamento.

Procedendo así, o grupo experimental estaba composto por 18 pacientes, cinco varóns (27,7%) e 13 mulleres (72,2%); catro solteiros (22,2%), 13 casados (72,2%) e un viúvo (5,5%); con 47,8 anos de media –D.T. = 13,8–; catro cursaran estudos universitarios (22,2%), tres bacharelato elemental (16,6%), dez saben ler e escribir (55,5%) e un declárase analfabeto (5,5%); sete eran traballadores en activo (38,8%), cinco amas de casa (27,7%), tres en I.L.T. (16,6%), un no paro (5,5%), un pensionista (5,5%) e un estudante (5,5%).

O grupo de control quedou conformado por 16 pacientes, 5 varóns (31,2%) e 11 mulleres (68,7%); 6 solteiros (37,5%), 9 casados (56,2%) e 1 viúvo (6,2%); cunha idade media de 45,56 anos $-D.T. = 14,29-$; 1 con estudos universitarios (6,2%), 6 con bacharelato elemental (37,5%), 1 con bacharelato superior (6,2%), 8 saben ler e escribir (50%); 4 están en activo (25%), 8 son amas de casa (50%), 3 en paro (18,7%), 1 pensionista (6,2%). Non hai neste grupo ningún estudante e ninguén está en I.L.T.

Nestes grupos practicáronse tres avaliacións diferentes. Primeira: analizouse o resultado terapéutico na última sesión e cun seguimento de seis meses, segundo os criterios habituais para a análise de resultados (Rodríguez-Arias J. L. e cols., 1997). Segunda: comparáronse as respostas co cuestionario de autoinforme que se aplicou no momento de incluír a cada paciente na investigación e no seguimento. E terceira: comparouse a evolución do gasto sanitario ocasionado seis meses antes da inclusión e seis despois da finalización do tratamento de cada paciente do grupo experimental e control.

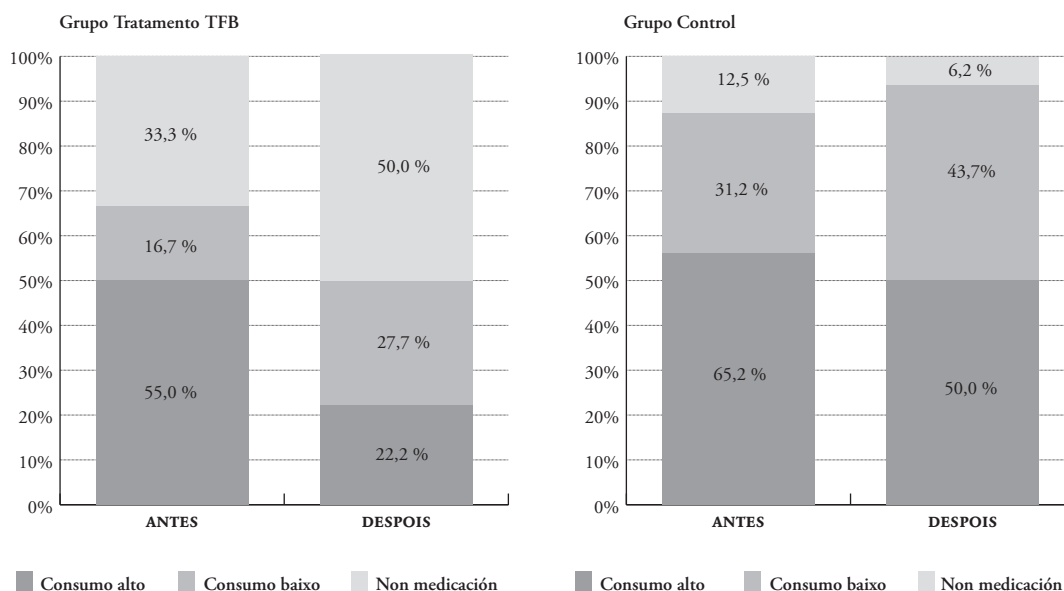
En canto ao resultado terapéutico, do que só ten sentido falar no grupo experimental, foi de abandono en dous casos (11%); dos que continuaron o tratamento, observadores independentes consideraron que once (68,7%) satisfacían criterios de éxito e os cinco restantes (31%) fracaso. Cando se contactou cos pacientes seis meses máis tarde para facer o seguimento, ningún caso considerado de éxito informou de recaída e os dous casos de abandono foron considerados fracaso, polo que neste momento final da avaliación once casos (61%) resultaron exitosos e sete casos (39%) fracasaron. Comparándoos con outros estudos realizados con esta mesma metodoloxía sobre tratamentos psicoterapéuticos guiados polo mesmo modelo de tratamento, pódense considerar similares (Fontecilla G., Ramos M. M. e Rodríguez-Arias J. L., 1993; Rodríguez-Arias J. L. e cols. 1997 e 2000; González M. e cols. 1998). Desde este enfoque psicoterapéutico non sorprende que non haxa ningunha recaída aos seis meses da finalización do tratamento e, tal vez, a diferenza máis relevante é que noutros estudos se informa que a metade, aproximadamente, dos casos de abandono poden considerarse éxito no seguimento, polo que os resultados en seguimento deste estudo son lixeiramente inferiores, cousa que se pode explicar por haber admitido a estudo unicamente aqueles pacientes somatomorfos cos que non se conseguiran avances no médico de cabeceira durante, ao menos, un ano de tratamento.

Para analizar as respostas ao cuestionario (ver cadro 1) consideráronse en grupos separados os pacientes tratados con éxito e os casos fracasados. No momento de iniciar o tratamento estes dous grupos non diferían entre si (Media = 4,4 e 5,6 respectivamente), nin tampouco do grupo de control (media

= 4,6) en canto á puntuación media das respostas aos ítems do cuestionario. No seguimento, o grupo de tratamento exitoso reduciu significativamente a media das puntuacións (Media = 2,3), mentres que os grupos de tratamento fracasado e control tiñan unha puntuación media similar á tomada no cuestionario inicial (media = 5,7 e 4,1 respectivamente). Como resultado deste diferente comportamento dos grupos, os pacientes do grupo de tratamento exitoso tiveron unha puntuación media inferior (nivel de significación <.05) aos outros dous grupos. Estes resultados indican que os pacientes do grupo de tratamento exitoso están menos preocupados e a sintomatoloxía somatoforme afecta menos as súas vidas no momento do seguimento, do que ao iniciar o tratamento; e que os pacientes dos outros dous grupos están máis preocupados e vense máis afectados que os do grupo de tratamento con éxito.

Por último e para contrastar a evolución do gasto sanitario, comprobouse que ámbolos grupos, experimental e control, eran iguais en todas as variábeis consideradas na medida pre-experimental, que ten en conta os seis meses anteriores ao inicio do estudo. Na medida post-experimental, que considera os seis meses seguintes á finalización do estudo, os grupos diferéncianse en dúas variábeis: o consumo de fármacos e o número de consultas co E.A.P.

FIG. 1. Consumo de medicación durante os seis meses anteriores ao comezo do estudo –“Antes”– e durante os seis meses posteriores –“Despois”– nos Grupos de Tratamento TFB e Control.



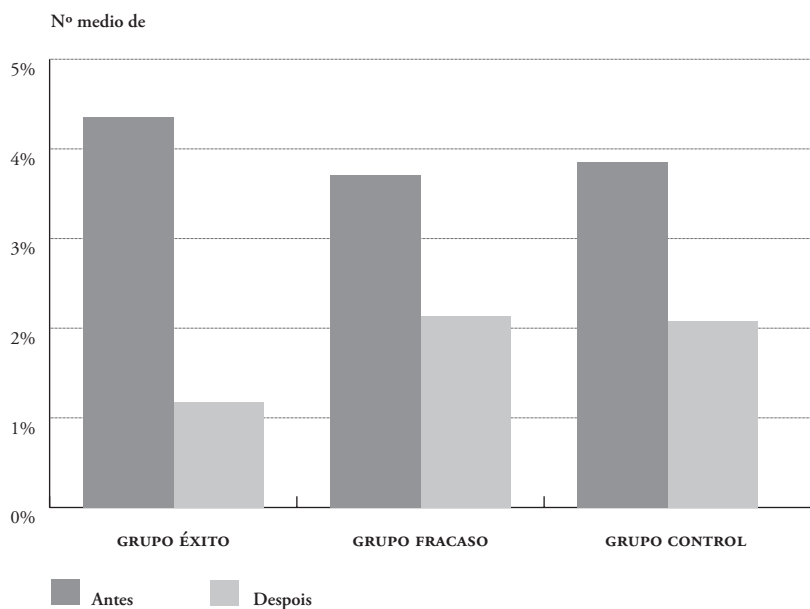
No que se refire á medicación (ver figura 1), o consumo mantívose no grupo control e reduciuse sensibelmente no grupo experimental, pasando neste grupo de pacientes do 50% cun consumo alto –máis de catro fármacos diarios– e 33% cun consumo baixo –menos de catro fármacos diarios–, a 22% consumo alto e 50% consumo baixo.

Tampouco se puideron observar diferenzas na cantidade de consultas realizadas ao E.A.P. –ao médico de cabeceira– na medida pre-experimental (ver figura 2). Na medida post-experimental, o grupo de tratamento con éxito diminuíra significativamente o número de consultas, mentres que os grupos de tratamento fracasado e de control a súa diminución non resulta estatisticamente significativa.

Algúns estratexias psicoterapéuticas

Para ser exactos, a Terapia Familiar Breve non utiliza estratexias terapéuticas diferentes segundo os tipos de queixa. Polo tanto, as seguintes páxinas pódense resumir nunha soa idea: Na abordaxe psicoterapéutica dos transtornos somatomorfos aplícanse as mesmas estratexias que para o tratamento de calquera outra queixa.

FIG. 2. Número de consultas ao Equipo de Atención Primaria durante os seis meses anteriores ao comezo do estudo –“Antes”– e durante os seis meses posteriores –“Despois”–.



Da mesma forma que noutro tipo de casos, o psicoterapeuta acepta a formulación da queixa que fai o paciente³ (*Receita 1*) como unha expresión do seu punto de vista e apresúrase a confirmalo, como unha forma de demostrar que o comprende e acepta a súa queixa, para recibir en reciprocidade a confianza e a autoridade terapéutica, sen as que o traballo se torna complicado e, por veces, estéril.

Unha vez que o psicoterapeuta se preocupou de comezar a desenvolver a relación terapéutica, dirixe a súa atención cara a definición dos obxectivos terapéuticos. Coma en calquera outro tipo de queixa os obxectivos defínenos os pacientes (Fontecilla G., González M., Ramos M. e Rodríguez-Arias J. L., 1996) e é misión do psicoterapeuta axudalos a marcarse uns obxectivos viábeis e, se for posíbel, incluso fáciles de acadar (*Receita 2*).

O terceiro paso do tratamento psicoterapéutico con Terapia Familiar Breve e con independencia do motivo de consulta, é intervir sobre as “solucións intentadas”. Cando as persoas acoden á consulta dun psicoterapeuta, levan un tempo –para eles demasiado longo– tratando de conseguir os obxectivos que se propoñen sen acadalos. Xeralmente, eles pensan que propuxeron todos os medios á súa disposición para lograr os seus obxectivos e resolver a súa queixa; mais todos estes esforzos resultaron infructuosos e comezan a sentirse desanimados e sen esperanzas de conseguir as súas metas. Estes esforzos de solución pertencen non só ao paciente, senón tamén aos seus familiares e aos tratamentos previos que non resolven o problema.

O psicoterapeuta interésase por todos os intentos de solución, con independencia de quen sexa quen os promove. Desde o punto de vista da Terapia Familiar Breve, é a súa tarefa intervir, “facer algo”, para que o paciente e/ou os seus familiares modifiquen estas tentativas estériles de solución. Para iso dispónse de dúas liñas terapéuticas alternativas: 1ª) Fixarse no que fan que os achega aos seus obxectivos –excepcións– e conseguir que amplíen estas accións e 2ª) Lograr que os pacientes muden a súa “forma de solución” característica.

³ En Terapia Familiar Breve acostuma reservarse o termo “paciente” para a persoa aqueixada, o “depositario” da queixa; o termo “cliente” refírese aos que fan unha demanda de tratamento. Hai algunhas persoas que son pacientes e clientes á vez, pero noutras ocasións o paciente non fai demanda de tratamento e, polo tanto, non é cliente, de igual maneira –e isto é moi común en Terapia Familiar– que non todos os que fan demanda –“clientes”– son tamén pacientes. Nesta última categoría entran todos os familiares acompañantes do paciente somatomorfo. Á marxe desta precisión terminolóxica e en aras á simplicidade, neste artigo utilízase o termo “paciente” como xenérico, para referirse a calquera persoa que acude á consulta e con independencia de que sexa o doente, o familiar, o que faga demanda ou o que se queixe.

Traballar co que os achega aos seus obxectivos

Para dirixir a conversación cara as excepcións o psicoterapeuta interésase polos momentos –días, momentos ou temporadas– en que o paciente se encontra mellor, con menos molestias ou até completamente ben. Tanto se os pacientes e/ou familiares informan dunha melloría completa durante períodos de tempo relativamente longos, coma se só informan de pequenos momentos nos que experimentan unha mellora limitada e parcial, o psicoterapeuta investiga as explicacións que os pacientes ofrecen para esas melloras, comezando por preguntar que fan neses momentos que lles axuda a estar ben: “Con que relacionas os momentos que estás mellor? Que pasa cando estás mellor? Como aproveitas eses momentos ou eses días?”. Con estas preguntas búscase que os pacientes informen de accións que provocan excepcións á queixa, á vez que fan unha atribución de control interno. Cando non se consegue este tipo de atribución indágase, en segundo lugar, sobre os acontecementos que se asocian coa mellora experimentada, aínda que sexa dunha forma circunstancial e esporádica.

Cando se conseguiron definir excepcións que se poden reproducir de forma voluntaria e que aseguran un achegamento de cara á consecución dos obxectivos terapéuticos, a prescrición de primeira opción é “Fágao máis”. É dicir, indícase ao paciente e/ou familiares que repitan ou amplíen o tempo que dedican a facer aquelas cousas que se definiron como excepcións deliberadas e que se consideraron relacionadas cos obxectivos terapéuticos acordados.

María ten 42 anos e conta que nos últimos catro meses se encontra moi cansada, sen forzas, con frecuentes dores de cabeza medianamente intensos; está comendo peor porque non ten gana e porque di que sente coma un baleiro no estómago que se lle retorce e lle quita a gana; dorme demasiado para o que ela quixería mais levántase coma se non durmise. É ama de casa e, desde entón, realiza as súas tarefas desordenadamente, polo que estas se amontoan, e comeza a estresarse cando se plantexa saír á rúa para dar os paseos que lle gustaba dar ou quedar coas súas amigas “porque me encontro tan fastidiada e con todo tan amontoado que non estou de humor”. Os seus obxectivos son volver levar a vida que levaba antes, que lle resultaba moi agradábel, para o que considera que non está capacitada agora por la falta de forzas, as dores de cabeza e o pouco que come. Tras as probas complementarias pertinentes para descartar un proceso orgánico, comunícaselle que o seu organismo está con capacidade para volver asumir as súas funcións e que se traballa con ela para definir excepcións. Neste sentido comunica que se encontrou mellor os días que leu durante un momento polas mañás, despois do almorzo e antes de realizar as súas tarefas. Refire que se acaba de dar conta de que este hábito o deixara temporalmente ao acabar de ler unha novela “non comencei outra porque

durante uns días houbo moito que facer” e comenta que vai “facer un oco todas as mañás aconteza o que acontecer”. Uns meses despois acude á consulta de atención primaria acompañando o seu fillo; logo de preguntarlle, case non lembra esa mala temporada pasada.

Se as excepcións definidas non se poden repetir de maneira intencional ou non garanten un achegamento aos obxectivos –excepcións aleatorias–, a intervención de elección é a chamada “Tarefa de Predición”. Trátase de que o paciente e/ou algún dos familiares implicados, anticipen cando vai acontecer a excepción. Nos transtornos somatomorfos faise unha adaptación desta tarefa coa seguinte mensaxe: “Até a próxima consulta vas adiviñar e anticipar os momentos nos que te vas encontrar mellor, apuntando cada día cales pensas ti que van ser os momentos mellores, porque se ti sabes que pasa neses momentos é máis fácil que poidas controlar o feito de te encontrar ben”.

As prescricións “Fágao máis” (*Receita 3*) e “Tarefa de Predición” facilitan o cambio de solucións coas que, pacientes e familiares, están abordando a queixa. A primeira porque mentres fan o que activa a excepción, non repiten o que provoca a queixa e a segunda admite variadas explicacións polo que, seguindo a de Shazer, deixamos que sexa o lector quen, despois de experimentar o efecto desta prescrición, aporte a súa.

Nalgúns casos non se consegue que os pacientes informen de excepcións. Se, ademais, non se conseguen precisar uns obxectivos terapéuticos claros, a opción que se recomenda desde a Terapia Familiar Breve é a “Tarefa de Fórmula de Primeira Sesión”, que consiste en dicir ao paciente: “Desde agora e até a próxima vez que nos encontremos gustaríanos [a min gustárame] que observe, de forma que poida describirnos [describirme] a próxima vez o que ocorre no seu / na súa [escolla: familia, vida, matrimonio, relación] que vostede quere que continúe a ocorrer” (de Shazer S., 1986, pp.150) Cos transtornos somatomorfos o texto desta tarefa modifícase para adaptalo á queixa que presentan. Así, díselles: “Até a próxima consulta, repara ben nas sensacións que téns no teu corpo e que queres seguir notando”. O efecto que se pretende con esta intervención é que os pacientes volvan a súa atención cara as sensacións corporais agradábeis, reparen nelas e informen de excepcións na seguinte sesión.

“FÁGAO MÁIS”, “TAREFA DE PREDICIÓN” E “TAREFA DE FÓRMULA”,
SON FORMAS DE INTERVIR ATRAVÉS DAS EXCEPCIÓNS.

Traballar para que muden a “forma de solución” característica

En ocasións o psicoterapeuta intervéñ coa idea de modificar o xuízo subxectivo que o paciente fai sobre o seu malestar. Algúns pensan e compórtanse coma se a dor ou o malestar físico puideran non afectar ao estado de ánimo, ao humor ou ao funcionamento psicológico e esfórzanse en manter este comportamento escindido. Desde o punto de vista da Teoría Xeral dos Sistemas pénsase que o comportamento das persoas é global e o máis pequeno malestar afecta dalgunha maneira ao funcionamento xeral da persoa como totalidade. Esta idea aprobeitase terapéuticamente de diferentes maneiras para conseguir que mude a percepción que o paciente ten do seu malestar e, consecuentemente, modifique as tentativas ineficaces de solución.

Unha circunstancia especial nos casos de pacientes con trastornos somatomorfos é a valoración de “gravidade” da doenza e a “sensación de dor asociada”. A dinámica relacional que se xera entre paciente e terapeuta —ás veces tamén, entre paciente e familiar—, consiste en que aquel quere que os seus familiares, médicos e profesionais que o tratan, comprendan que as dores ou “síntomas” que sente son “de verdade” e para tal esfórzase en queixarse, ás veces, incluso esaxerando un tanto as súas molestias; xa que parece que os demais non perciben ou minimizan a importancia destas. Pola súa parte, familiares e profesionais esfórzanse en tranquilizar o paciente dicíndolle que non é para tanto, que non hai nada grave, que non vai morrer ou que as dores, que di sentir, non se xustifican en función do seu estado orgánico, polo que serán “nervios”. Isto corrobora ao paciente na súa sensación de incompreensión e estímulo para queixarse de forma máis clara e intensa para así conseguir convencer mellor a quen o rodea de que a dor non é só produto da súa imaxinación. As novas queixas son agora cualificadas como infundadas, continuando co círculo vicioso que leva a pacientes, familiares e profesionais, directamente á sensación de “beco sen saída”.

Un primeiro enfoque alternativo desta situación é “**Normalizar**”. Esta é unha potente manobra terapéutica que contribúe por igual a “abrir o campo”, centrando a queixa; e a tranquilizar o paciente e os seus familiares. No caso dos trastornos somatomorfos, trátase de normalizar o malestar ou a dor como unha consecuencia lóxica e esperábel do seu estado orgánico, segundo cal sexa este; e normalizar as diferentes reaccións psicológicas —mal humor, irritabilidade, desánimo, ansiedade, anedonia...—, como reaccións naturais e comúns ao malestar orgánico e á dor.

A segunda posibilidade é “**Establecer diferenzas**”. Por exemplo, “gravidade”, “irreversibilidade” e “dor” non sempre van unidas. Os pacientes e familia-

res acostuman considerar que unha doenza grave é aquela que pon en perigo a vida. Porén, hai doenzas graves que, se non conducen á morte, cúranse e non deixan secuelas. En troca, as doenzas irreversíbeis non necesariamente poñen en perigo a vida de quen as padece, mais non se curan, senón que se tornan crónicas e producen continua ou ciclicamente molestias e/ou limitacións nas actividades diarias do paciente e, en consecuencia, afectan e perturban as familias. Ningún destes dous conceptos, gravidade e irreversibilidade, ten nada que ver coa dor. Evidentemente os profesionais sepáranos claramente, mais non se pode supor que aconteza así cos pacientes e os malos entendidos xorden cando os profesionais supoñen gratuitamente que os pacientes falan a súa mesma linguaxe, entenden as súas informacións e deben, polo tanto, actuar en consecuencia (*Receita 4*).

Unha terceira opción é **“Aumentar a importancia da queixa”**. Cando o psicoterapeuta se refire á queixa que o paciente lle acaba de expor aumentando lixeiramente a súa intensidade, ou os inconvenientes que supón para o desenvolvemento das súas actividades diarias, ou a valoración subxectiva da súa percepción da dor: –“Non sei como podes vivir así”–; provoca un duplo efecto no paciente: por un lado, síntese comprendido e, por outro, vese na obriga de corrixir o matiz esaxerado daquel, para o cal ten que atenuar a importancia da queixa.

Xeralmente, as persoas dan algunha explicación ao que lles pasa. Isto é o que se chama atribución. É dicir, como explica cada quen o que está acontecendo. A importancia das atribucións radica en que as persoas acostuman actuar coherentemente con elas. Se unha dor de cabeza se pensa produto do cansazo, o apropiado será descansar; se se considera signo dun tumor cerebral, acudirase a un profesional para que o valore; ou se se xulga asociado ás dificultades laborais, desenvolverase algún procedemento para resolver tales dificultades. A idea xeral é que **“Unha mudanza na atribución de significado”** dunha queixa, implica unha mudanza nas solucións desenvoltas até o momento.

Esta cuestión ten unha relevancia especial no caso dos transtornos somatomorfos. Moitos dos pacientes que poden encadrarse nesta categoría diagnóstica, fan unha atribución orgánica; porén, só algúns fan algún tipo de asociación con problemas de natureza interpersonal ou psicolóxica. Seguindo esta idea xeral o apropiado desde o punto de vista terapéutico é substituír a explicación biolóxica, por unha psicolóxica e viceversa; as atribucións psicolóxicas substituíranse por outras de carácter máis biolóxico. No entanto, esta idea xeral hai que aplicala con notábeis limitacións.

O primeiro que hai que saber é se a atribución, xa sexa biolóxica ou psicolóxica, foi útil ou non, é dicir, a que solucións levou e cal foi o resultado

destas solucións. Se a atribución está activando excepcións, mantense; se está activando “solucións intentadas ineficaces”, cámbiase.

Se se decide cambiar unha atribución hai que ter en conta o tipo de relación entre paciente e profesional. Se a relación é de cooperación, complementaria, e o profesional dispón de exemplos anteriores nos que este paciente en particular seguiu as súas indicacións, opinións profesionais e consellos, utilizarase a confrontación directa; consistente en formular razoada e coherentemente a atribución que se desexa que o paciente asuma. Se, polo contrario, a relación terapéutica é fundamentalmente de oposición, simétrica ou competitiva e de novo o profesional ten bos exemplos diso, entón terá que utilizar procedementos máis elaborados como cuestionar indirectamente a atribución do paciente –“Como explicas ti que esta dor sexa o resultado dos teus problemas laborais?”–, provocar que continúe o seu razoamento até que a explicación fracase –“Ben, a dor de cabeza é froito do cansazo” Pasarache cando descanses? E se a pesar de descansar a dor continúa? Algunha vez traballache moito e non che doe a cabeza?... –incluso chegar a afirmar a atribución que quere que o paciente rexeite –“Sería posíbel ou até probábel que esta dor fose signo dun tumor cerebral que, polo momento, non é obxectivábel coas probas que coñecemos...”–. Neste último caso, a teoría informa que a probabilidade de que o paciente manteña a súa relación de oposición e rexeite esta atribución do profesional é alta; a práctica clínica dos autores, corrobóralo. A dificultade destes plantexamentos estratéxicos estriba na correcta valoración das relacións que o profesional mantén cos pacientes; mais as dificultades dilúense se o profesional sabe atender aos aspectos interpersoais e concede ás variábeis intrapsíquicas un valor secundario na explicación do comportamento das persoas.

Desde o punto de vista do Construtivismo Radical (Foester H. v., 1991) as explicacións son “inventadas” polas persoas xa que, ao sumo, son conexións entre feitos, mais nunca poden chegar a ser consideradas feitos como tal. Por un lado hai un “feito” –subxectivo e que só o pode experimentar unha persoa, pero feito ao fin e ao cabo– “a dor de cabeza”; por outro lado hai outros “feitos” como son os traballos realizados, o posíbel tumor cerebral, ou as discusións e debates laborais”. Porén a conexión entre calquera destes tres eventos a dor de cabeza é algo que só está na cabeza de quen así o pensa. O feito de que moitas persoas poidan estar de acordo nunha determinada explicación só significa que esta explicación está en moitas cabezas e que, polo tanto, conta cun amplo consenso; mais non por iso pasa a ser un “feito”.

E como as explicacións non son feitos, calquera que sexa a atribución que se formule será necesariamente provisional e manterase mentres contribúa a que os pacientes se aproximen ás súas metas ou obxectivos terapéuticos e des-

botarase en canto deixe de ser útil para este fin. Polo mesmo motivo o profesional é libre para unir acontecementos – “Ás veces ‘os nervios’ poden xogarche unha mala pasada e esas discusións poden darche unha boa dor de cabeza” – ou separalos – “Unha cousa é que che doa a barriga e outra é que a túa sogra che faga a vida imposíbel. Que prefires tratar e cal primeiro?” – segundo a estratexia terapéutica elixida e segundo os resultados que vaia dando. Por este motivo en Terapia Familiar Breve considérase unha opción, non unha necesidade, tratar os problemas familiares, laborais ou sociais que, en ocasións os pacientes ou outros profesionais que previamente interviron no caso, consideran relacionados co malestar orgánico.

En ocasións ocorre que, con independencia da explicación que se formule, hai algún procedemento que mellora a queixa. No exemplo, un analxésico pode atenuar a dor de cabeza sexa cal for a explicación “correcta” en cada caso. Desde o punto de vista da Terapia Familiar Breve, estas son intervencións de primeira opción porque acurtan o tratamento ao aforrar o tempo que leva a procura de explicacións etiolóxicas.

“NORMALIZAR”, “ESTABLECER DIFERENZAS”, “AUMENTAR A IMPORTANCIA DA QUEIXA” E “CAMBIAR A ATRIBUCIÓN DE SIGNIFICADO” SON CATRO FORMAS DE FACILITAR O CAMBIO NAS “SOLUCIÓN INTENTADAS”, ATRAVÉS DO CAMBIO NAS COGNICIÓNS, FORMAS DE PENSAR OU PUNTOS DE VISTA DOS PACIENTES E/OU FAMILIARES.

Outra forma de cambiar os esforzos ineficaces de solución é conseguir que cesen estes. Ás veces, os pacientes non dispoñen dunha boa alternativa de solución e os terapeutas tampouco, pero uns e outros si teñen a certeza de que co feito até aquí non se conseguiu nada. Por iso, suspender as solucións ineficaces, deixar de facer o que non serve, pode ser unha boa idea que facilite aos pacientes achegarse ás súas metas (*Receita 3*). Tamén aquí se dispón dalgunhas alternativas.

“Prescripción de non cambio”. A idea que o psicoterapeuta transmite é que non sempre hai que loitar e esforzarse para estar mellor; en ocasións o benestar desenvólvese só (*Receita 5*). Esta idea é particularmente útil no caso dos transtornos somatomorfos, porque a maior parte destes pacientes están convencidos de que os seus problemas son orgánicos e a solución depende dalgunha acción dun médico, dun fármaco, ou de ámbolos. Neste sentido, o

psicoterapeuta pode dicirlles que se pon mans á obra para encontrar algunha forma útil e eficaz para que eles melloren e que, entre tanto, non fai falta que eles fagan nada para conseguir estar mellor.

Un procedemento máis refinado para conseguir este mesmo efecto é falar dos “**Perigos dunha mellora**” (Fisch R., Weaklan J. H. e Segal L., 1984, pp. 183-187). Plantéxase aos pacientes que en ocasións mellorar pode ter algúns inconvenientes e que convén anticipalos como paso previo á resolución do problema, para evitar a desagradábel sorpresa de encontrarse con efectos non desexados tras a consecución do seu propósito. É evidente que este plantexamento non é necesario, nin encaixa en tódolos casos. A súa aplicación é especialmente eficaz con pacientes que non melloraron con outras alternativas de tratamento, cos que se opuxeron ás formulacións terapéuticas do profesional e cos chamados “rentistas”, que pretenden aproveitar os seus síntomas para obter vantaxes de índole económica, laboral ou social; porque dunha forma benévola, non crítica e tolerante, se poñen sobre o tapete posíbeis pretensións non confesadas, co que se ten a posibilidade de controlalas e acordar co paciente saídas alternativas.

Unha poderosa manobra e de aplicación a un amplo elenco de situacións clínicas é a “**Estratexia de calma**” (Fisch R., Weaklan J. H. e Segal L., 1984, pp. 180-183). Consiste en comunicar ao paciente que non se apresure, que os cambios máis estábeis son aqueles que se conseguen aos poucos, ou que se chega máis lonxe cando se avanza con pasos curtos. A partir de aquí trátase de establecer gradacións na queixa –delimitar áreas corporais para mellorar unha por unha–, definir pequenos cambios e a continuación propor que vaia dando un só paso cada vez, desaconsellando explicitamente dar saltos que impliquen varios “pasos” dun golpe, mellorar demasiado de presa ou recorrer diferentes camiños simultaneamente. O efecto que esta intervención ten nos pacientes é o de facer menos esforzos para solucionar a súa queixa, xa que teñen que relentizar o seu proceso de melloría; e ao diminuír as solucións intentadas que alimentan a queixa, esta mellora.

Como a dor e as molestias físicas son unha experiencia subxectiva, é especialmente útil utilizar “Escala” que axuden a establecer graos na dor. Así, plantéxase ao paciente que cualifique de cero a dez a súa dor, dándolle o cero á ausencia de dor e o dez á máxima dor imaxinábel –tamén pode invertirse o sentido da escala e considerar que o dez representa “o benestar” e/ou a ausencia de dor, segundo cales sexan os intereses do terapeuta nese momento–. As escalas axudan a establecer diferenzas, avaliar os avances conseguidos e facilitan ao terapeuta o plantexamento da estratexia de calma: “Trátase de que mellores, no máximo, un só punto de cada vez”.

Unha intervención fácil de lembrar e delicada de utilizar é a “**Prescripción de síntoma**”. Consiste en expresarlle ao paciente a necesidade de que provoque un aumento intencional dos seus síntomas; petición que ten que ir suficientemente fundamentada, para o que se acostuma acudir á idea de control –“Trátase de que ti aprendas voluntariamente a aumentar e a diminuír a intensidade da túa dor, e é máis fácil comezar por aumentalo para que posteriormente sexas capaz de diminuílo”–. Se se considera que a queixa está mantida polos esforzos que pacientes e familiares fan para evitala, prescribir o síntoma implica, loxicamente, que hai que suspender as solucións que se están pondo para eludilo. E esta diminución das solucións intentadas ineficaces é precisamente a meta que ten toda prescripción de síntoma e o resultado, cando se consegue que “encaixe” no sistema de crenzas do paciente, é de melloría ao non poder provocar de forma intencional a queixa. É obvio que se se prescribe o síntoma non se pode utilizar simultaneamente calquera outro procedemento para atenualo: ou é necesario neste momento que o paciente consiga que lle doa máis ou é necesario que tome un analxésico para que lle doa menos; pero non as dúas cousas á vez.

“PRESCRICIÓN DE NON CAMBIO”, “OS PERIGOS DUNHA MELLORÍA”, “ESTRATEGIA DE CALMA” E “PRESCRICIÓN DE SÍNTOMA”, SON FORMAS DE INTERVIR INCIDINDO DIRECTAMENTE NAS “SOLUCIÓNS INTENTADAS”.

Cada vez que o paciente dá un paso cara os seus obxectivos, o terapeuta retírase para que aquel atribúa ao seu propio control interno o avance conseguido. Desta maneira vaise afianzando e percibindo a si mesmo como persoa competente e capaz de enfrontar e solucionar con éxito os diferentes retos ou dificultades que lle poida ir plantexando a vida. Neste punto a intervención psicoterapéutica pódese dar por concluída, sen temor a unha recaída.

En definitiva, desde o modelo de Terapia Familiar Breve, o psicoterapeuta: primeiro, consegue a relación terapéutica aceptando a formulación da queixa que fan os pacientes; segundo, axuda a que os pacientes formulen uns obxectivos alcanzábeis; terceiro, contribúe a que modifiquen os seus esforzos de solución; e cuarto, retírase para que os pacientes fagan atribución de control interno dos cambios conseguidos.

E todo este traballo faise através do canal de comunicación habitual: a **linguaxe**.

A linguaxe verbal, que permite referirse a temas ou contidos diversos e o non verbal, que facilita a expresión das emocións e a definición das relacións (Watzlawick P., Beavin J. H. e Jackson D. D., 1981 pp.61-68). Através da

linguaxe verbal o psicoterapeuta introduce as informacións que considera necesarias para que, logo da correspondente elaboración por parte do paciente, este se aproxime ou consiga os seus propios obxectivos. Mediante a linguaxe non verbal o psicoterapeuta controla a relación terapéutica e matiza a extensión e significado dos seus comentarios para que estes axusten co sistema de crenzas do paciente.

E é através do uso que o psicoterapeuta fai da linguaxe, como este facilita ao paciente a súa colaboración co tratamento. Desde a Terapia Familiar Breve pénsase que é obrigación do profesional potenciar a adhesión do paciente ao tratamento e acomodar a súa estratexia terapéutica á “modalidade de cooperación” de cada persoa que acode á consulta; xa sexa paciente ou familiar. Para iso dispón dalgúns alternativas.

O psicoterapeuta utiliza **frases afirmativas** co fin de “encaixar” mellor coa experiencia dos pacientes: “O que che pasa é...” en lugar de “Non che pasa nada.”. A experiencia de “non pasar nada” é un imposible cando se trata de seres vivos en permanente cambio e continua evolución. Só non lle pasa nada ás pedras; e até esta afirmación é dubidosa. “O que tés que facer é...” en vez de “Tés que deixar de...”. As instrucións en positivo son máis fáciles de seguir do que as feitas en negativo, porque o non comportamento non existe (Watzlawick P., Beavin J. H. e Jackson D. D., 1981 pp. 49-52). Estas frases en positivo teñen unha aplicación especial nos transtornos somatomorfos porque os pacientes se queixan dunha “verdadeira” dor, teñen unhas molestias e os “non é nada” ben-intencionados dos profesionais que os atenden e dos seus familiares, en lugar de tranquilizar, estimulan as queixas e habilitan unha exposición máis detallada e extensa do seu malestar ao sentirse incomprendido (*Receita 6*).

O psicoterapeuta selecciona intencionadamente **o tempo verbal**: presente, pasado ou futuro; segundo desexe explorar excepcións, solucións intentadas ou obxectivos. O condicional ocupa un lugar preferente na conversación terapéutica: é o tempo verbal que permite falar de posibilidades negadas –“Que acontecería se puideras voltar a...?”–, adoptar posicións non comprometidas –“Que pensarías se alguén che plantexa que esta dor che permite vivir sen traballar?”–; ou formular plantexamentos indirectos –“Pregúntome como reaccionaría a túa esposa se conseguises pasar 24 horas sen te queixar”–. Ao mudar o tempo verbal ou ao manter a conversación no mesmo tempo verbal, o psicoterapeuta vai seleccionando aqueles aspectos da experiencia do paciente que quere explorar, abordar, cambiar ou manter e confrontar.

A idea xeral é que é o profesional o que ten que falar a linguaxe propia do paciente e non ao revés, porque o profesional é o que recibiu ou debería

ter recibido o adestramento oportuno a tal efecto. Así, incorpora algunhas formas de expresión do paciente co fin de facilitar o correcto entendemento entre ambos; utiliza unha **linguaxe directa** –“Vas dar un paseo todas as mañás, aínda que non che apeteza demasiado”– ou **indirecta** –“Pregúntome se serías capaz de dar un paseo polas mañás, aínda que non che apeteza”–, segundo cal sexa a relación co paciente en cada momento terapéutico. A linguaxe directa recoméndase cando a relación é de acordo, aceptación, e o paciente reconece a autoridade do psicoterapeuta; mentres que o indirecto é especialmente eficaz cando o paciente non está “entregado”, cuestiona a autoridade terapéutica, opónse ou mostra desconfianza no criterio do profesional que o atende. Outra diferenza a ter en conta é que a linguaxe directa provoca obediencia ou oposición; a indirecta reflexión, polo que cando unha entrevista se dirixe con instrucións en linguaxe indirecta o paciente vese máis comprometido co proceso terapéutico porque as decisións xorden das súas propias reflexións.

FALAR CON “FRASES AFIRMATIVAS”, SELECCIONAR O “TEMPO VERBAL” APROPIADO E CONTROLAR A “LINGUAXE DIRECTA OU INDIRECTA” SON MANOBRAS TERAPÉUTICAS BASEADAS NO USO INTENCIONAL DA LINGUAXE.

E xa só queda expor que todas estas manobras terapéuticas se fan dentro dun marco estratéxico: o psicoterapeuta elixe o momento adecuado e a forma de presentación –“venda”–, das diferentes opcións arriba descritas.

Respecto á elección do momento o único que cabe dicir é que o psicoterapeuta se move un paso por detrás do paciente. Calquera dúbida sobre a oportunidade do momento para unha determinada intervención, aconsella reservala (*Receita 7*) e traballar para que o proceso terapéutico avance o suficiente, madure, como para que dita intervención sexa aplicábel.

En canto á forma de presentación ou “venda” das diferentes intervencións terapéuticas acostuma recomendarse, en xeral, asumir unha actitude submisiva, baseada na humildade. Non hai base para supor que se vai triunfar, onde outros fracasaron. Gáñase máis autoridade terapéutica coa humildade do que sabe recoñecer as súas propias limitacións, do que coa aparencia de seguridade baseada na ignorancia ou na soberbia. Ademais suxírese plantexar as prescricións a título de proba, provisionalmente, explicitando que só se manterán se se demostraren beneficiosas para os propósitos do paciente. Mais tamén se expresan coa seguranza do que se sabe coñecedor do terreo que pisa e está dis-

posto a recoñecer e rectificar os seus plantexamentos errados, isto é, os que non conducen á meta prevista: os obxectivos terapéuticos definidos cos pacientes.

Unha forma de presentar as instrucións que ten aplicación xeral a calquera tipo de casos, mais que se revela como de especial utilidade nos trastornos somatomorfos, é “Facer coma se... a dor e as molestias desaparecesen”. Ás veces os pacientes non inician actividades porque non se encontran con forzas, están molestos ou a dor impídelles desenvolverlas; mais cando se lles plantexa esta idea de “facer coma se...” e inician a actividade, inclusive en contra do seu desexo, céntranse nela e esquecen a dor. Pode ser que ao acabar recoñezan de novo as súas molestias, mais agora non as poderán percibir de igual maneira.

Non queremos acabar este artigo sen resaltar o papel que xogan os familiares do doente. Xa quedou claro que eles tamén están interesados en axudar ao doente a sanar e por iso tamén se esforzan en solucionar o problema, contribuíndo así ao elenco de solucións ineficaces⁴. Eles tamén teñen que cambiar estas solucións e substituílas por outras máis eficaces. A primeira opción é a “**prescripción directa**”. Trátase de indicarlles que en lugar de facer o que fan, xeralmente protexer ou sobreprotexer o doente, faciliten o seu desenvolvemento, autonomía e responsabilidade restituíndolle o papel e a función que lle corresponde e que deriva de cal sexa a súa posición na estrutura familiar. En moitas ocasións a prescripción directa pode ser suficiente, especialmente naqueles casos nos que o psicoterapeuta ten ascendencia e autoridade terapéutica recoñecida polos, neste caso, familiares. Porén, non se pode esquecer que o socialmente correcto é “protexer o doente, relevándoo das súas funcións e desculpándoo das súas obrigas”. Até as sociedades desenvolvidas garanten o salario e o emprego en caso de doenza do traballador através da figura da “Incapacidade Laboral Transitoria”. Por isto non sempre os familiares están ben dispostos a recibir e pór en práctica as instrucións do psicoterapeuta no sentido de permitir, facilitar e até esixir, ao paciente que pouco a pouco vaia incorporándose ao desempeño das tarefas propias do seu rol. Nestes casos e só despois de que os familiares desatenderan a prescripción directa, óptase por proporlles o contrario, isto é, “sobreimplicalos”. Fáiselles ver o necesitado que está o paciente de atencións e mimos e prescríbeseles que sexan aínda máis atentos do que son, que estean aínda máis pendentes do que están e que lle pregunten e se interesen polo seu malestar aínda con máis frecuencia do que xa veñen facendo. Preténdese que os familiares reaccionen fronte a esta instrución opo-

⁴ Nótase que solucións eficaces son as que resolven o problema e, polo tanto, evitan que o paciente acuda a unha consulta queixándose dalgún malestar.

ñéndose, facendo o contrario, e en consecuencia deixando o paciente un pouco máis “ao seu aire”, facilitando así a súa autonomía e permitindo que pouco a pouco recupere as áreas de responsabilidade que lle corresponden dentro da familia. As intervencións dirixidas aos familiares están guiadas polos mesmos criterios en canto a plantexamentos estratéxicos, usos da linguaxe e “forma de presentación” descritos arriba.

En algunhas ocasións –o caso de Diana é un exemplo– as solucións que aplican os familiares do paciente é a de tranquilizalo, tratando de convencelo de que non lle pasa nada, que todo o máis son “nervios”, que non lle vai dar un infarto, nin vai morrer, que xa lle dixo o médico que non é nada. Efectivamente, algúns profesionais tamén aplican esta solución e cando ven que as súas palabras non bastan fan probas concluíntes, para eles, co fin de demostrar ao paciente que está san. Mais o resultado destas, por veces custosas, probas en vez de tranquilizar, inquietan ao paciente e confirmanlle as súas sospeitas. O razoamento do paciente é moi sinxelo: “Se non tivese algo grave, non farían tantos esforzos, nin me pedirían probas tan custosas. Os resultados foron malos e ocúltanme a verdade porque pensan que non o podería resistir”. E así é como pensan profesionais e familiares: ao velo tan preocupado por nada, ocúltanlle calquera signo inquietante que puideran evidenciar as probas, informando dun estado de saúde tan perfecto que resulta incríbel para calquera persoa sensata. Nestes casos –aos pacientes acostuma denominárselles hipocondríacos– recoméndase: primeiro, suspender as exploracións e probas complementarias que o profesional non considere estrictamente necesarias; segundo, evitar os comentarios “tranquilizadores” destinados a convencelo de que “realmente” non lle pasa nada; e terceiro, recoñecer explicitamente que o feito de ter contraído, ou contraer no futuro determinada doenza é unha posibilidade máis fronte á que nada pode facer. Porque a morte é o final da vida e as persoas acostuman morrer de “algo malo”. A continuación oriéntase a organizar a súa vida da mellor maneira posíbel... mentres viva.

Conclusión

E para acabar dicir que os autores non somos partidarios das receitas porque as receitas esquecen que cada persoa é única e irrepetíbel, pasan por alto a enorme variabilidade de situacións clínicas e tratan o ser humano coma se fose un mecanismo. No entanto, confiamos en que os lectores saben e teñen permanentemente en conta que tratan con persoas, non con “cadros clínicos”; que por riba das propias crenzas está o benestar dos pacientes; e que as teorías

que abrazan con forza e defenden con tesón, son guías provisionais que facilitan a andadura do camiño terapéutico dirixido cara a consecución dos obxectivos definidos polos pacientes. En base a esta confianza atrevémonos a incluír aquí, a modo de conclusión, un conxunto de propostas –“receitas”– que a nós nos alisaron o camiño e nos permitiron aforrar tempo para poder perdelo e desfrutalo coas historias cotiás, en ocasións triviais e a miúdo divertidas e, por que non, cargadas de bo humor que nos contan os pacientes. Cando un paciente ri, despois cústalle máis percibirse desgrazado.

Recetario

RECEITA 1	“Acepta a queixa do paciente, sexa esta a que sexa”
RECEITA 2	“Os obxectivos terapéuticos defíneos o paciente. O terapeuta axuda a que o paciente os formule en termos posíbeis ou fáciles de conseguir”
RECEITA 3	“Se algo funciona, faino máis. Se non funciona, non o repitas”
RECEITA 4	“Non deas por suposto que o outro te entende, confirma que escoitou e entendeu o que lle quixo dicir”
RECEITA 5	“Non fagas máis esforzos para estar mellor... o benestar desenvólvese só”.
RECEITA 6	“Fala do que pasa... non do que non pasa”
RECEITA 7	“Pecar sempre de precavido” (S. de Shazer)

Referencias Bibliográficas

- FISCH R., WEAKLAND J. H., SEGAL L. (1984) *La Táctica del Cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- FOESTER H. v. *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa; 1981.
- FONTECILLA G., RAMOS. M. M. e RODRÍGUEZ-ARIAS J. L. (1993) *Evaluación de resultados en Terapia Familiar*. XIV Xornadas Nacionais de Terapia Familiar, Santiago de Compostela.
- FONTECILLA G., GONZÁLEZ M., RAMOS. M. M. e RODRÍGUEZ-ARIAS J. L. (1996) *Aplicación de un Modelo de Terapia Familiar Breve en una U.S.M.* En: “Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación”. (A. Espina e B. Pumar eds.) Madrid: Fundamentos.
- GONZÁLEZ M. REVUELTA C. RODRÍGUEZ-ARIAS J. L. FONTECILLA G. APARICIO M. RUEDA A. e RAMOS M. M., *Terapia Familiar Breve: Evaluación de resultados y estudio de seguimiento*. Comunicación Póster presentada en “I Congreso Nacional de la Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar”. Sevilla, 1998.

- RODRÍGUEZ-ARIAS J. L., APARICIO M., FONTECILLA G., GONZÁLEZ M., RAMOS M. M. RUEDA A., *Metodología de Evaluación de Resultados en Terapia Familiar Breve*. Obradoiro presentado no “XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”. Badajoz, 1997.
- RODRÍGUEZ-ARIAS J. L., APARICIO M., FONTECILLA G., GONZÁLEZ M., RAMOS M. M. Rueda A., *Metodología de Evaluación de Resultados en Terapia Familiar Breve*. Comunicación Póster presentada no “XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría”. Badajoz, 1997.
- RODRÍGUEZ-ARIAS J. L. AGRA S. ARAUXO A. BALEA F. J. GARCÍA M. J. VICENTE D. GROVAS I. ANDALUZ L. V., *Análisis de la demanda de Psicoterapia en la U.S.M. del Hospital “Virxe da Xunqueira”*. Comunicación Póster presentada no “II Congreso de la Asociación por la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar”. Madrid, 2000.
- SHAZER S. de (1986) *Claves para la solución en Terapia Breve*, Barcelona: Paidós.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J. H. e JACKSON D. D. (1981) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J. H. e FISCH R. (1985) *Cambio*. Barcelona: Herder.

O traballo do psicólogo clínico de enlace coa doenza crónica:

Experiencia na Unidade
de Lesionados Medulares
do Complexo Hospitalario
Universitario "Juan Canalejo"



José Eduardo Rodríguez Otero

Psicólogo Clínico

Gonzalo Martínez Sande

FEA Psicología Clínica, A Coruña

1. Introducción

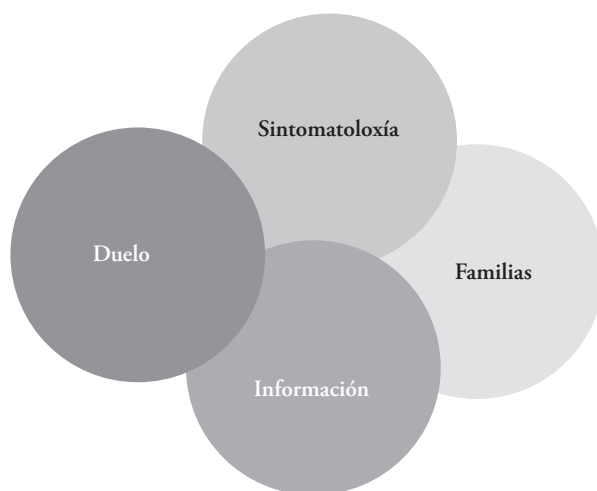
Este artigo é o resultado das reflexións realizadas despois de dúas etapas dunha travesía sen fin. O percurso do descubrimento teórico ao práctico, dos libros á clínica e a súa viaxe de volta. A volta ao estudio, ao gabinete ou á cadeira cos mesmos libros de antes, reflicten unha realidade, branda, diferente ao da primeira ocasión. Os libros xa non din o mesmo.

O obxectivo é expor o traballo realizado polo psicólogo clínico (ou residente) no contexto de intervención con pacientes con doenzas crónicas e concretamente con lesionados medulares. Contextos de pacientes, situacións, familias e persoas con bata branca no Complexo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" da Coruña.

O que a continuación seguirá será unha mestura entre unha breve revisión teórica e comentarios sobre o traballo clínico. A distinción será clara para non confundir feitos comprobados, ou ao menos publicados, coas nosas reflexións.

Desde este punto de vista, plantexamos o traballo nunha Unidade de Lesionados Medulares (ULM) con catro puntos principais de intervención: dor *post mortem*, familias, sintomatoloxía e información. Puntos arbitrariamente separados para unha mellor claridade expositiva, sendo na práctica dificilmente diferenciábeis e divisíbeis dentro dunha intervención no proceso da doenza. Por suposto, pódense agregar outros desde unha posición teórica e necesariamente engádense outros na práctica, como a mediación (entre pacientes, pacientes – batas brancas, familia – batas brancas, pacientes – familias...). A mediación, e por iso non a inclúo entre os principais puntos de intervención, supón unha percepción de fracaso na implementación das normativas referidas á autonomía do paciente (lei 41/2002, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica) e no correcto desenvolvemento dos roles interpersoais asociados a cada unha das persoas e profesionais con batas brancas.

GRÁFICO 1. Principais campos de intervención da ULM



2. Información

Un dos modos de articular a colaboración co equipo médico na transmisión de información diagnóstica e prognóstica. En hospitalizacións longas coma as que ten un lesionado medular, con unha media á volta de sete meses para unha lesión medular completa, o control de información é chave para unha relación terapéutica adecuada cos pacientes e cos familiares.

Estabilizada a lesión medular, realízase un plan individualizado de rehabilitación no que se establecen uns obxectivos e se descartan metas inalcanzábeis debido ás secuelas da lesión. Para iso tense que facer un traballo de transmisión da información para que o impacto sobre o suxeito sexa o mínimo posíbel, tanto por motivos derivados do evidente sufrimento asociado como pola necesidade dunha rápida implicación do suxeito en tarefas de fisioterapia e terapia ocupacional. Os meses que transcorren despois da lesión son chave para o suxeito, a súa recuperación seguirá unha curva negativamente acelerada, polo que se debe evitar a falta de actividade, vontade e enerxía derivadas do enfrontamento coa información prognóstica.

O traballo do psicólogo clínico antes da información realízase a dous niveis: no primeiro explórase a capacidade de comprensión do suxeito tanto cognitivamente como emocionalmente. Até o 50% das lesións medulares son traumáticas, polo que poden asociarse traumatismos craneoencefálicos (TCE) que reduzan a capacidade de comprensión do suxeito. Con preservación do funcionamento cognitivo, o suxeito pode ter dificultades para falar da súa situación (accidente, hospital, cadeira de rodas...) ou para integrar emocionalmente a experiencia, podendo funcionar de forma dissociativa respecto da situación médica. Unha vez comprobado que o suxeito é capaz de procesar a información tanto cognitiva como emocionalmente, o segundo nivel de intervención explora as expectativas e as esperanzas do suxeito en cuanto ao diagnóstico e o prognóstico da súa lesión medular. Neste punto, o clínico debe advertir negacións en proceso de dor *post mortem* do suxeito e chamadas do mesmo a dispor de tempo para integrar a experiencia, sendo desaconsellada a confrontación nestas primeiras etapas mentres o suxeito colabore adecuadamente nas tarefas de rehabilitación e coidados. Finalmente trabállanse co condicional (“que pasaría se...?”) as posíbeis reaccións do paciente perante diferentes informacións prognósticas.

O traballo continúa despois da información prognóstica. O clínico débese pór a disposición do paciente e/ou da familia para axudalo a traballar coa reacción adaptativa que xorde trala información, pedíndolles permiso para suxerir unha intervención regrada (*counselling* ou psicoterapia) no caso de que o estime oportuno.

3. Sintomatoloxía

Outro dos campos de intervención é o diagnóstico e tratamento da psicopatoloxía presente entre os pacientes ingresados na ULM. É complicado discernir se a sintomatoloxía presente nestes suxeitos é independente do proceso

reactivo perante o que se encontran. Se ben, a súa filiación é chave para escoller a alternativa terapéutica máis adecuada. Para iso é necesario saber se existen antecedentes psicopatolóxicos e ter coñecementos relacionados coas posíbeis reaccións de dor perante estas lesións.

Investigacións sinalan entre un 30 e un 40% de depresión e ansiedade clínica en suxeitos que sofren unha lesión medular (Frank, 1985; Godfrey, 2001; Hancock, Craig, Dickson, Chang, & Martin, 1993). Estes datos corresponden coa nosa impresión de que os pacientes ingresados na ULM poden cumprir criterios diagnósticos para cada unha destas psicopatoloxías, se ben avogamos por unha utilización racional dos manuais diagnósticos tal e como o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) sinala na súa introdución (páx. xxx):

O clínico que controle o DSM-IV debe considerar que é moi probábel que as persoas co mesmo diagnóstico sexan heteroxéneas, inclusive respecto aos trazos definitorios do diagnóstico, e que os casos límite son difíciles de diagnosticar, como non sexa de forma probabilística. Esta perspectiva permite unha maior flexibilidade no uso do sistema, presta máis atención aos casos límite e pon énfase na necesidade de recoller maior información clínica adicional que vaia máis lonxe do diagnóstico.

E continúa (páx. xxxi):

Os criterios diagnósticos específicos deben servir como guías e usarse con xuízo clínico, sen seguirse con todo rigor coma un libro de cociña.

Por iso hai que ser prudentes na utilización dos manuais de diagnóstico nas persoas que padecen doenzas crónicas en xeral, e nos lesionados medulares en particular. Outros autores (Costa & López, 1996) xa sinalaron que os modelos psicopatolóxicos son inadecuados cando tes que falar de adaptación persoal á discapacidade. Fronte á afirmación de Costa e López, defendemos a utilidade dos modelos psicopatolóxicos e o emprego clínico, responsábel e prudente, dos manuais diagnósticos. Nun paciente que sofreu recentemente unha lesión medular pode ser adecuada unha avaliación psicopatolóxica (memoria, atención, afectividade...), porén, e aínda que cumpra os criterios, un diagnóstico psiquiátrico quizais sexa unha mala orientación para o plan terapéutico. O paciente pode cumprir os criterios para ansiedade ou depresión clínica, mais iso non quere dicir necesariamente que o suxeito precise intervención psicoterapéutica ou psicofarmacolóxica para eses síntomas, que poden puntuarse como unha reacción normal perante unha situación complicada. Un esquema ríxido diagnóstico – tratamento pode dificultar a relación terapéutica co clínico por

ser este pouco empático, e engadir problemas psiquiátricos “aos medulares” sen que iso supoña un beneficio para o suxeito.

O diagnóstico describe unha realidade, como tal o clínico utilízao para entender mellor a situación do suxeito. No traballo coas doenzas crónicas, atopámonos que o diagnóstico DSM ou CIE é unha descrición demasiado pobre, que non facilita ao profesional a comprensión da forma de enfermarse do suxeito nin as posibles vías de axuda.

4. *Dor post mortem*

O concepto de dor *post mortem* asociase ás reaccións emocionais de persoas achegadas ante o falecemento de alguén próximo. Sendo esta a visión común e de maior aplicación do termo, esta dor tamén se refire nun sentido amplo ás respostas afectivas, cognitivas e condutuais ante unha perda. Esta pode ser de diversos tipos: partes do corpo, idea de futuro, utilidade laboral, xuventude..., polo que as reaccións ante este tipo de eventos son tan antigas como a propia humanidade. Tal aprendizaxe filoxenético fai que as reaccións de dor non acostumen ser patolóxicas.

Freud na súa obra “Dor e Melancolía” (1917) conceptualiza esta dor como un traballo de elaboración dos afectos dolorosos que seguen á perda dun obxecto querido, nestes termos a dor sería un proceso de cambio do destino da libido, desde o obxecto perdido a un novo. A melancolía e a manía serían consecuencia duns afectos ambivalentes cara o obxecto que impiden que este dilema se faga consciente.

Tamén en termos psicanalíticos, Erich Lindemann (Lindemann, 1944) estudou os familiares dos falecidos que houbo no incendio do clube Cocoanut Grove e relatou os seguintes síntomas de dor:

- Malestar somático (síntomas respiratorios, debilidade e síntomas dixestivos)
- Preocupación pola imaxe do defunto
- Culpa
- Reaccións hostís
- Desestruturación da conduta

Estes síntomas poden acompañarse por aparición de trazos do morto na persoa que elabora a dor.

Bowlby (1985) integra conceptos analíticos e etolóxicos para facer a súa teoría explicativa da dor. Considera a dor como unha extensión da resposta xeral de separación, unha ansiedade de separación na idade adulta perante a

ruptura da relación de vinculación. Nesta mesma liña de pensamento, Bowlby expón que as persoas terán un risco maior de elaborar dores patolóxicas se os seus patróns de crianza foron patóxicos. Pérez-Sales (2000) defende que as emocións son construcións culturais e critica esta concepción de universalidade da dor que defende Bowlby. Non pode, segundo Pérez-Sales, defenderse que haxa un criterio de universalidade de normalidade na elaboración dunha dor deste tipo.

Pérez-Sales aporta conceptos derivados do construtivismo social, este modelo defende que seta dor é un proceso emocional e como tal depende de como as persoas constrúen os acontecementos que acontecen. A realidade como tal non existe, ou en caso de existir é dificilmente accesíbel, senón que consiste nunha serie de consensos e construcións que fai o suxeito sobre ela. Desde esta postura o suxeito adopta un papel activo na elaboración de acontecementos, fronte a posturas racionalistas que defenden que o suxeito é receptor de realidades e tende a optimizar esa capacidade de captación do que acontece. Desde o construtivismo social, esta dor consiste en dotar (construír) novos sentidos ao que lle acontece ao suxeito trala perda. Segundo Worden (2000), e desde este enfoque, o proceso realízase con catro tarefas:

- Construír un mundo sen o obxecto perdido
- Dar sentido aos sentimentos asociados á perda e integralos á propia biografía
- Encontrar a forma de resolver practicamente aquelas tarefas para cuxa execución nos valíamos do obxecto perdido
- Experimentar afectos semellantes aos anteriormente orientábanse ao obxecto perdido cara outros obxectos. Non se substitúe o obxecto vacante, senón que se constrúe un novo mundo que é capaz de albergar novos obxectos dignos de ser amados

Neimeyer en “Aprender da Perda” (2000) resume en seis puntos a súa postura construtivista de conceptualización desa dor.

- *A morte como acontecemento que valida ou invalida construcións que orientan as nosas vidas.* Esta perda pode afectar a construcións nucleares do suxeito respecto a seguranza, estabilidade e predictibilidade do futuro, provocando a morte unha necesidade de revisión e reorganización profunda dos significados no suxeito.
- *A dor é un proceso caracterizado pola idiosincrasia, intimidade e inextricabilidade da nosa identidade.* Isto implica significados únicos para a perda e a ausencia dun patrón universal de resposta.

- *A dor é algo que se fai, non que se dá feito.* A elaboración da perda é un proceso cheo de eleccións.
- *A dor dá a oportunidade de reafirmar un mundo de significados cuestionados pola perda.* Neste punto Neimeyer avoga polas prácticas narrativas para a reconstrución de significados, dinámica que considera a máis esencial na elaboración das dores.
- *Os sentimentos asociados á perda cumpren unha función, enténdense como indicadores de esforzos do suxeito para elaborar un novo mundo de significados tras o cuestionamento do anterior.* A negación enténdese como a incapacidade dun suxeito para asimilar a morte nun momento dado, a depresión como o intento de limitar a atención e restrinxir o campo para facer o mundo máis controlábel, a ansiedade xorde perante a novidade de que as súas construcións non poidan explicar esta experiencia, a culpa ten a súa orixe na percepción dun comportamento contrario ás estruturas nucleares da identidade, a hostilidade é o intento de adaptar o que acontece ás construcións antigas e, finalmente, a ameaza sinala a inminencia dunha mudanza xeneralizada nas estruturas nucleares da identidade.
- *As construcións e reconstrucións de identidade realízanse como superviventes á perda e negociando cos demais.*

A profusión de traballos á volta desta dor, baleira de contido a conceptualización da mesma. O home é o que é grazas ás súas limitacións porque ten que elixir o que pode ser (Zubiri, 1941). Ante calquera elección hai unha perda e unha reacción emocional asociada. Esta foi tan descrita que case inclúe calquera síntoma dentro do psíquico incluída a non sintomatoloxía (podemos chamarlle dor demorada, retardada, latente ou encoberta). Esta torpe definición da dor normal ten escasas repercusións na práctica clínica, xa que se todo é ou pode ser dor, nada o é. Foucault (1983) reflexionou sobre a dor patolóxica, comentando que se a dor anormal se nomea porque dura demasiado (prolongada, crónica) ou porque dura pouco (abreviada, ausente), ou é excesivamente expresiva (esaxerada, distorsionada, disruptiva, complicada) ou non o suficiente (ausente, inhibida, retrasada, negada), non é fácil imaxinar que é a dor normal ou non complicada. A nosa reflexión é análoga á de Foucault respecto á normalidade e á dor non complicada, é difícil imaxinar que é a ausencia de dor neste mundo de perdas.

Esta breve revisión e reflexión sobre a postura psicanalítica e construtivista social sobre os procesos de dor sinalan as posíbeis reaccións do paciente e os seus familiares perante a aparición da doenza crónica. Non é unha cuestión

baladí estudar as reaccións dos profesionais con batas brancas perante tal dor. No recorrente triángulo asistencial (paciente, familia e profesionais), as reaccións destes últimos perante as perdas dos outros foron claramente esquecidas. A experiencia clínica sinálanos que estas están en primeira liña e afectan de forma directa ao coidado do paciente. Son habituais os sentimentos de culpa, negación, procura de alternativas, reaccións maniformes, depresivas e progresiva aceptación da perda e/ou das dificultades na asistencia cando se considera como éxito unicamente a remisión da patoloxía. Os seguintes mitos sobre esta dor afectan directamente ás intervencións dos profesionais nos servizos asistenciais e á relación habitual dos familiares co paciente (Wortman & Silver, 1989):

- As emocións positivas estean ausentes
- A non aparición de afectos dolorosos é indicadora de problemas
- A culminación con éxito do proceso require unha elaboración
- A manutención do apego ao perdido é algo patolóxico
- O suxeito recupérase da perda nun ou dous anos

O elevado potencial iatroxénico que teñen as actividades que realizamos os profesionais que traballamos con este tipo de persoas convida a unha profunda reflexión sobre os alarmismos, mitos e patoloxizacións que se fan das reaccións da dor, tan antigas coma o home. Intervencións a destempo, descoñecemento sobre as reaccións emocionais normais de dor e a propia angustia do terapeuta poden facer sinalar como anormais reaccións adaptativas e facilitar a aparición de complicacións nestes procesos de elaboración.

O traballo con persoas que están elaborando a dor pódese planificar con diferentes niveis de aplicación e implicación tal e como defenden Worden (2000) e Fernández-Liria, Rodríguez e Diéguez (2004). Estes últimos contemplan tres niveis de actuación:

O primeiro sería un proceso facilitador da elaboración da dor. A partir dos coñecementos sobre o desenvolvemento da mesma, o obxectivo é deixar espazos e tempos e non entorpecer as reaccións emocionais que teña o suxeito. Isto inclúe unha labor docente e de divulgación coas persoas que traballan e conviven arredor da mesma así como os profesionais sanitarios e non sanitarios que acostuman estar perto destas persoas. Esta primeira fase sería, entón, escasamente directiva, mantendo unha distancia respectuosa en relación aos procesos emocionais que está pasando a persoa.

A segunda fase de intervención inclúe o *counselling*, realizado por un profesional que mantén unha relación de axuda co paciente, non sendo necesariamente do equipo de Saúde Mental. O enfoque segue sendo pouco directivo,

cun contexto colaborativo na construción de indicacións, axudas instrumentais e reaccións emocionais adecuadas, nun sentido amplo, ao contexto.

A última fase é a terapia de dor; lévase a cabo cando este proceso provocou problemas de saúde mental graves que recibirían atención independentemente da súa orixe. Tamén se emprega cando a intervención de segundo nivel non é efectiva e desencadea reaccións inesperadas.

Por todo o exposto anteriormente, cremos que o principal obxectivo do psicólogo clínico é o deseño de contextos para que o paciente e os seus familiares poidan desenvolver os seus procesos de dor. Estes contextos caracterízanse polo respecto cara os doentes, facilitando espazos e tempos para que se desenvolvan os procesos emocionais xerais da dor e particulares da familia, incluíndo a intervención cos profesionais e os xestores para que as súas actuacións vaian dirixidas a este fin. Para chegar a este obxectivo os primeiros contactos débense caracterizar pola educación, o respecto e a empatía, adoptando unha postura “down” que lle permitirá ao clínico avaliar de maneira adecuada as formas de adaptación do suxeito e realizar as primeiras intervencións desde este marco. O respecto cara os procesos de dor da familia, a prudencia, a proximidade e a atribución da capacidade de axuda, permite ao psicólogo clínico establecer unha relación terapéutica adecuada co paciente e a familia, que facilitará unha intervención máis directiva se o proceso de dor se complica. Evitar, polo tanto, o intervencionismo supérfluo e iatroxénico é unha premisa básica.

Familia

El tipo de enfermedad y la fase temporal en la que se encuentra influye de forma decisiva en los procesos de adaptación de la familia al mismo. Para una mejor claridad expositiva, comentaremos cuestiones relacionadas con la enfermedad y a continuación, aspectos claves a tener en cuenta en la convivencia de la familia con la enfermedad crónica (gráfico 2).

GRÁFICO 2. Tipos de doenza e puntos chave na familia para a adaptación á mesma

ENFERMIDADE	FAMILIA
Tipo de enfermidade	Aspectos organizativos
	Procesos de comunicación
Fase da enfermidade	Ciclo de vida familiar
	Sistema de creencias

5.1. Tipos de doenzas

As doenzas cursan de tres maneiras: progresivamente, por recaídas e de forma constante.

As doenzas progresivas (Alzheimer) requiren cambios permanentes e coidados cada vez maiores. Vense como problemas sen fin e acostuman provocar a saturación nos coidadores. Conviven co desexo (habitualmente non explícito) de morte do doente. O sentimento de perda de control pode ser dos máis debilitantes para a familia e levar ao descontrol ou á inmovilidade. Poderían ser intervencións adecuadas normalizar o desexo de morte (evitar ciclos de culpabilización e vergoña) e aportar sentimento de control en algún dos campos.

A doenza por recaídas (esclerose múltiple), demandan unha grande flexibilidade ao medio coidador. Móvense entre os períodos de relativa escaseza de coidados e a incertidume ante a aparición da seguinte crise.

As doenzas de curso constante (lesión medular) caracterízanse por ter un primeiro período de crise que ten como consecuencia un déficit residual. A persoa e a familia axústanse ao mesmo e non hai grandes cambios no futuro. A saturación dos coidadores estará en función, en grande medida, do grao de déficit que teña o suxeito logo da crise inicial.

As doenzas tamén se poden clasificar en función do momento da aparición da doenza ou o primeiro episodio da mesma. No caso de que sexa aguda, as demandas que ten a familia son máis de tipo intervencionista e centradas no problema (ademais das emocionais). No caso de que o inicio sexa insidioso ou de anuncio precoz (aparición tardía, Huntington), a familia enfrontarase a tarefas de tipo emocional e probábeis procesos de negación asociados á mesma.

Ademais do curso, hai que ter en conta que os signos e síntomas característicos da doenza determinarán a forma de adaptación da familia e do suxeito perante a mesma. Unha das principais dicotomías neste campo é entre a discapacidade física e cognoscitiva. Por exemplo, en pacientes con dano cerebral adquirido, a familia pode ter que afrontar unha adaptación a unhas novas condicións con diferentes características de personalidade do suxeito. Die Trill (2000) fala de “morte parcial” e Johnson e McCown (2001) de “estrañamento” para referirse a ese proceso de cambio, ao feito de que o suxeito se comporta de forma diferente a como o facía antes da lesión.

5.2. Fases temporais da doenza

Unha doenza crónica pasa por tres fases temporais (Rolland, 1984): crise, crónica e terminal.

A fase de crise é a de maior vulnerabilidade e incertidume, os membros da familia buscan formas de reafirmar o control. É este un período dunha

forte asimetría entre os servizos médicos e a familia, ficando esta nun plano secundario e pasivo dificilmente soportábel. Unha intervención terapéutica sería encher de dominio e capacidade á familia que o demande naquelas áreas nas que o poidan facer. Débense indagar os sistemas de crenzas da familia á volta da cronicidade e á condición do suxeito nese momento. Concepcións diferentes sobre isto pode levar a plans contrapostos aos dos profesionais, o que xerará tensións e un negativo comezo dunha relación terapéutica que se extenderá no tempo. O momento de aceptar a permanencia é cando a dor é máis intensa, a perda faise patente entón.

Na fase crónica, a familia acostuma adoptar o rol coidador, quedando os servizos sanitarios nun segundo plano. A tarefa da familia é procurar levar unha vida normal nunhas condicións anormais. A progresiva volta ao domicilio e o enfrontamento coa vida anterior en novas condicións acostuma agudizar o proceso emocional da dor do paciente, frustrando, en ocasións, á familia e xerando tensións entre ambos.

Na fase terminal, a familia vólvese encontrar plenamente cos servizos asistenciais, se ben as regras mudan. Non se traballa para a supervivencia, nin para minimizar a incapacidade senón para que a transición cara a morte sexa na mellor das condicións. Este cambio de rexistro pode provocar de novo conflitos entre a familia e os sanitarios. O cambio de rol na relación é evidentemente problemático para a familia mais tamén pode selo para o equipo asistencial, se o criterio de éxito que manexan é a vida.

Hai que ter en conta ademais que os períodos de transición entre fases supoñen un desafío para a familia. O paso da crise á cronicidade demanda recursos emocionais, organizacións e loxísticos. O cambio ao período terminal afecta máis ao emocional. Hai un paralelismo entre estas transicións e a xeración de novos esquemas segundo a teoría piagetiana mediante os procesos de asimilación e acomodación.

5.3. Aspectos organizativos e pautas estruturais da familia

A familia perante a aparición da doenza crónica vese obrigada a unha restructuración de funcións e roles. Estas mudanzas dependerán do membro que sexa afectado, sendo a adaptabilidade da familia un elemento chave sobre todo cando se trata de doenzas progresivas, recorrentes ou que presentan crises médicas agudas.

As familias denominadas disfuncionais sitúanse nos extremos dun contínuo de cohesión entre os membros (Rolland, 1994). O apego excesivo ou o desapego poden producir situacións complexas que afectan ao benestar dos membros e ao coidado do suxeito.

Na ULM o apego excesivo ou sobreprotección afecta ao paciente directamente nas tarefas de rehabilitación e produce conflitos coas persoas de bata branca. Inhibe o desenvolvemento do suxeito en tarefas destinadas a incrementar a súa autonomía e facilita a confusión de roles asistenciais na estrutura hospitalaria. Este acostuma ser un dos aspectos que máis traballa o psicólogo clínico, débese explorar a relación previa do coidador co paciente, as crenzas da familia sobre a doenza e os posibles sentimentos de culpa da familia, culpa que se subsanaría coa entrega sn límites seguindo a regra de que máis é mellor. Enfoques como o de coidar ao coidador ou o emprego da linguaxe presuposicional son habitualmente empregados, sendo as estratexias confrontativas escasamente útiles.

O desapego na ULM incrementa o traballo de auxiliares de enfermería e traballadores sociais, dificultando o paso da fase aguda á crónica.

5.4. Procesos de comunicación

Nas familias que se enfrontan ás doenzas crónicas, a comunicación que se deixa sen aclarar ou resolver ten consecuencias patolóxicas (Rolland, 1994). Watzlawick, Beavin Bavelas e Don Jackson en “Teoría da comunicación humana” (1967) sinalan que toda comunicación ten un aspecto de contido e un aspecto relacional tales que o segundo clasifica ao primeiro e é, por ende, unha metacomunicación. A ocultación, distorsión ou administración da información por parte da familia ao paciente, ademais de ser ilegal se este supera os 16 anos e quere dispor dela, deseña un novo mapa nas relacións familiares onde o paciente é infantilizado, é considerado incapaz ou é sobreprotexido. Ademais da ausencia de contidos, este control da información configura as novas relacións familiares.

As doenzas crónicas incrementan o risco de triangulación, en particular cando xa existen situacións conflitivas sen resolver. Estes triángulos caracterízanse pola ruptura das fronteiras xeracionais nunha coalición encoberta entre un proxenitor e o neno contra o outro proxenitor ou, en termos trixeracionais, dun avó e o seu neto contra un proxenitor sen parella. A aparición das mudanzas ou a exacerbación das mencionadas pautas comunicacionais teñen o seu impacto directo (ou son consecuencia) en aspectos organizativos e estruturais da familia, facilitando a aparición de roles ríxidos nos que un neno pode asumir, prematura e constantemente, funcións parentais.

5.5. Pautas multixeracionais e ciclo de vida familiar

Os ciclos de vida familiar oscilan entre períodos centrípetos e centrífugos (Combrinck-Graham, 1985). Os períodos centrípetos requiren vínculos intensos e momentos de alta cohesión que coinciden coa crianza dos nenos e a

súa socialización. Os períodos centrífugos fan énfase no desenvolvemento da identidade persoal e a autonomía. Un suxeito pode ter períodos centrípetos na súa crianza, a crianza dos seus fillos e a dos seus netos e períodos centrífugos entre eses momentos.

A aparición da doenza crónica nunha familia supón a aparición dun período centrípeto. A doenza crea presións para que haxa unha maior cohesión entre os membros da familia. De maneira análoga, a aparición dunha doenza crónica é similar á incorporación dun novo membro; supón o comezo dun proceso de socialización que require unha alta cohesión familiar (Rolland, 1994).

Se o comezo dunha doenza coincide co inicio dun período centrípeto pode desbaratalo. Un adulto xoven afectado por unha lesión medular pode verse obrigado a abandonar os seus plans de independencia e autonomía e voltar ao domicilio paterno. A súa vida centrífuga está en perigo ou xa é unha quimera. O conflito entre o suxeito e a súa familia é moi probábel nesta volta ao domicilio. O obxectivo terapéutico sería maximizar, na medida en que a doenza o permita, os movementos centrífugos do suxeito. En casos de doenzas recorrentes como a esclerose múltiple, débese traballar para facilitar a flexibilidade da familia entre períodos asintomáticos de facilitación da independencia e os sintomáticos de cohesión, diferenciando cambios permanentes de temporais.

A aparición da doenza crónica en período centrípeto pode favorecer a prolongación deste período ou, no peor dos casos, o estancamento da familia no mesmo. Cando a atracción centrípeta da doenza e a fase do ciclo de vida coinciden, existe o risco de que se amplifiquen mutuamente. Isto pode acontecer cando o doente é un fillo ou cando é un proxenitor en crianza, neste caso a doenza supón a perda ou diminución da actividade dun proxenitor en funcións parentais e unha demanda de recursos familiares (escasos), o que facilita a parentalización dun dos fillos.

Os períodos centrífugos e centrípetos tamén se poden relacionar coas fases da doenza anteriormente comentadas. Os períodos de crise e terminais exercerán maior forza centrípeta mentres que os crónicos, en función da tipoloxía da doenza e a amplitude da discapacidade asociada, axudan a un movemento centrífugo.

5.6. Sistema de crenzas

As experiencias, directas ou vicarias, dunha familia á volta da doenza crónica articularán o sistema de crenzas que teñan á volta da mesma. Este inclúe cuestións propias da mesma, como causas, intervencións e mortalidade, e tamén aspectos colaterais relacionados co afrontamento, coma as reaccións

emocionais aceptadas ou a organización da familia no coidado do doente. O trato da doenza crónica en contextos asistenciais pode chocar co sistema de crenzas que teña a familia en torno á mesma. Así pode haber diferenzas en torno á atribución de causas, reaccións emocionais e sobre todo intervencións, pronóstico e morte. Capítulo aparte merecen outras consideracións como a tolerancia, a ambigüidade, a incertidume ou a espera. O maior ou menor axuste do sistema de crenzas da familia co do contexto asistencial determinará a relación entre ambos. Os profesionais deben exploralo para coñecer o motivo das posibles diverxencias e conflitos, tendo en conta que a realidade médica pode chocar contra algunha das crenzas, implícitas ou explícitas, arraigadas na familia e que o cambio destas precisa duns tempos, sempre inferior, por outro lado, ao cambio das crenzas dos contextos asistenciais.

Os sistemas de crenzas das familias pódense situar nun contínuo de explicación da doenza. Os extremos do contínuo serían aquelas que internalizan e as que externalizan as causas da doenza e, por ende, os medios para afrontala.

As familias internalizantes fan énfase nos factores psicosociais como causantes da doenza. Como consecuencia a cura está completamente en mans do suxeito. Aquí entra de cheo a forza de vontade para superar a doenza crónica. As mensaxes combativas contra a doenza crónica, especialmente contra o cancro, son comúns na rúa. A sociedade do “Just Do It!” (simplemente faino) fomenta a visión do suxeito como onnipotente, o esforzo pode con todo, até para superar aquilo que non está na súa man. Mensaxes que poden motivar o paciente pero tamén culpabilizalo perante a incapacidade de realizar o que lle demandan. Ademais de estar doentes poden sentirse culpábeis. Estas mensaxes téñense que administrar adecuadamente desde os profesionais das batas brancas, revisar as propias crenzas en torno á doenza e non enviar mensaxes culpabilizadores e/ou iatroxénicos.

As familias do extremo externalizante dan demasiado poder ao destino e inician procesos de dor *post mortem* prematuramente. Desta maneira deslíganse da atención do paciente, xa que a consideran pouco efectiva e con escaso impacto na súa evolución. O seu afrontamento deixa de lado o problema e céntrase na emoción, tomando decisións ao respecto antes de que os datos médicos sexan definitivos.

6. Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- COMBRINCK-GRAHAM, L. (1985). A developmental model for family systems. *Family Process* (24), 143.
- COSTA, M. J., & LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- DIE TRILL, M. (2000). Abordaje de los problemas psicológicos durante la enfermedad terminal. En E. López Imedio, *Enfermería en cuidados paliativos* (páxs. 211-19). Madrid: Panamericana.
- FERNÁNDEZ-LIRIA, A., RODRÍGUEZ VEGA, B., & DIÉGUEZ PORRES, M. (2004). Intervenciones sobre duelo. En P. Pérez-Sales, *Psicoterapia de Respuestas Traumáticas Vol.2* (páxs. 113-42). Madrid: Escosura Producciones.
- FOUCAULT, M. (1983). *El discurso del poder*. México DF: Folios.
- FRANK, R. G., KASHANI, J. H., WONDERLICH, S. A., LISING, A., & VISOT, L. R. (1985). Depression and adrenal function in spinal cord injury. *American Journal of Psychiatry*, 142 (2), 252-3.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y Melancolía. Obras Completas Volumen XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GALVIN, L. R., & GODFREY, H. P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39 (12), 615-27.
- HANCOCK, K. M., CRAIG, A. R., DICKSON, H. G., CHANG, E., & MARTIN, J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia*, 31 (6), 349-57.
- JOHNSON, J., & MCCOWN, W. (2001). *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración desde la neuropsicología y la terapia familiar*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- LEY 41/2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274. 15 de Noviembre de 2002. 40126-31
- LINDEMANN, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *American Journal of Psychiatry*, 151 (6 Suppl), 155-60.
- NEIMEYER, R. A. (2000). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- PÉREZ-SALES, P. (2000). Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción del sentimiento de dolor. *Psiquiatría Pública*, 12 (3), 259-71.
- ROLLAND, J. S. (1994). *Families, illness and disability*. Nova York: Basic Books.
- ROLLAND, J. S. (1984). Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family Systems Medicine*, 2, 154.

- WATZLAWICK, P., BEAVIN BAVELAS, J., & JACKSON, D. D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, paradojas y patología*. Barcelona: Herder.
- WORDEN, J. W. (2000). *Griefcounselling and grieftherapy. A handbook for the mental health practitioner*. Nova York: Springer.
- WORTMAN, C. B., & SILVER, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-57.
- ZUBIRI, X. (1941). Prólogo. En J. MARÍAS, *Historia de la filosofía* (páxs. xxiii-xxxii). Madrid: Alianza.

Programa de avaliación neuropsicolóxica do H. de Oza – Complexo Hospitalario da Coruña



Javier Sardiña Agra

Psicólogo Clínico
Complexo Hospitalario Universitario
A Coruña

Introdución

Coma todos os días María, de 68 anos, acorda ao tocar o alarme na súa mesiña. Despois de darlle os bos días ao seu marido, este olla para ela cunha expresión inicialmente de estrañeza e despois de terror: ela non comprende o que el lle di (é coma se falase noutro idioma), pensa que está a brincar con el coma sempre. Nota que “algo vai mal” cando se ve no espello: o seu brazo colga do ombro e non lle obedece, a súa boca está torcida e ten un ollo pechado. Lembra que a subiron á ambulancia e o son da serea; despois acordou na sala da Unidade de coidados intensivos.

Xosé, de 18 anos, conducía o seu coche ás catro da mañá de volta do seu traballo. A roda dianteira dereita rebentou e foise directo contra o muro de peche dunha finca. A Garda Civil avisou os seus pais ás seis da mañá, para dicirlles que o seu fillo sufrira un accidente e o trasladaran ao hospital. Despois de varias horas de intervención, o cirurxián explícalles que a situación é crítica e que se preparen para o peor. Hoxe, seis meses despois, está aínda ingresado no servizo de Rehabilitación; xa reconece os seus familiares, mais aínda lle custa lembrarse da data e de onde se encontra.

Estes casos son exemplos do que se coñece como Dano Cerebral Adquirido, para diferenciarlo daquel tipo de dano cerebral que ten orixe nun proceso dexenerativo.

Este dano alterará a forma de sentir, percibir, lembrar, comunicarse e razoar destas persoas, para algunhas, de forma transitoria e para outras, de forma permanente.

O dano cerebral porá a proba os recursos persoais, familiares e sociais do paciente; nos casos máis graves modificará as expectativas vitais de todo o seu núcleo socio-familiar. Tamén suporá un desafío para as nosas intervencións sanitarias baseadas teoricamente nun paradigma bio-psico-social, e coas que aínda non somos capaces de dar unha resposta adecuada e integral a estes pacientes, como moitas das asociacións de afectados veñen denunciando desde fai anos.

Despois dunha lesión cerebral coma as que relatamos e para chegar a coñecer que funcións se viron afectadas, é preciso realizar unha avaliación neuropsicolóxica. Unha avaliación neuropsicolóxica eficaz pode axudar a comprender como a lesión afectou ao pensamento e á conduta da persoa. Pódese concentrar o suficiente para realizar unha tarefa?, durante canto tempo?, que condicións de traballo facilitan o seu mellor rendemento?, pode comprender información falada ou escrita?

A avaliación neuropsicolóxica

Muriel Lezak (1995) sinala que hai dúas regras que nunca se deben romper na valoración neuropsicolóxica: 1ª *tratar a cada paciente coma un individuo*, 2ª *pensar no que estás a facer*.

A avaliación é un proceso clínico, no cal a información debe integrarse nun modelo explicativo e comprensivo; este modelo debe incluír e adaptarse ao obxectivo da avaliación (táboa 1). A valoración neuropsicolóxica non pode reducirse á aplicación dunha batería en busca dun número ou un “perfil”, xa que na práctica é fácil encontrarse con pacientes que presentan un rendemento normal e até excelente nos tests que lles aplicamos e ao mesmo tempo os seus familiares dinnos que na súa vida diaria ten graves alteracións ou, tamén o contrario, persoas con baixos rendementos nas probas e que manteñen un bo nivel de adaptación na súa vida diaria.

TÁBOA I. Obxectivos da avaliación neuropsicolóxica

Definir perfiles clínicos que caracterizan diferentes tipos de patoloxías que cursan con deterioro cognitivo.
Contribuír ao establecemento dun diagnóstico máis preciso.
Contribuír no programa de rehabilitación individualizado.
Determinar e obxectivar os progresos de cada paciente e a eficacia das intervencións.
Identificar factores de pronóstico.
Verificación de hipóteses sobre as relacións entre o cerebro e a conduta.

(Céspedes e Tirapu, 2001)

Proceso xeral da avaliación neuropsicolóxica

Toda avaliación implica unha comparación. Na avaliación con probas neuropsicolóxicas a comparación pódese realizar de dúas formas, dependendo de como se obteña a información:

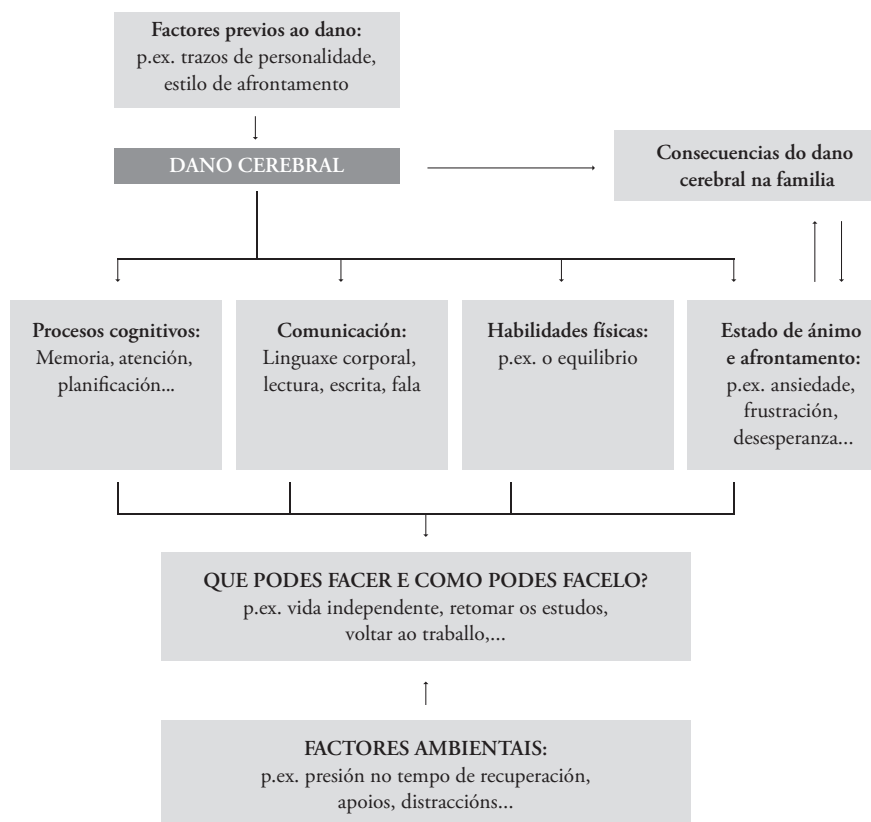
- **Normativa.** Usaremos tests e probas estandarizadas nas que coñecemos a distribución de puntuacións da poboación á que pertence o suxeito. Este método ten como punto débil partir da presunción de situar cun rendemento previo ao dano cerebral do paciente na “media” da poboación e con mínimas diferenzas na súa capacidade en diferentes funcións cognitivas.
- **Individualizada.** Compara o rendemento actual do paciente co seu propio rendemento previo. Deberemos averiguar que tipo de tarefas realizaba e como era o seu desenvolvemento nas mesmas (nos seus estudos, traballo, aficións...). A necesidade de realizar un nivel elevado de inferencia sobre as súas capacidades previas é a “debilidade” deste enfoque.

Unha forma óptima de realizar a avaliación neuropsicolóxica é poder establecer ambos tipos de comparacións, e comprobar se existe unha “converxencia” nos datos que proveñen das diferentes probas aplicadas.

Mais, como xa dixemos, o proceso non acaba cuns datos de probas ou tests, senón que debemos buscar a converxencia e congruencia de toda a información da que dispomos: información aportada polo propio paciente, probas de neuroimaxe, probas neurofisiolóxicas, información dos profesionais sanitarios, dos familiares... Un bo esquema de integración da información para comprender o dano cerebral é o utilizado no Centro Oliver Zangwill de rehabilitación

(táboa 2). Máis adiante detallaremos como realizamos este proceso de investigación no noso programa.

TÁBOA 2. Esquema do Centro de Rehabilitación Oliver Zangwill



Programa de avaliación neuropsicolóxica de Oza

Os psicólogos clínicos dos diferentes Servizos e Unidades de Saúde Mental véñense ocupando de dar respostas ás peticións de avaliacións de tipo psicométrico e de estimación do CI. Nos últimos anos observamos que chegan cada vez máis peticións de avaliacións cognitivas realizadas desde os propios Servizos de Saúde Mental e doutros como Neuroloxía, Neurocirurxía ou Rehabilitación e onde se solicitaban estimacións de deterioro, cuestións de pronóstico en programas de rehabilitación, determinación de secuelas cognitivas, axudas no diagnóstico de cadros de deterioro, etc...

No Servizo de Saúde Mental do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña, considerouse que centralizar as avaliacións cognitivas e neuropsicolóxicas nun único dispositivo podía aliviar a presión asistencial nas Unidades de Saúde Mental, e por outro lado, podía dar unha resposta “máis protocolizada” e homoxénea ás peticións de outros servizos clínicos do Complexo Hospitalario (principalmente ao Servizo de Rehabilitación e ao Servizo de Neuroloxía).

En maio de 2006 comezamos coa actividade do Programa de Avaliación Neuropsicolóxica. Este Programa está incluído nas actividades da Unidade de Psiquiatría de Interconsulta e Enlace (Servizo de Saúde Mental do Complexo Hospitalario da Coruña). Ten como grande limitación que o traballo de programa só se realiza un día á semana, aínda que como se verá a continuación somos ambiciosos no que queremos conseguir coa nosa actividade.

A actividade deste programa de avaliación divídese en avaliacións a pacientes ambulatorios e a pacientes hospitalizados, case ao 50%. Outras actividades tamén asumidas polo programa son a actividade **investigadora** e a labor **docente**, como dispositivo incluído na rotación dos residentes de psicoloxía clínica na área da Coruña, e onde tamén existe unha praza para prácticum da facultade de Psicoloxía de Santiago de Compostela.

Avaliación de pacientes hospitalizados

O 90% dos pacientes hospitalizados que avaliamos encontrábanse ingresados no Servizo de Rehabilitación; o 10% restante distribuíase entre o Servizo de Neuroloxía e o Servizo de Coidados Continuados. O feito de realizar a maior parte do noso traballo co servizo de Rehabilitación permítenos subliñar que na avaliación non só se debe establecer o déficit existente senón tamén indicar aquelas capacidades e funcións preservadas, así como o potencial de desenvolvemento e adaptación.

Anteriormente sinalábase que entendemos a avaliación como un proceso de investigación clínica. Para esta investigación e para chegar á elaboración dun modelo explicativo é preciso comezar pola procura da información. Distinguimos as seguintes fontes de datos:

- O tipo de etiloxía do dano cerebral
- A observación do paciente:
 - As entrevistas ao paciente.
 - A aplicación de probas.
- Os familiares ou achegados.

Etioloxía do dano cerebral e as súas secuelas

O coñecemento da anatomía, fisioloxía cerebral, e distribución de funcións cognitivas é fundamental para permitírnos elaborar unha primeira hipótese de estudo e guiar os primeiros pasos na avaliación. Retomando os casos expostos na introdución, que dan conta das patoloxías máis frecuentes que encontramos nos pacientes que levamos avaliados a nivel hospitalario:

Xosé foi diagnosticado de **Traumatismo cráneo encefálico (desde agora TCE) grave**. Un 45% dos pacientes que avaliamos tiñan dano cerebral producido por TCE (nunha proporción home:muller de 7:3). Nestes casos é importante ter en conta variábeis como a zona do impacto (frontal ou lateral) e o nivel de desaceleración (no caso dos accidentes de tráfico esta é moi forte). A nivel cerebral acostúmase observar contusión cortical (principalmente, en polos frontais e temporais), lesión axonal difusa (orixinada polo proceso de desaceleración brusca) e hemorraxias intracraneais. Destes pacientes esperaremos que teñan graves problemas atencionais e de fatiga, variacións importantes na atención ao longo do día, diminución da capacidade de aprendizaxe, lentitude no procesamento da información, problemas de memoria, problemas na planificación e resolución de problemas, e pouca consciencia dos seus déficits. É frecuente a aparición de cambios substanciais nos seus trazos de personalidade, con maior tendencia á agresividade, desinhibición, tendencia ao illamento, apatía e falta de iniciativa.

O xuízo clínico realizado a María foi o de **Accidente cerebro vascular (desde agora ACV) de tipo isquémico na arteria cerebral media esquerda**; dependendo da duración da isquemia e do territorio comprendido podemos esperar problemas afásicos (que poden ir desde a afasia global á afasia nominal, pasando pola de Wernicke ou Broca), apraxia ideomotriz, Síndrome de Gerstmann e alteracións emocionais (labilidade pronunciada, tendencia á irritabilidade, tristeza, fácil emocionalidade) .

Nestes casos (TCE e ACV) é frecuente que teña existido un período de coma; o estudo da duración e profundidade de dito período tamén é unha variábel que acostuma relacionarse coa velocidade de melloría durante os meses seguintes ao “despertar”. Tamén é así no TCE a duración do período de amnesia anterógrada do paciente.

Observación do paciente

Usualmente realizamos o noso primeiro contacto co paciente na planta de Rehabilitación. Nos primeiros días os pacientes acostuman presentar unha grave alteración atencional e unha amnesia anterógrada moi pronunciada.

Observación através das entrevistas

As primeiras visitas ao paciente acostuman ser breves xa que, debido aos problemas físicos e atencionais que sofren, é fácil que cansen. Nestas primeiras entrevistas presentámonos ao paciente e diriximos a conversación con preguntas curtas e concretas, fixándonos nas respostas do suxeito por se, alén da alteración atencional, podemos distinguir algún síntoma relacionado co tipo de dano e co que se espera do mesmo. Ao mesmo tempo aproveitamos para contactar cos familiares e comezar a recadar información sobre o paciente (ver punto seguinte).

Cando o paciente recupera un nivel de vixilia máis estábel podemos comezar a realizar unha avaliación cualitativa con maior profundidade. Aínda que normalmente as mellorías atencionais acostuman ser palpábeis case día a día, nesta evolución danse normalmente como en pequenos “saltos”, máis do que unha melloría constante e paulatina.

Nese momento as alteracións cognitivas que encontrarnos con máis frecuencia son lentitude na velocidade de procesamento de la información, alteracións atencionais (en mantemento, flexibilidade e atención dividida), amnesia, dificultade no razoamento abstracto, e baixa consciencia do déficit. Normalmente é un momento no que aínda non podemos realizar probas específicas sobre funcións concretas e por iso centrámonos en cuestións relativas á orientación (tempo/espazo/persoa), ordes cada vez máis complexas, aprendizaxe de series, preguntas sobre o coñecemento da súa familia, información semántica e memoria autobiográfica.

Observación durante a aplicación das probas

Partimos da idea de que a mellor forma de avaliación neuropsicolóxica é a observación directa do comportamento da persoa. A aplicación de tests e probas permiten sistematizar a observación do suxeito: ao colocar o suxeito en condicións especiais podemos relacionar a alteración cerebral coa súa conduta, e realizar inferencias sobre os procesos cognitivos implicados.

En cada caso seleccionamos as probas e test para un plan individualizado de avaliación. Se queremos monitorizar a evolución do paciente deberemos repetir as avaliacións, así como contar con probas que sexan sensíbeis ás mudanzas que se van producir durante a recuperación do paciente no seu paso hospitalario. Para evitar unha mala aprendizaxe (debido á presentación repetida do mesmo material) é importante dispor de probas como o Test condutual de memoria Rivermead, que ten 4 versións paralelas. Noutras ocasións podemos utilizar probas que teñen versións diferentes: por exemplo, se temos interese en

observar a evolución na capacidade de aprendizaxe verbal podemos usar nun momento o “Test audioverbal de Rey”, noutro a “Aprendizaxe de palabras” do PIEN e nun terceiro a “Listado de palabras” do WMS-III.

Na maior parte das ocasións deberemos ser flexíbeis e axustar as entrevistas e as probas a alteracións no paciente como as seguintes:

- Déficit atencional e fatiga
- Problemas de memoria
- Dificultades motoras
- Síndromes afásicos que dificultan a comprensión
- Déficit motivacional
- Depresión e frustración

Para a selección de tests e probas son de grande axuda manuais como o de Lezack (2004) ou o de Strauss, Sherman e Spreen (2006).

TÁBOA 3. Velocidade de procesamento da información

Atención: “Fixación atencional”, “amplitude atencional”, “flexibilidade atencional”, “atención dividida”.

Memoria e- Aprendizaxe: “Memoria a Curto Prazo”, “Memoria de Traballo”, tanto auditivo-verbal, coma visual. Procesos de memoria semántica e de memoria procedemental. A “memoria autobiográfica”

Comunicación – Linguaxe: Comunicación non verbal, para-verbal. Linguaxe expresiva e comprensiva.

Funcións executivas: Estas funcións son as encargadas de elaboración de plans comportamentais complexos, realizando entre outras actividades: A manutención da atención durante a resolución de problemas / A rectificación de erros, / A posíbel mudanza de estratexia para a consecución de obxectivos se se observa un rendemento deficitario.

Sempre que nos resulta posíbel, tratamos de avaliar de forma máis ampla os pacientes durante a súa hospitalización e así, no momento da alta hospitalaria, poder dar información sobre a evolución e o estado das principais funcións cognitivas (ver táboa 3).

Para este tipo de avaliación, e para realizar as avaliacións de seguimento, seleccionamos diferentes probas a modo de protocolo. A selección de probas e a súa procedencia, así como a orde de aplicación, indícanse na táboa 4. Con este protocolo realizamos un seguimento en tres momentos: no momento da alta hospitalaria, aos seis meses, e aos 18 meses da alta hospitalaria. A avaliación permitiranos coñecer de forma adecuada a evolución do paciente, mais

tamén obter os nosos propios datos sobre a evolución de determinados tipos de dano cerebral.

TÁBOA 4

Textos I (WMS-II)
Caras I (WMS-II)
Listado de palabras I (WMS-II)
Chave de números – codificación (WAIS-III)
CTMT
FAB
Díxitos directos e inversos (WMS-II)
Localización espacial (WMS-II)
Textos II (WMS-II)
Caras II (WMS-II)
Listado de palabras II (WMS-II)
Chave de números – copia (WAIS-III)
Discriminación visual de figuras de Benton

Para a selección das probas que incluímos no noso protocolo usamos os seguintes criterios:

- Ser eficiente para obter información básica das principais funcións cognitivas.
- A frecuencia do tipo de problemas sobre os que nos ían demandar respostas (principalmente problemas atencionais, de memoria e de funcións executivas)
- Que as probas estivesen estandarizadas coa poboación de referencia máis próxima posíbel.
- Que non levase moito tempo a súa aplicación e que se puidese aplicar nunha soa entrevista.
- Que fosen probas que tivesen un bo arraigo na comunidade de profesionais da neuropsicoloxía; para facilitar o seguimento dos pacientes por parte doutros profesionais.

Escollemos unha grande parte de probas da Escala de Memoria de Wechsler III (WMS-III) debido á alta frecuencia de problemas de memoria que íamos avaliar, á recente publicación da Escala, e ao bo rango de idade (16 a máis de

74 anos). Ademais, no noso protocolo mantemos os intervalos entre probas (entre Textos I e Textos II, Caras I e Caras II, e Listado de palabras) que nos permiten tamén contar cun bo número de índices da Escala. As probas seleccionadas da Escala de Memoria de Wechsler – III son: Textos , Caras, Listado de palabras, Díxitos e Localización espacial.

Da Escala de Intelixencia de Wechsler (WAIS-III) as probas de Chave de números (tanto codificación coma copia). Das probas de Benton, seleccionamos a de Discriminación Visual de Figuras (Rey e Sivan, 1995). Ademais incluímos a Batería neuropsicolóxica de avaliación de funcións frontais FAB (Dubois et al, 2000), e o Comprehensive Trail Making Test (CTMT) de Reynolds, C. R. Na táboa 5 indícanse as funcións que se pretenden avaliar por cada subtest.

TÁBOA 5. Relación entre funcións avaliadas e proba

Textos	Aprendizaxe audio verbal de frases
	Aprendizaxe audio verbal de temas
Caras	Aprendizaxe visual, sensíbel a déficit en Hemisferio Dereito
Listado de palabras	Efectos de primacía e recencia
	Capacidade de aprendizaxe semántica
Chave de números “codificación”	Velocidade de procesamento
Chave de números “copia”	Velocidade perceptiva e grafomotora
CTMT	Capacidade de rastreo visual
	Hemineglixencia
	Atención alternante
	Aprendizaxe incidental de estratexias
FAB	Control motor e programación de movementos voluntarios
	Funcións executivas: capacidade de inhibición
Díxitos orde directa	Memoria auditiva a curto prazo
Localización espacial	Memoria visual a curto prazo
Discriminación visual de figuras de Benton	Atención visual. Sensíbel a dano cerebral e á hemineglixencia
	En ausencia de afectación atencional avalía memoria visual e relación espacial (Hemisferio dereito posterior)

Esta selección de probas tamén nos permite realizar diferentes comparacións entre os resultados dos tests. A comparación permítenos unha mellor análise de procesos cognitivos; sen intención de realizar unha análise pormenorizada sinalamos as principais comparacións posibles entre os tests do protocolo:

- A comparación no rendemento entre “Textos” e “Listado de palabras” permítenos realizar inferencias sobre a capacidade do paciente de realizar esquemas conceptuais novos.
- A comparación por un lado de “Textos I”, “Caras I”, “Listado de Palabras I”, e por outro de “Textos II”, “Caras II”, “Listado de Palabras II”, infórmanos sobre a capacidade de consolidación e a perda de información despois de tarefas de interferencia.
- A comparación entre “Textos” por un lado e “Caras” por outro, informa das diferenzas entre o procesamento verbal e o visual. Conseguimos o mesmo realizando unha comparación entre “Díxitos” e “Localización espacial” pero neste caso avaliando a Memoria a Curto Prazo e a amplitude atencional.
- Entre Lembranza de Textos e Recoñecemento de Textos, e entre Lembranza de Listado de palabras e Recoñecemento de Listado de palabras, analizamos o esquecemento debido a problemas de codificación e almacenamento, e diferenciamos do esquecemento debido a problemas de recuperación.
- A comparación entre “Chave de números – codificación” e “Chave de números – copia”, permítenos mellorar a análise da velocidade de procesamento e da memorización de estímulos.
- Observarase que non existen probas específicas de avaliación da linguaxe, xa que o propio servizo de Rehabilitación conta con médico foniatra e logopedas, que normalmente asumirán problemas de tipo afásico, aínda que en ocasións se nos pidan avaliacións complementarias que inclúe avaliación da linguaxe.

Ao usar o protocolo como elemento de filtrado, en bastantes ocasións debemos realizar avaliacións máis detalladas sobre aspectos atencionais, de memoria, de funcións frontais, ou sobre aspectos sensoriais, praxias, comunicacionais ou emocionais. Nestas avaliacións máis específicas, tratamos de manter o equilibrio dos datos que proveñen de informadores, da nosa observación directa e das probas.

Familiares e achegados como informantes do paciente

Para realizar a avaliación neuropsicolóxica debemos obter información sobre a vida previa do suxeito, o seu nivel de escolarización e rendemento académico, a situación laboral acadada e tipo de actividades que realizaba, os seus hábitos, o seu nivel de adaptación social... Se non dispomos deste tipo de información non terá ningunha validez a interpretación dos resultados que obteñamos na avaliación ao suxeito.

É posíbel que nós xa esteamos acostumados ao entorno hospitalario, aos seus usos e costumes, e incluso ao traballo con pacientes afectados por dano cerebral, por iso debemos facer un esforzo para recordar que nos acercamos a persoas cunha capacidade de adaptación e de afrontamento normal na súa vida diaria, pero que se están a enfrentar a unhas circunstancias especiais (incertidume, preocupación por un ser querido, entorno diferente e estraño...).

É importante facelos partícipes de que son parte fundamental do traballo de rehabilitación e do coidado do paciente; durante as nosas entrevistas con eles tratamos de:

- Explicarlles que a información que se lles pide é parte do traballo de axuda e rehabilitación,
- Reforzar os seus desexos de preguntar e querer resolver dúbidas, porque facilitará a súa labor de apoio e coidado no futuro ao paciente,
- Darlles a oportunidade de recibir apoio e atención aos seus propios problemas emocionais (nese momento son poucos os familiares que a demandan, mais debemos facilitar que poidan pedila máis adiante...)

Con frecuencia encontrámonos coas seguintes reaccións nos familiares:

- **Resistencia ás valoracións psicolóxicas;** en ocasións vese a avaliación como unha medida que fixará xa un estado estábel de secuelas, que poidan indicar unha “estabilidade” ou “estancamento”. Cando os familiares están esperanzados coa recuperación total do paciente e non aceptan outra meta, calquera avaliación pode sinalar a presenza dalgún déficit que non se poida recuperar e polo tanto que se pode percibir como unha ameaza.
- **Omisión de información “negativa” do paciente.** Tenden a dar unha boa imaxe do paciente, realizando un relato que selecciona os mellores aspectos previos e evita informar de problemas ou elementos considerados negativos do suxeito. Isto xera unha tendencia na avaliación do paciente na que asignamos todo o “sintomático/ patolóxico” que encontramos na avaliación ao dano, e non a elementos premórbidos.

Se realizamos unha única entrevista no inicio do proceso é posíbel que acabemos estimando como resultado do dano cerebral alteracións que xa estaban presentes antes do incidente que producise o dano.

Manter un contacto fluído cos familiares durante todo o período da hospitalización é, polo tanto, moi recomendábel para o proceso da avaliación neuropsicolóxica e, como veremos máis adiante, fundamental para o afrontamento por parte da familia, do dano cerebral dun dos seus membros.

A atención aos familiares de pacientes con dano cerebral

O noso contacto co paciente e a súa familia realízase, normalmente, cando xa pasaron unhas semanas ou meses desde o accidente. Podemos entender este momento como unha fase post-aguda no proceso sanitario do doente.

Neste tempo as vivencias da familia durante a súa estancia no hospital seguramente se viron influenciadas polos seguintes dous aspectos:

- **O “percurso” hospitalario previo**

Canto tempo pasou o paciente en coma, cantas operacións se lle realizaron, que gravidade vital supuñan as súas feridas, etc. son aspectos que xeran un estado de shock ás familias que acoden ao hospital (moitas veces pola noite, aumentando así o dramatismo da situación). Chegan ao hospital, confusión de a quen avisar, onde está o paciente, non saber a quen se deben dirixir...

Os primeiros contactos cos médicos. Observamos que existe unha tendencia a dar, nos primeiros momentos, información moi negativa, inicialmente co obxectivo de “preparar a familia para o peor”.

- **O entorno hospitalario**

Unha vez pasado o primeiro momento, comeza unha espera, pero mantendo a incertidume sobre o momento no que poderá acordar (ou non).

Adaptación a:

- os horarios e ritmos do hospital.
- o entorno físico.

Son eles os que deben realizar todo o proceso de adaptación. Nun momento en que prima un nivel elevado de angustia. Isto pode supor un aumento de desesperanza, cando, no mellor dos casos, é un proceso case de “ensaio e erro”.

Neste proceso é posíbel que desde o entorno hospitalario existan respostas diferentes a diferentes tipos de coidadores: refórzase a súa pasividade e sanciónase ao coidador que defende os dereitos do doente.

Afrontando o Dano Cerebral

O dano cerebral supón para a familia unha ameaza que supera os seus recursos e a súa capacidade de afrontamento. A familia percibe como un dos seus membros sofre este dano (atribución interna) e que afecta a todos os roles do paciente (atribución global); se realiza unha atribución estábel (non se pode facer nada para mudar a situación) é moi probábel que a familia se suma nun estado de indefensión e pódense inhibir respostas adaptativas futuras.

Á hora da intervención de axuda psicolóxica ás familias é importante plantexarse os seguintes principios (extraídos de Prigatano, 1999):

- O clínico debe comezar o proceso desde a experiencia subxectiva e fenomenolóxica do paciente e da familia para reducir as frustracións e a confusión para conseguir implicalos no proceso da rehabilitación.
- As intervencións psicoterapéuticas son unha parte importante da rehabilitación neuropsicolóxica porque axuda aos pacientes e aos seus familiares para afrontar as perdas sufridas.
- O traballo con pacientes con alteracións cognitivas e conductuais, polo dano cerebral sufrido, produce intensas reaccións afectivas tanto nos familiares dos pacientes coma no persoal de rehabilitación. É importante prever aquelas reaccións que poidan dificultar o proceso, e en caso de que aparezan realizar as intervencións adecuadas para facilitar o mellor afrontamento do proceso rehabilitador.

É certo que o noso contacto coa familia se ve caracterizado por unha fase de esperanza da familia, na que teñen un optimismo esaxerado acerca da recuperación do doente e que en ocasións chega á negación de certos déficit. É importante poder encamiñar a familia a unha percepción máis axustada á realidade sen que renuncien á esperanza de melloras; nas ocasións nas que simplemente se confronta a familia cos déficit do paciente, o que acostuma facer a familia é emprender un proceso rehabilitador en “paralelo” ao sanitario, e isto terá como consecuencia unha peor evolución a medio e longo prazo. Da mesma forma, dar información sobre el Dano Cerebral é importante, mais nalgúns ocasións estes coñecementos fan que a familia ou o doente, por un mecanismo de “intelectualización”, se afaste da súa propia realidade.

Nós fixámonos como obxectivo psicoterapéutico o devolver **a percepción de control sobre as súas vidas**. Consideramos básicas as seguintes recomendacións para manter o control na familia (Muñoz e Tirapu, 2001)

- a) Preparación en habilidades de afrontamento e solución de problemas que permitan manexar dun xeito máis eficaz as situacións de conflito máis frecuentes.

- b) A necesidade de apoio emocional, a posibilidade de poder compartir as súas propias frustracións e solucións aos diversos problemas con que se encontran. Asertividade e capacidade de delegar.
- c) O coñecemento dos recursos dispoñíbeis na comunidade, tanto a nivel legal coma económico ou asistencial, que permitan continuar a atención e rehabilitación destas persoas e posibiliten períodos de descanso para os familiares.
- d) O establecemento de redes sociais e grupos de autoaxuda á comunidade.

Bibliografía

- DUBOIS B., SLACHEVSKY A., LITVAN I., PILLON B. (2000) The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*; 55; 1621-6
- GARCÍA ÁLVAREZ, M. A. (2006). Procesos asistenciales y cuidado a las familias con daño cerebral adquirido. En *Avances de Neuropsicología clínica* (pag.245 a 274). Madrid: Editorial MAPFRE.
- LEZAK, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- MUÑOZ CÉSPEDES, J. M. e TIRAPU USTARROZ, J. (2001) Rehabilitación neuropsicológica. Madrid: Síntesis.
- PRIGATANO, G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press.
- REY, G. J. e SIVAN, A. B. (1995). *Las pruebas de Benton para el Diagnóstico Neuropsicológico*. Iowa City: AJA Associates.
- STRAUSS, E. M. S. SHERMAN, & O. SPREEN. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- TIRAPU USTÁRROZ, J., RIOS LAGO M., MAESTÚ UNTURBE F. (2008). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera editores.
- WECHSLER D. (2004). *Manual técnico de la escala de memoria de Wechsler –III*. Madrid: Tea ediciones.

Intervencións psicolóxicas no proceso do transplante



Gonzalo Martínez Sande

Psicólogo Clínico
U.P.I.E. – Servizo de Saúde Mental
C.H.U. A Coruña

O transplante de órganos experimentou un grande desenvolvemento nos últimos anos. Foi cos avances nas terapias inmunosupresoras co que alcanzou unha grande difusión. Hai un considerábel consenso respecto do grande estrese implicado pola experiencia de transplante. Debe terse en conta tamén que o resultado final do proceso pode dar lugar a unha moi ampla gama de condicións, que pode ir desde unha recuperación case plena da normalidade, incluíndo desde a posibilidade de reintegración á vida laboral ao cabo dun certo tempo até situacións con peculiares elementos de cronicidade, cunha variabilidade moi ampla en canto aos déficits ou incapacidades implicados.

Neste traballo vamos ordenar a exposición en catro momentos ou fases o procedemento de transplante: a avaliación inicial do candidato e a súa inclusión na lista de espera, o período preoperatorio de espera, o postoperatorio inmediato (durante o que o paciente está hospitalizado) e o seguimento posterior, que inclúe o proceso de recuperación no domicilio. En cada unha destas “fases” as necesidades e problemas que deben afrontar o paciente e a súa familia son diferentes e, consecuentemente, tamén o serán as intervencións psicolóxicas que procedan en cada etapa do proceso.

1. A avaliación

A avaliación psicosocial ten como obxectivo seleccionar como candidatos ao transplante aqueles pacientes que pensamos que, en función de presentar certas características, poden manter mellores coidados no postoperatorio. Por outro lado, outro dos seus obxectivos sería promover a equidade no acceso ás listas de espera. En función do anteriormente sinalado un dos elementos centrais na avaliación é establecer a presenza ou ausencia dos factores asociados ao mal cumprimento de indicacións ou normas médicas (Kay e Bienenfeld, 1991; Paris et al., 1994; Dew et al., 1996a; Dew et al., 1996b). Hai que ter en conta tamén, neste momento, a presentación e o control das posíbeis complicacións psicopatolóxicas.

1.1. *Obxectivos e criterios da avaliación*

Desde unha situación inicial na que había certas diferenzas entre os criterios que sostiñan os programas de diferentes centros, foise evolucionando até un importante grao de consenso, como é o existente na actualidade (Olbrisch e Levenson, 1991; Levenson e Olbrisch, 1993). Mantense aínda unha certa discusión en relación a se os factores psicosociais (sen considerar o incumprimento) deberían considerarse criterios de exclusión absoluta.

Os programas de transplante de corazón e pulmón acostuman ser os que observan criterios máis restritivos en canto á admisión en lista de espera; os programas de fígado e rins, polo contrario, acostuman ser máis flexíbeis. Considerando as listaxes de criterios publicadas por diferentes programas de transplante, encontrámonos con que os programas de transplante de corazón e pulmón consideran como posíbeis criterios de contraindicación a existencia de problemas no ámbito psicosocial, do cumprimento co réxime médico, e a existencia de patoloxía psiquiátrica con psicopatoloxía activa e/ou o consumo de substancias (Millar, 1998; Maurer et al., 1998). Os programas de transplante de fígado manteñen só o do abuso de substancias (Lucey et al., 1998), e os de rins non consideran eses ámbitos de problemas (Consensus conference on standardized listing criteria for renal transplant candidates, 1998).

Como resumo dos criterios de avaliación psicosocial no transplante de órganos pódese sinalar (Skotzko e Strouse, 2002) que hai acordo en considerar como **contraindicacións absolutas**: a situación de consumo de substancias, a presenza de psicoses cando esta limita de maneira significativa o funcionamento persoal (na área do consentimento informado ou na área do cumprimento), o rexeitamento do transplante e/ou a presenza de ideación suicida, a existencia de transtorno facticio con síntomas físicos, o non cumprimento co sistema de

transplante e a mala disposición a participar no tratamento psicoeducativo e psiquiátrico.

Como **contraindicacións relativas** pódense considerar: en primeiro lugar, a existencia de demencia ou outra disfunción cerebral, se implica o feito de que non se poidan organizar recursos psicosociais suficientes para supervisar o cumprimento coa medicación e o réxime médico ou se é (o dano cerebral) dun tipo que se sabe que estea relacionado con alto risco de resultado neuropsiquiátrico adverso no postransplante (por exemplo, demencia por alcol ou síndromes do lóbulo frontal); en segundo lugar, a presenza de doenza psiquiátrica grave con problemas de tratamento (por exemplo, transtornos do estado de ánimo con risco de suicidio, esquizofrenia, transtornos da alimentación e transtornos da personalidade).

1.2. O proceso da avaliación

Desde sempre se considera que o obxectivo final da avaliación psicosocial do candidato a transplante é o de poder proporcionar ao equipo que vai tomar a decisión respecto da súa inclusión ou idoneidade información acerca de:

- O nivel previo e actual da adaptación psicolóxica, incluíndo unha valoración do impacto tanto pasado coma presente da doenza cardíaca e do proceso de avaliación do transplante.
- Identificación da psicopatoloxía clinicamente significativa, especialmente cando poida influír no cumprimento e na comprensión das experiencias no perioperatorio e a convalecencia do candidato coa medicación e as complicacións.
- Valoración da estabilidade, satisfacción e dispoñibilidade de apoio social para o candidato no pre e postoperatorio.
- Valorar a avaliación que fan o candidato e a familia das vicisitudes e os requirimentos da cirurxía de transplante. (Kay e Bienenfeld, 1991).

En diversas revisións realizadas (Olbrisch e Levenson, 1991; Levenson e Olbrisch, 1993) encontrouse unha grande variabilidade entre os diferentes programas de diferentes centros en canto ás probas utilizadas e o grao de formalización da avaliación dos candidatos a transplante.

O PACT (Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation; Olbrisch, Levenson e Hamer, 1989) que, no noso uso, é máis un “organizador” da entrevista que un cuestionario a puntuar, parécenos de grande utilidade ao permitir estruturar a avaliación dun conxunto de ámbitos que a investigación mostrou de relevancia en canto á evolución dos pacientes transplantados. Este instrumento está organizado para a valoración en catro áreas, a través de varias subescalas en cada unha delas: apoio social (avalíase a estabilidade e a dispo-

ñibilidade da familia ou os sistemas de apoio), saúde psicolóxica (presenza de psicopatoloxía e trazos estábeis de personalidade, así como o risco psicopatolóxico), factores ligados ao estilo de vida (salubridade do estilo de vida e capacidade para manter os cambios, uso de drogas e alcol e grao de cumprimento cos tratamentos previos) e comprensión do transplante e o seguimento (grao de coñecemento e receptividade á información).

FIG. 1. Avaliación psicosocial de candidatos para transplante (PACT)

Nome do paciente: _____ Data: _____

Avaliador: _____

Clasificación inicial da calidade do candidato

(use as categorías do 1 ao 4 só para aqueles pacientes que Vd. crea que deben ser aceptados para cirurxía)

0	1	2	3	4
Pobre. Cirurxía contraindicada	Límite. Aceptábel baixo certas condicións	Aceptábel, con algunhas reservas	Bo candidato	Candidato excelente

I. Apoio social

a) Estabilidade da familia ou os sistemas de apoio

1	2	3	4	5
Relacións moi inestábeis. Lazos persoais débiles	Algunhas relacións estábeis, pero con algún problema evidente		Estábel, relacións próximas, vínculos fortes, apoios saudábeis	Imposíbel clasificar

b) Disponibilidade da familia ou os sistemas de apoio

1	2	3	4	5
Sen apoios dispoñíbeis Relacións inestábeis	Disponibilidade de apoios limitada por factores xeográficos ou emocionais		Acompañando ao paciente no proceso; apoiado emocionalmente Apoios saudábeis	Imposíbel clasificar

II. Saúde psicolóxica

c) Psicopatoloxía, factores estábeis de personalidade

1	2	3	4	5
Psicopatoloxía activa severa (ex. tr. psicótico tr. personalidade, depresión maior recorrente)	Problemas moderados de personalidade ou de axuste ou afrontamento (ex. tr. adaptativo)		Ben axustado	Imposíbel clasificar

d) Risco psicopatolóxico

1	2	3	4	5
Historia de psicopatoloxía maior familiar ou persoal		Algún período de dificultades de afrontamento. Sensibilidade psicopatolóxica ás medicacións: historia familiar de psicopatoloxía maior	Sen historia de psicopatoloxía familiar nin persoal. Sen períodos de afrontamento pobre	Imposíbel clasificar

III. Factores do estilo de vida

e) Salubridade do estilo de vida e capacidade para manter cambios

1	2	3	4	5
Estilo de vida sedentario, problemas maiores de dieta, fumador. Reticente a cambiar		Pode requirir indicacións para reducir riscos controlábeis. Desexa cambiar	Cambios importantes e mantidos no estilo de vida. Sen factores de risco maiores	Imposíbel clasificar

f) Uso de drogas e alcol

1	2	3	4	5
Dependencia. Renuncia a cambiar		Uso non diario, moderado. Desexa uso discontinuo	Abstinencia ou uso esporádico	Imposíbel clasificar

g) Adhesión a tratamentos previos

1	2	3	4	5
Pouco implicado, pouco interesado, non consulta médicos		Xeralmente consulta médicos, utiliza remedios recoñecidos, adhesión case adecuada	Consulta médicos, atento, conserva informes e segue as pautas indicadas	Imposíbel clasificar

IV. Grao de comprensión sobre o transplante e o seguimento

h) Grao de coñecemento e receptividade á información

1	2	3	4	5
Ningún coñecemento sobre o proceso, ve o transplante como unha cura; non se fai composición a longo prazo		En xeral bo entendemento, con algunhas carencias (coñecemento ou negociacións)	Realista, capaz de establecer riscos e beneficios	Imposíbel clasificar

Clasificación final do grao de idoneidade do candidato

(Non faga media das respostas anteriores)

0	1	2	3	4
Cirurxía contraindicada. Idoneidade pobre	Aceptábel baixo certas condicións. Idoneidade límite	Aceptábel baixo certas condicións	Bo candidato	Candidato excelente

Cales dos anteriores elementos contribuíron con máis peso á súa cualificación final?

(Rodee)

a b c d e f g h

**Enumere calquera factor que influíra na súa cualificación final
diferente dos enumerados no apartado anterior:**

Pódese considerar tamén o uso de tests ou cuestionarios de ansiedade (STAI) ou depresión (BDI, MADRS) ou mixtos como o HAD. No suposto de que teñamos información respecto de antecedentes de problemas cognitivos (particularmente relevante no ámbito do transplante de fígado se existen antecedentes de episodios de encefalopatía) debería valorarse co MMSE e algunha proba breve como o CTMT ou o Stroop, ou outra de características análogas e, en función do resultado, debería organizarse unha exploración neuropsicolóxica máis complexa.

Xa que os transtornos de personalidade foron considerados un dos factores vinculados ao incumprimento ou mal cumprimento con tratamentos e indicacións médicas en xeral e no ámbito do transplante en particular, se na entrevista entrevemos a posibilidade de existencia de problemas nese ámbito sería conveniente aprofundar no seu estudo, por exemplo, aplicando algún cuestionario de personalidade (MCMI-III o MMPI-2). Pódese considerar tamén o uso dalgún cuestionario de apoio social, en cuxo caso sería preferíbel o uso daqueles orientados á avaliación da utilidade subxectiva, percibida polo paciente, da rede de apoio.

2. Período preoperatorio. A espera

No período preoperatorio os acontecementos psiquiátricos máis frecuentes son: os trastornos adaptativos, a depresión, a ansiedade e a encefalopatía. Moitos autores consideran que en grande medida a ansiedade e a depresión, de alta prevalencia nesta fase, teñen unha compoñente reactiva á propia situación. Nos candidatos a transplante de pulmón, durante o período de espera, acostuman estar moi presentes os trastornos de ansiedade. Nestes pacientes, os síntomas de ansiedade non correlacionan con achados obxectivos de obstrucións respiratorias e máis ben representan unha resposta catastrófica ao cambio percibido na función pulmonar (Surman, 1999). Se detectamos a existencia de depresión é moi importante considerar a súa marxe de tratabilidade e estar moi atentos ás súas implicacións de conduta. Para aqueles pacientes que padeceron trastornos afectivos no pasado é importante establecer en que medida isto afectou ao cumprimento coas medicacións e os tratamentos prescritos.

Esta fase no procedemento do transplante presenta numerosas analoxías coa que algúns autores caracterizaron como fase de crise ou de impacto inicial en estudos acerca da doenza crónica e a familia (Rolland, 1987, 1999; Navarro, 1995, 1998). Neste sentido, ao mesmo tempo que se explora e se comeza a traballar coa comunicación intrafamiliar en relación ao apoio social, convén abordar o tema da colaboración do paciente e a familia co equipo de transplante, dentro do tópico do que viñan sendo consideradas intervencións de “avogacía” da familia ou de mediación co sistema médico.

É de grande importancia traballar as posíbeis dificultades da familia en canto aos cambios de roles e o axuste da resposta perante a situación de emerxencia. Cando isto sexa así, deben incluírse desde o principio os posíbeis “descansos” do acompañante ou coidador primario (postos en relación nesta fase coa espera e a hospitalización).

Debe considerarse tamén, se for posíbel, a remisión a grupos de apoio (Soos, 1992) ou o proceso de “modelado informal” que implica manter conversacións con persoas que xa pasaron este proceso; este aspecto pode abordarse de xeito máis ou menos formalizado: desde a posta en contacto con pacientes xa transplantados (a través das asociacións de transplantados) á realización de grupos de orientación psicoeducativa que contan coa colaboración de transplantados e familiares, que poden ter en conta aspectos de estrutura e procedemento dos grupos multifamiliares de afectados por doenzas crónicas (Steinglass, 1998).

En canto ás intervencións, debe considerarse un amplo abano desde un marco de intervención integrador que teña en conta a situación do paciente en

cada momento e sen perder de vista os familiares e, en particular, o cónxuxe. Desde este punto de vista deberíamos considerar o uso das técnicas de auto-control e control de estrese: relaxación, visualización,... para axudar a afrontar a ansiedade. Para favorecer a percepción de control poden considerarse técnicas de adquisición de habilidades: control da ira, resolución de problemas... Para o control das expectativas pouco realistas poden terse en conta as intervencións cognitivo-conductuais.

2.1. Parada: unha reflexión sobre a técnica e as intervencións

Este programa, e polo tanto o traballo do psicólogo clínico nel, forma parte do traballo de enlace polo que vou esbozar unha serie de apuntes que orienten unha reflexión de carácter máis xeral que poida enmarcar as indicacións e propostas anteriores.

O noso enfoque do ámbito do que convencionalmente se vén denominando “Psicología da Saúde” estaría máis próximo das propostas como as de Navarro Góngora, que pretenden ter en conta aspectos máis globais e de marco, que dos “deseños de intervención” específicos, con frecuencia demasiado ligados a patoloxías concretas que ao final presentan unha cantidade considerábel de apartados que poden ser intercambiados (relaxación, habilidades sociais...) onde un ten a sensación de estar comendo nun restaurante cunha “salsa de aliño monocorde”.

Dentro destes aspectos de marco consideramos de grande importancia os elementos que teñen que ver coa creación da colaboración, de elaboración das solucións (en situacións de perda e grave estrese), de establecemento de redes relacionais, de funcionamento do apoio social, etc. Por isto debo sinalar os elementos que me resultaron útiles á hora de pensar o traballo como psicólogo nun hospital no marco do traballo de interconsulta e enlace, entre eles están:

1. A teoría da crise e a intervención en crise e o concepto de dor e traballo/elaboración da dor. Son marcos de referencia que permiten facer intelixíbel o proceso de cambio/adaptación implicado pola presenza dunha doenza/*hándicap* crónicos e que permiten estruturar o traballo de reinvencción persoal implicado polo proceso de encaixe da doenza e a perda. Tendo en conta que este traballo acostuma desenvolverse nun contexto de importante limitación temporal (a duración da hospitalización).
2. Pode considerarse tamén importante a formación e capacitación en formas de traballo como o consello psicológico ou “counselling” (Barreto et al., 1997), alén da capacitación específica que un poida ter como terapeuta.

Para entender as peculiaridades que o funcionamento dunha institución como un hospital implica en relación á situación dos pacientes nel ingresados é de particular importancia o traballo desde esquemas que busquen potenciar a axencia/posición de actividade dos pacientes no marco de esquemas de busca de colaboración. Neste punto as orientacións de Anderson (1999), de Pakman (1995) e dos Griffith (1996,1997) parécenme de particular utilidade.

O hospital é unha institución complexa. Por iso se revelan como particularmente importantes as claves analíticas que nos proporcionan autores do ámbito da análise institucional e organizacional. Este sería un dos nós nos que establecer ponte entre ámbitos convencionalmente moi separados como o da Psicología Clínica e o da Psicología da Intervención Social.

En relación ao proceso de inserción do psicólogo nos servizos cos que debe colaborar e co fin de contextualizar adecuadamente as propostas de intervención e os programas de colaboración, tendo en conta a posición de consultante na que se accede aos casos e o funcionamento do servizo onde se encontra o paciente atendido, creo que seguen mantendo plenamente interese e actualidade os traballos de Caplan (1993, 1997, 1999). Considero particularmente relevante a distinción que o autor establece, entre as dúas fórmulas básicas da forma na que se establece a relación do Psi- cos outros profesionais sanitarios, en particular cos médicos: a consulta e a colaboración (na que o psicólogo acostuma estar incluído no *staff* do servizo médico).

2.2. O traballo sobre as relacións familiares

Durante a entrevista de avaliación deben explorarse as pautas da parella en particular e da familia en xeral en canto a dar e recibir apoio.

O traballo coa parella debe comezar no momento da avaliación. En realidade sabemos que a separación entre avaliación e intervención é máis de carácter expositivo do que unha descrición do contexto real de intervención. Seguindo o sinalado por Cutrona (1996), debemos explorar as diferentes formas de dar e recibir apoio e cales son as máis frecuentes nesta parella. Debemos tamén explorar as diferenzas individuais no xeito de reaccionar perante as adversidades e as preferencias por parte de cada un dos cónxuxes respecto da forma na que prefiren recibir apoio.

O traballo nesta fase é fundamental de cara a como o paciente e a familia afrontarán o proceso e os problemas e esixencias característicos de cada un dos seus sucesivos momentos.

Na fase inicial de avaliación e na de espera é particularmente relevante o traballo en relación ás formas de apoio mutuo da parella no contexto de

doenza dun dos cónxuxes. A este respecto parécennos relevantes os ámbitos / tópicos sinalados por Cutrona:

FIG. 2. Apoio social na parella / intervencións en doenzas crónicas.
Conceptos básicos para a intervención preventiva (C. E. CUTRONA, 1.996)

O apoio social é importante

1. Todos necesitamos saber que alguén se ocupará de coidar de nós e axudarnos nos momentos difíciles.
2. Se o noso cónxuxe nos falla nun momento difícil, sentímonos especialmente enfadados, encolerizados e decepcionados.
3. Non agardes a unha grande crise para axudar ao teu cónxuxe: o apoio día a día nos pequenos problemas é moi gratificante, e enriquece a relación.
4. Se amosas apoio ao teu cónxuxe en problemas menores, confiará en que pode contar contigo cando aparezan problemas máis serios.
5. Se o teu cónxuxe e ti vos proporcionades apoio recíproco de forma consistente, é máis probábel que vos perdoedes os pequenos erros; as tensións da relación non se inflarán até converterse en problemas graves.

Comprende e respecta as diferenzas

6. Para algunhas persoas é fácil pedir axuda; para outras, é case imposible.
7. Algunhas persoas prefiren falar sobre acontecementos adversos ou problemas coa súa parella xusto cando ocorren; outras prefiren agardar até que cren que xa pasou todo ou até que comezan a resolver o problema.
8. Os individuos afrontan o estrese e as calamidades de moitas maneiras diferentes; non hai un xeito correcto ou incorrecto.
9. É importante entender como afronta o estrese o teu cónxuxe.
10. Pódese aprender das diferenzas entre o estilo de afrontamento do teu cónxuxe e o teu.
11. Os individuos temos preferencia por determinados tipos de apoio; é importante aprender que tipos de apoio son máis aceptábeis e útiles para o teu cónxuxe.

Outras persoas tamén poden proporcionar apoio

12. Pode ser que o teu cónxuxe non poida proporcionarche todos os tipos de apoio que precisas; procúraos fóra da relación.
13. Non é necesario que o teu cónxuxe cubra todas as túas necesidades de apoio; busca persoas que poidan proporcionarche certos tipos de apoio sen danar o matrimonio.

É importante comunicarse claramente

14. Aínda que o teu cónxuxe non saiba que é o que vai mal, notará que algo vai mal.
15. Se non lle dis cal é o problema, chegará a conclusións erradas.
16. Se non lle dis que é o que vai mal, non poderá axudarche a solucionalo.
17. As persoas piden axuda de moitas maneiras; aprende a coñecer Os sinais de que o teu cónxuxe precisa do teu apoio.
18. Nin sequer as persoas que levan casadas moito tempo son capaces de se ler a mente mutuamente; axuda ao teu cónxuxe dicíndolle claramente que é o que desexas.

Usa as habilidades de apoio durante as discusións

19. As habilidades de comunicación de apoio poden ser útiles incluso durante as discusións; escoita, comprende e, se for posíbel, acepta o que o teu cónxuxe expresa.

Os momentos de intimidade –compartir pensamentos íntimos– son importantes

20. Comparte os sentimentos positivos coa túa parella –acerca da relación, sobre el / ela, sobre a vida que construístes xuntos.
21. Comparte os teus pensamentos íntimos coa túa parella –as túas esperanzas, sonhos, decepcións.
22. Trata con coidado as auto-revelacións do teu cónxuxe –escóitaas, válidaas, faite cargo delas.

Afrontade xuntos as crises

23. En momentos de estrese grave ou calamidade mantédevos xuntos emocionalmente: sufríde xuntos, chorade xuntos, gritade xuntos. Loitade duro por permanecer unidos.
24. Combatede a vosa tendencia natural a pecharvos no voso propio sufrimento; forzádevos a compartir os vosos pensamentos e sentimentos coa vosa parella.
25. Planeade unha estratexia para sobrevivir á crise unidos: alternade para “desmoronarvos”, facede listaxes de persoas que poidan proporcionarvos axuda e consello, esforzádevos por encontrarlle algún significado á experiencia.

Cando un dos cónxuxes enferma, ambos necesitan apoio

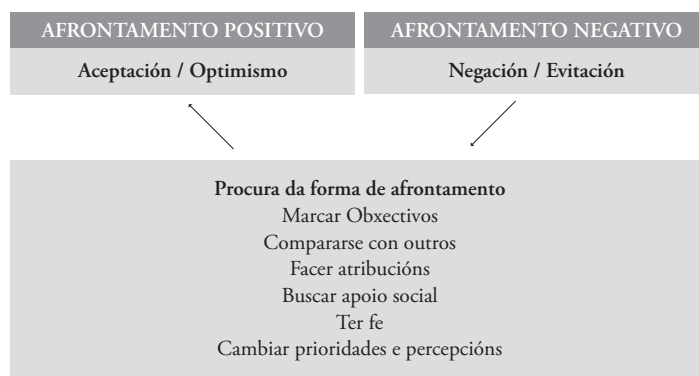
26. Se un de vós enferma gravemente, lembrade que a doenza tamén é unha crise para o outro; a saúde e a sobrevivencia dun afectan profundamente ao outro.
27. Se un de vós enferma gravemente, non vos aterredes se ambos vos irritades; as doenzas son inxustas, e tedes dereito a enfadarvos.
 - a) Enfadádevos coa doenza, non un co outro.
 - b) Se te enfadas co teu cónxuxe, explícalle tan clara e especificamente como poidas que é o que te desgusta; debes ser construtivo e intentar encontrarlle unha solución ao problema.
 - c) Se o teu cónxuxe amosa o seu enfado contigo, trata de escoitar e comprender; proxecta como meta resolver o problema e estreitar a relación, non defenderte ou “gañar”.
28. Se un de vós desenvolve unha doenza seria, falade abertamente sobre os vosos medos acerca do futuro; asustádevos xuntos, non por separado.
29. Se un de vós está máis cargado que o outro a causa de que un dos dous está gravemente enfermo, falade acerca de como vos fai sentir esta falta de equidade; encontrede maneiras de “empatar” se a inequidade supón un problema para vós.
30. Se estás gravemente enfermo, o teu cónxuxe pódese asustar ou sentir repulsa; déixao falar sobre o tema; déixalle ver que segues sendo a mesma persoa e que segues necesítandoo, pero dálle tempo para que xestione as súas emocións.
31. Se un de vós enferma seriamente, falade abertamente sobre os problemas que causa a sobreprotección por parte do cónxuxe san; negociade, chegade a compromisos, poñede límites; sede tolerantes.
32. Se un de vós está en rehabilitación logo dunha doenza grave ou algunha lesión, discutide abertamente sobre como controlar a dor; falade acerca dos riscos de actuar con excesiva permisividade perante a dor que aparece asociada á rehabilitación; proporcionade ánimo, eloxiade os avances, reservade un tempo para as queixas e a expresión de simpatía

CUTRONA, C. E. *Social support in couples. Marriage as a resource in times of stress.* Thousand Oaks, Sage, 1.996

2.3 O afrontamento

No marco do contexto de avaliación un dos aspectos a revisar é o das estratexias de afrontamento postas en xogo habitualmente polo paciente no pasado e o grao de eficacia percibido por el. A presenza de estratexias centradas na negación ou a evitación é considerada polo común de risco en relación á adherencia ao tratamento e os coidados (Kaba et al., 2000).

FIG 3.



KABA, THOMPSON e BURNARD, 2000

Kaba sinala un posíbel esquema de traballo aplicábel no contexto do tempo de espera co paciente e o seu cónxuxe. Alude á procura dun xeito efectivo de afrontamento: desde o afrontamento negativo (centrado na negación e/ou evitación) até o afrontamento positivo (centrado na aceptación e/ou optimismo) habería uns pasos ou etapas que se poden traballar estruturando tarefas tales como marcar obxectivos, facer atribucións, cambiar prioridades e percepcións ou buscar apoio social.

2.4. A desmoralización

Griffith e Gaby (2005), propoñen un esquema de traballo respecto de como afrontar a desmoralización, desde a conceptualización de Slavney (1999), que aparece nos pacientes no contexto da doenza médica, e que é frecuentemente considerada (e tratada) como depresión, buscando potenciar as posturas de resiliencia, que incrementen a percepción de competencia e as capacidades do suxeito (e da súa familia) para facer fronte ao conxunto de elementos emocionais e relacionais que abren os procesos da doenza.

FIG. 4. Posturas existenciais de vulnerabilidade e resiliencia fronte á doenza

Vulnerabilidade	Resiliencia
Confusión	Coherencia
Illamento	Comuñón
Desesperación	Esperanza
Desamparo	Axencia
Falta de sentido	Determinación
Covardía	Valor
Resentimento	Gratidade

Esta lista de posturas existenciais non é exhaustiva, pero inclúe a maioría das preocupacións frecuentes nos pacientes hospitalizados por doenza médica.

JAMES L. GRIFFITH, LYNN GABY. *Psychosomatics* 2005; 46:109-116

3. O postoperatorio inmediato

No perioperatorio é moi frecuente a aparición de delirium. Aínda que o tratamento do delirium sexa basicamente médico non se debe perder de vista a posibilidade doutras intervencións, no contexto do paciente, que aínda que se sabe da súa eficacia quizá non se levan á práctica coa frecuencia desexábel (Crone e Gabriel, 2002).

É esta tamén unha fase de transición na que convén considerar a volta á casa e preparala adecuadamente (reorganización dos papeis familiares e das relacións en función do grao de recuperación do paciente).

De cara aos posíbeis problemas de cumprimento deben ponderarse, e recordar ao paciente e á familia, os efectos secundarios das medicacións inmunosupresoras e as precaucións que implican, así como ter en conta que estes efectos secundarios acostuman diminuír co tempo. Debe terse en conta tamén o posíbel incremento de certos problemas psicolóxicos no primeiro ano do postransplante (Dew, 2001) e, en relación o cumprimento, ter presente o risco da obesidade.

Foi exposto que o grao de estrese presente no transplante de corazón pode considerarse en grande medida análogo ao das fases agudas das doenzas cardíacas. Polo que se pode considerar que, en moitos aspectos, o traballo a realizar co cónxuxe no proceso de transplante é similar ao que se sinala para o “cónxuxe cardíaco” mentres o paciente está en Coidados Intensivos Coronarios (Delon, 1996).

O autor presenta un paradigma desenvolto despois de anos de traballo con cónxuxes de pacientes cardíacos, sendo o seu obxectivo axudalos a lograr un afrontamento máis efectivo e a superar as crises de forma máis saudábel. Para iso distingue unha serie de fases a avaliar en relación ao funcionamento da parella.

FIG. 5. Programa de traballo co cónxuxe do paciente en coronarias

Avaliación:
Estado de saúde do cónxuxe,exacerbación de doenzas previas
Funcionamento psicolóxico: existencia de doenzas psiquiátricas previas.
Dinámica marital.
Apoio social.
DELON M. The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse, en ALLAN R, SCHEIT S (Eds.), <i>Heart & Mind. The practice of cardiac psychology</i> , Washington DC, American Psychological Association, 1996: 421-432.

E dá unha serie de pistas sobre posíbeis intervencións a realizar co cónxuxe.

FIG. 6. Delon 2. Programa de traballo co cónxuxe do paciente en coronarias

Intervencións:
Clarificación de problemas
Obxectivos-marco
Promoción do afrontamento efectivo.
Avogacía.
Mobilización e apoio.
Traballo de condolencia anticipado.
Intervencións de grupo.
DELON M. The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse, en ALLAN R, SCHEIT S (Eds.), <i>Heart & Mind. The practice of cardiac psychology</i> , Washington DC, American Psychological Association, 1996: 421-432.

O tipo de intervencións sinaladas van desde a mobilización do apoio así como o traballo de mediación co sistema sanitario. É particularmente relevante o traballo de dor anticipado cando percibimos algunha das manifestacións coas que acostuma ir tipicamente asociado.

Outro autor de peso nesta área e que tamén propón elementos de traballo interesantes desde este punto de vista é J. Coyne (1995), que propón un protocolo de traballo coa parella despois do infarto de miocardio que pode ser de grande interese. De feito, Coyne propón a terapia familiar como contexto conceptual para as intervencións en problemas crónicos de saúde. Dado que é evidente a existencia de vínculos fidedignos entre a calidade das relacións persoais íntimas e as condutas de saúde. Propón que a doenza e a relación familiar, particularmente a conxugal, se influen mutuamente, limitando as posibilidades individuais de adaptación efectiva ás demandas da doenza, a capacidade para interaccionar co sistema sanitario e o afrontamento das transicións propias da doenza. As opcións de afrontamento das que dispón o individuo dependen da flexibilidade e capacidade de adaptación das súas relacións íntimas. Os obxectivos das intervencións nas relacións íntimas serían axudar aos individuos afectados a controlar máis eficazmente as demandas da doenza, axudarlles a mellorar no seu trato co sistema sanitario, así como nas transicións (como os cambios no estilo de vida) implicadas pola doenza e axudarlles a “pór a doenza no seu sitio”.

FIG. 7. Protocolo de parella: post infarto de miocardio

I. Comprometer ao cónxuxe

- A. Explicar ao paciente a utilidade de incluír, como práctica habitual, ao cónxuxe.
- B. Pedir ao paciente que inste ao cónxuxe a asistir á reunión programada.
- C. Se o paciente expresa interese pero dubida de que veña o cónxuxe, ofrecerlle contactar directamente con el/ela.

II. Reunión conxunta

- Preguntar sobre o proceso de recuperación.
- Avaliación do estilo (asociativo-colaborativo, autónomo ou conflitivo) e verificar a impresión a través de preguntas directas.
- Destacar que o proceso de recuperación é un reto para ambos.
- Preguntar sobre a adecuación da información (facer preguntas abertas sobre a comprensión do paciente e o seu cónxuxe e facer seguimento con preguntas sobre aspectos concretos):
 - Aspectos médicos do infarto de miocardio
 - Cambios requiridos no estilo de vida
 - Cómo de activo pode ser o paciente
 - Qué se pode esperar no futuro
 - Cánto estrese emocional pode soportar o paciente
 - Cómo pode ser de máis axuda o cónxuxe para o paciente (convidar á discusión sobre este tema en particular)
- O sexo despois dun ataque ao corazón

- Preguntar sobre áreas de desacordo ou conflito e avaliar a necesidade de calquera acción.
- Informar sobre as actividades do grupo HC (grupo de apoio) tanto para pacientes como para cónxuxes.
- Suscitar o “feedback”.

III. Accións posíbeis

- Non se require ningunha
- Dar suxestións ou consellos breves á parella
- Consello dos pares a través dos grupos HC
- Remitir a terapia (counselling) de parella ou individual

COYNE J. C. Intervention in close relationships to improve coping with illness, en LYONS R. F., SULLIVAN M. J. L., RITVO P. G. with COYNE J. C. *Relationships in chronic illness and disability*, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 1995: 96-122.

4. Postransplante e seguimento

O transplante considérase, máis que unha cura, un tratamento alternativo a longo prazo que pode presentar as súas propias complicacións médicas e psicossociais. A mellora do pronóstico, grazas aos avances médicos, leva a unha maior atención á calidade de vida postransplante, onde a maioría dos estudos se centra en aspectos físicos, se ben hai evidencias de que as melloras da calidade de vida nos seus aspectos físicos ou psicolóxicos non van necesariamente parellos.

Deben considerarse como indicadores a adherencia ao tratamento, como determinante dun bo resultado médico postransplante e a reincorporación laboral, como índice de recuperación do nivel premórbido de actividade. No noso contorno, onde son frecuentes os transplantes en pacientes xubilados, o nivel de actividade pódese avaliar con indicadores alternativos (ex. grao de participación en tarefas domésticas, tipo de actividade desenvolvida no tempo de lecer, participación en actividades comunitarias, etc.).

4.1. O traballo coa parella

Xa desde o comezo da fase de avaliación sinalamos a importancia do traballo coa familia e, en particular, coa parella do paciente. Bunzel et al (1999) nun importantísimo traballo de investigación sinalan certos aspectos particularmente relevantes no traballo a desenvolver neste ámbito nesta fase do proceso. No seu estudo encontraron importantes diferenzas, entre o paciente e a súa parella, en canto á percepción do proceso. Estando de acordo en observar certo deterioro na relación, os aspectos nos que a localizaban eran moi diferentes. Os

pacientes percibían deterioro en canto á comunicación acerca das emocións, mentres que os seus cónxuxes percibían este deterioro no desempeño de roles, a comunicación, a implicación emocional e os valores e normas.

É particularmente importante o tema dos roles (e non hai que perder de vista que se considera que a capacidade de adaptación en novos roles é un requisito para desenvolver unha relación saudábel). Este problema faise particularmente agudo cando o paciente (nunha proporción moi alta, varón) regresa á casa. Xeralmente, coa mellora do seu estado, acostuman querer asumir de novo os roles e obrigas que mantiñan antes do longo período da súa doenza coronaria terminal e do transplante. Pero isto pode producir (e de feito no estudo acontecía nun grande número de casos) graves conflitos relacionais, pois nese período, habitualmente longo, de doenza e recuperación, a parella asumiu, e aprendeu a moverse, con novos roles, que non está disposta a abandonar.

Vemos, polo tanto, que segundo se desenvolvera o traballo coa parella nas fases anteriores, van aparecer posibilidades de diálogo e acordo neste momento que permitan afrontar adecuadamente esta dinámica de renegociación dos roles, con potencialidades de graves conflitos segundo vimos.

4.2. Cumprimento terapéutico

A falta de adherencia ao tratamento (particularmente ao farmacolóxico con inmunosupresores) relaciónase cunha taxa máis alta de fracaso terapéutico subsidiario de re-transplante, coas implicacións físicas e psicolóxicas que isto ten, e cunha menor taxa de sobrevivencia aos dous anos nos casos nos que o incumprimento terapéutico deriva en rexeitamento agudo tardío. Porén, non é unha variábel que acostume a terse en conta nos ensaios clínicos ou os estudos de caso. Coñecer as características que constitúen factores de risco para o incumprimento terapéutico permitiría programar intervencións preventivas ou restablecedoras.

Greenstein e Siegal (1998) describen tres perfís de pacientes non cumpridores: os que esquecen as pautas de tratamento (e se beneficiarían, en consecuencia, de programas de adestramento), os que teñen unha certa sensación de invulnerabilidade (e se beneficiarían dun fluxo continuo de información oral e escrita ao respecto) e os habituados a tomar decisións por propia iniciativa (e se beneficiarían da súa inclusión como parte do equipo terapéutico para a toma de decisións).

Resulta primordial a avaliación individualizada que permita detectar a presenza destes factores de risco e, no seu caso, programar intervencións de aumento da adherencia, que poderían abarcar actuacións educativas, de conduta e de apoio social tanto aos pacientes como ás persoas significativas para eles.

Alén dos factores individuais hai algúns relacionados co sistema sanitario, coma o grao de satisfacción laboral do médico, a sobrecarga de traballo e a tendencia do médico a responder preguntas (asociado ao grao de comprensión das prescricións médicas polo paciente).

Hai, por último, aspectos relativos ao propio tratamento, como a súa complexidade ou os efectos secundarios, que poden ir da nefrotoxicidade ao hirsutismo.

Algúns fármacos inmunosupresores (ex. esteroides) teñen efectos secundarios relacionados con outra das indicacións médicas con maior incumprimento: a contención do exceso de peso. Parte dos efectos secundarios poden ser a redistribución de lípidos e o aumento de apetito, co conseguinte aumento de peso. Foi observado que nos 3-6 meses postransplante se produce un aumento de peso que, por outro lado, se asocia cun aumento da taxa de mortalidade; aínda que se poden utilizar fármacos coadxuvantes neste sentido, o pilar fundamental para o control do peso seguen a ser a dieta e os cambios no estilo de vida.

Unha complicación engadida neste sentido é a combinación de elementos externos (medicación) e internos (estilo de vida) no aumento de peso, o que pode ser construído polo paciente como *coartadas* e traducirse en debilitar o seu compromiso co tratamento e derivar, polo tanto, en incumprimento (ex. desestimar o cumprimento dietético, xa que é a medicación a que engorda, ou desestimar o cumprimento farmacolóxico –cuxos efectos non se ven– para facilitar os efectos –visíbeis– do réxime alimentar).

Axudar ao paciente nesta área pode reducir a morbilidade e a mortalidade, mellorando o seu estado de saúde. Pódese fomentar no paciente o sentido, e a asunción, de responsabilidade sobre a súa propia saúde, aumentar as súas habilidades para recoñecer situacións de estrese e controlalas adecuadamente, e promover o establecemento de relacións próximas e íntimas como parte do cambio cara un estilo de vida máis saudábel.

4.3. *Reincorporación laboral*

Entre as razóns que dan os pacientes para desexar un transplante destaca o aumento de autonomía e independencia, pero despois do transplante aínda teñen de enfrontarse a factores psicosociais potencialmente xeradores dunha maior discapacidade (reaxuste de roles, cambios na imaxe corporal, temor ás infeccións e ao rexeitamento, etc.) e a posíbeis complicacións (por exemplo, neurolóxicas) que aumentan o grao de dependencia. Todo isto repercute sobre a súa calidade de vida e dificulta a reincorporación laboral. Foi observado que factores como a conduta emocional, a interacción social e os niveis de alerta

e comunicación vense diminuídos durante máis tempo que as dimensións físicas.

Os datos sobre rehabilitación e volta ao traballo varían entre os diferentes grupos de transplante. As taxas documentadas de reincorporación laboral oscilan entre o 82% (transplante hepático) e o 37% (transplante de pulmón), e isto non sempre correlaciona cos informes médicos sobre a capacidade do paciente para reincorporarse ao traballo.

Á hora de reincorporarse ao traballo tamén resulta relevante o grao de afectación neurolóxica.

En resumo, aínda que actualmente son poucos, cada vez hai máis estudos e máis interese polas variábeis asociadas á calidade de vida, tamén a psicolóxica, despois do transplante, desde o momento en que se conta con instrumentos suficientes para reducir a incerteza sobre o resultado inmediato da intervención. O reto seguinte consistiría en “dar vida aos anos” seguintes ao transplante, labor que comeza ao principio do proceso e continúa axudando despois ao paciente a cumprir coas prescricións médicas e a recuperar o nivel de actividade desexado, o que require o uso combinado de estratexias xerais e de avaliacións e intervencións individuais.

Bibliografía

- ANDERSON H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amfortu.
- BARRETO P., ARRANZ P. e MOLERO M. (1997). Counselling: Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En MARTORELL M. C. e GONZÁLEZ R. (Eds.), *Entrevista y consejo psicológico* (pp. 83-104). Madrid, Síntesis.
- BUNZEL B., WOLLENECK G. (1994). Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery? *Thoracic Cardiovascular Surgeon*, 42:103-107.
- BUNZEL B., LAEDERACH-HOFMANN K. e SCHUBERT, M. T. (1999). Patients benefit-partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplant Int*, 12: 33-41
- CAPLAN G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona, Paidós.
- CAPLAN G., CAPLAN R. B. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental. Teoría y práctica*. Barcelona, Paidós.
- CAPLAN G. (1999). Psicología orientada a la población. Teoría y práctica. En Navarro Góngora J., Fuertes Martín A., Ugidos Domínguez T. M. (Coords.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 19-72). Salamanca, Amarú.

- COLLINS E. G., WHITE-WILLIAMS C. e JALOWIEC A. (1996). Impact of the heart transplant waiting process on spouses. *The J Heart Lung Transplant*, 15: 623-30.
- CONSENSUS CONFERENCE ON STANDARDIZED LISTING CRITERIA FOR RENAL TRANSPLANT CANDIDATES (1998): *Transplantation*, 66: 962-7.
- COYNE, J. C. (1995). Intervention in close relationships to improve coping with illness. En Lyons R.F., Sullivan M. J. L., Ritvo P. G., *Relationships in chronic illness and disability* (pp. 96-122). Thousand Oaks (Ca.), Sage.
- CRONE C. C. e GABRIEL G. (2002). Psychiatric overview of solid organ transplantation. En Stotland N. L. (Ed.), *Cutting-edge medicine. What psychiatrists need to know* (pp. 67-112). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- CUTRONA C.E. (1996). *Social support in couples. Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks (Ca.), Sage.
- DELON M. (1996). The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse. En Allan R., Scheit S. (Eds.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology* (pp. 421-32). Washington DC, American Psychological Association.
- DEW M. A., ROTH L. H., SCHULBERG H. C., SIMMONS R. G., KORMOS R. L., TRZEPACZ P. T., GRIFFITH B. P. (1996a). Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18: 48S-61S.
- DEW M. A., ROTH L. H., THOMPSON M. E., KORMOS R. L., GRIFFITH B. P. (1996b). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *The J Heart Lung Transplant*, 15: 631-45.
- DEW M. A., KORMOS R. L., ROTH L. H., MURALI S., DIMARTINI A., GRIFFITH B. P. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *The J Heart Lung Transplant* 18: 549-62.
- ENGLE D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology*. 57:521-549
- GRADY K., JALOWIEC A., WHITE-WILLIAMS C., PIFARRE R., KIRKLIN J.K., BOURGE R.C., CONSTANZO M. R. (1995). Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *J Heart Lung Transplant* 14: 2-10.
- GRADY K. L., JALOWIEC A., WHITE-WILLIAMS C. (1998). Patient compliance at one year and two years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 17: 383-384.
- GREENSTEIN, S. M. e SIEGAL, B. (1998). Compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation*, 66: 1718-26.
- GRIFFITH J. L. e GRIFFITH M. E. (1996). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GRIFFITH J. L. e GRIFFITH M. E. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En Pakman M. (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II: pp. 87-105). Barcelona: Gedisa.

- GRIFFITH J. L. e GABY, L. (2005). Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness. *Psychosomatics* 46:109-116.
- HOUSE R. M. (1993). Transplantation surgery, en STOUDEMIRE A, FOGEL B. S. (Eds.), *Psychiatric care of the medical patient* (pp. 803-16) New York: Oxford University Press.
- JALOWIEC A., GRADY K., WHITE-WILLIAMS C. (1994). Stressors in patients awaiting a heart transplant. *Behav Med* 19: 145-54.
- KABA E., THOMPSON D. R., BURNARD P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipient's methods of coping. *Journal of Advanced Nursing* 32: 930-6.
- KAY J., BIENENFELD D. (1991). The clinical assessment of the cardiac transplant candidate. *Psychosomatics*, 32: 78-87.
- LEVENSON J. L., OLBRISCH M. E. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34: 314-23.
- LUCEY M. R., BROWN K. A., EVERSON G. T., FUNG J. J., GISH R., KEEFE E. B., KNETEMAN N. M., LAKE J. R., MARTIN P., RAKELA J., SHIFFMAN M. L., SO S., WIESNER R.H. (1998). Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list. *Transplantation*, 66: 956-62.
- MARTÍNEZ SANDE G. (2001). Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario. *Norte de salud mental*, 13: 69-82.
- MARTÍNEZ SANDE G. (2003). La intervención del psicólogo en el proceso de transplante. En REMOR E., ARRANZ P., ULLA S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 371-393). Bilbao, Desclee De Brouwer.
- MAURER J. R., FROST A. E., ESTENNE M., HIGENBOTTAM T., GLANVILLE A. R. (1998). International guidelines for the selection of lung transplant candidates. *Transplantation*, 66: 951-6.
- MCKAY M., DAVIS M. e FANNING P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca
- MILLAR L.W. (1998). Listing criteria for cardiac transplantation. *Transplantation*, 66: 947-51.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1995). Terapia familiar con enfermos físicos crónicos. En NAVARRO GÓNGORA J. e BEYEBACH M. (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 299-336). Barcelona, Paidós.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1996) Intervención en redes sociales y profesionales para enfermos físicos hospitalizados. En vv. AA., *III Jornadas: Orientación Familiar. Intervención en familias y grupos de personas afectadas por enfermedades o deficiencias* (pp. 75-86). Madrid, Univ. Pontif. Comillas - Fund. Mapfre Medicina.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1998). El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. En Ríos J. A. (Coord.), *La familia: realidad y mito* (pp. 71-98). Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.

- OLBRISCH M. E., LEVENSON J. L., HAMER R. (1989) The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clinical Transplantation*, 3: 164-9.
- OLBRISCH M. E., LEVENSON J. L. (1991) Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *The J Heart Lung Transplant*, 10: 948-55.
- PAKMAN M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En DELGADO J. M. e GUTIÉRREZ J. (Comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 359-77). Madrid, Síntesis.
- PARIS W., MUCHMORE J., PRIBIL A., ZUHDI N., COOPER D. K. C. (1994). Study of relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *The J Heart Lung Transplant*, 14: 424-32.
- ROLLAND J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 23: 203-21.
- ROLLAND J. S. (1999). El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad. En NAVARRO GÓNGORA J., FUERTES MARTÍN A., UGIDOS DOMÍNGUEZ T. M. (Coords.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 305-38). Salamanca, Amarú.
- SALYER J., SNEED G., CORLEY M. C. (2001). Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients. *Heart & Lung*, 30: 445-457.
- SLAVNEY P. R. (1999). Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, 40:325-329.
- SLUZKI C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona, Gedisa.
- SKOTZKO C. E., STROUSE T. B. (2002). Solid organ transplantation. En WISE M. G., RUNDELL J. R., *The American psychiatric Publishing Textbook of consultation-liaison psychiatry. Psychiatry in the Medically Ill* (pp.623-655). Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- SHAPIRO P.A., WILLIAMS D. L., FORAY A. T., GELMAN I. S., WUKICH N., SCIACCA R. (1995). Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation*, 60: 1462-6.
- SOOS J. (1992). Psychotherapy and counselling with transplant patients. En Craven J, Rodin GM (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 89-107). Oxford, Oxford University Press.
- STEINGLASS P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, 16: 55-70.
- SURMAN O. (1999). Psychiatric considerations of organ transplantation. En GINNS L. C., BENEDICT COSIMI A., MORRIS P. J. (Eds.), *Transplantation* (pp. 709-724). Malden (MA), Blackwell Science.

Algunhas cuestións psicolóxicas sobre pacientes queimados



Jorge García Fernández

Elizabeth Sánchez Cao

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

1. Introducción

Pode resultar unha obviedade afirmar que os pacientes afectados por grandes queimaduras teñen por diante unha serie de dificultades que resolver tanto na área do físico (un longo proceso de rehabilitación e reintervencións), do psicolóxico (superación dun posíbel trauma e aceptación do novo aspecto e funcionalidade) e no ámbito social (dificultades laborais e relacionais). Resulta profesionalmente moi atraente a idea de que a intensa experiencia persoal en relación ao “incidente” causal das lesións poida determinar un futuro emocionalmente complicado dos individuos lesionados. Por outro lado, cabe plantexarse que un proceso duro e prolongado de hospitalización en condicións de illamento e intensas molestias físicas debería dificultar a recuperación ante tal vivencia inicial e, por último, que as mudanzas a peor experimentadas en relación á nova aparencia física e limitacións funcionais determinarán toda unha serie de secuelas psicolóxicas permanentes que sumar ás indelébeis marcas provocadas pola materia quente.

Porén, coa observación frecuente destas e outras catástrofes, non resulta aventurado aceptar a existencia dunha capacidade biolóxica (incluíndo aquí a psicolóxica) dos individuos humanos (aludida co termo de *resiliencia*) (Gilboa, 2001; Noronha e Faust, 2007; Paris, 2000; Yule, 1999) que nos predispón á superación espontánea destas dificultades mediante mecanismos individuais e sociais, ofrecendo como resultado a recuperación do posíbel e/ou o poder seguir adiante co posto. Ao asumir a posesión desta capacidade inherente na especie humana presupomos tamén de maneira automática que esta, ao igual que ocorre cos trazos físicos, repártese de maneira desigual nas persoas, dando lugar a posibilidades peores e mellores de adaptación en función do tipo e da calidade dos ingredientes que conforman este brebaxe para a supervivencia ante a adversidade.

Ao longo deste artigo trataremos de comentar algúns datos extraídos da revisión dalgunha literatura sobre as cuestións antes comentadas sobre suxeitos queimados e ofreceremos algúns argumentos sobre posíbeis liñas de intervención, baseándonos no lido e cruzando conscientemente os nosos comentarios en base á nosa práctica cotidiana con este tipo de pacientes.

2. A vulnerabilidade psicolóxica ás queimaduras

A cuestión sobre se existe ou non o factor torpeza emocional ou condutual nos pacientes afectados é unha cuestión que interesou á investigación sobre o tema. Algúns investigadores afirman que a maioría dos pacientes presentan alteracións psicolóxicas premórbidas que ademais poden complicar a recuperación após a lesión (Brezel, Kassenbrock e Stein, 1988; Davidson e Brown, 1985; Rockwell, Dimsdale, Carroll e Hansbrough, 1988; Williams e Griffiths, 1991). Outros autores manteñen que as persoas accidentadas ou vítimas de queimaduras formarían parte da poboación normal (Partridge e Robinson, 1995; Watkins, Cook, May e Ehleben, 1988). O primeiro suporía aceptar a hipótese de que a presenza de algún tipo de psicopatoloxía incrementa a probabilidade de sufrir lesións deste tipo. Suxeitos que consumen tóxicos, sofren algún tipo de deterioro cognitivo e presentan comportamentos autolesivos, formarían parte deste grupo con problemas psicolóxicos permanentes que, segundo as mostras estudadas, abarcaría unha cifra entre o 28 ao 78% do total dos pacientes queimados. No entanto, estas cifras poderían estar sobreestimadas debido a que en moitos casos a tarefa de detección de alteracións psicolóxicas neste tipo de pacientes realizouse nos momentos inmediatamente posteriores á lesión, nos que a proximidade emocional do accidente, o sufri-

mento físico e as duras condicións de hospitalización cuestionan seriamente a consideración como crónicas este tipo de condicións psicopatolóxicas. A pesar destas matizacións, baixo o noso punto de vista, resulta claramente notorio que a poboación con psicopatoloxía previa queímase máis (non necesariamente máis veces) e polo tanto seguirá presentando posibelmente alteracións futuras. A aceptación dunha determinada predisposición psicolóxica a queimarse poría en dúbida que as secuelas emocionais sexan efectos únicos da lesión e polo tanto que estas causen con frecuencia alteracións a máis longo prazo da hospitalización ou a partir do primeiro ano de rehabilitación. En todo caso, quedaría pendente a pregunta sobre cal é o tipo de trastornos e en que pacientes e rodeados de que condicións é máis probábel que isto aconteza.

3. Os diferentes momentos do proceso de recuperación

Se consideramos os momentos inmediatamente posteriores á lesión como o principio dun período que continúa durante anos, podemos de maneira máis ou menos artificial describir etapas polas que pasan (ou poderían pasar) os suxeitos no proceso de recuperación da súa pel, do seu funcionamento e do seu benestar persoal. Tomando como base as estas etapas descritas por Watkins e cols., 1988, incluiremos algunha información acerca de asuntos que consideramos relevantes e sobre a realización de posíbeis actuacións psicolóxicas (non necesariamente de psicólogos) sobre os suxeitos. Dita clasificación baseouse na cuestión primordial que recibe a focalización atencional do suxeito en cada un dos momentos posteriores á queimadura. Permitímonos a liberdade de modificar as epígrafes para adaptalas ao noso contexto cultural e presentar unha linguaxe, na nosa opinión, máis descritiva.

Etapas 1: Confusión e interese por vivir

En consonancia coa popular frase “ti tranquilo, que non pasa nada” pronunciada nun ton de voz elevado por diferentes persoas visibelmente alteradas, os primeiros instantes após o accidente están rodeados necesariamente dunha grande emotividade e supoñen un conxunto de experiencias novas marcadas por unha elevada confusión e un foco atencional reducido ao medo a perder a vida. Esta elevada activación emocional, unida a un estado de desconcerto xeral e propio, e habitualmente acompañados por un nivel de consciencia alterado pola lesión, só permite actuar á chegada ao hospital mediante mensaxes simples e concretos informando ao suxeito do que pasou (sen describir os fei-

tos de maneira detallada), onde se encontra e o plan a seguir nas próximas horas co fin de aliviar o sufrimento. Estas marcas de contexto próximas resultan máis recomendábeis do que entrar en plantexamentos de futuro máis incertos. Falar sobre “o despois” máis inmediato nestas condicións supón outorgar unha marxe á vida que resulta tranquilizadora para o paciente.

Etapa 2. As molestias físicas intensas nun entorno extraño

Unha vez superado este momento inicial e tendo delimitada a situación presente, o foco de atención do paciente céntrase principalmente na dor, xeralmente intensa, provocada polas lesións e máis aínda as curas regulares nun contexto de illamento estimular e poucas posibilidades de acompañamento de figuras significativas. Neste ambiente descoñecido, o alivio da dor con medidas analxésicas pode resultar dificultoso ao se presentar conxuntamente con intensos sentimentos de angustia e desamparo. Antes de que o lugar se converta en familiar e o persoal sanitario en compañía habitual é preciso lexitimar os sentimentos de indefensión desta fase aguda e enfatizar a temporalidade do problema, a miúdo agravado por inmovilidade extrema e, en ocasións, dificultades de comunicación que hai que tratar de compensar con métodos alternativos e especialmente con dedicación de tempo por parte do persoal asistencial.

Etapa 3. Procura de explicacións e “pensamentos molestos”

Unha vez que os síntomas van perdendo protagonismo, os pensamentos e sentimentos xiran á volta do exame do suceso que provocou a lesión. Aparece aquí un relato detallado e repetitivo dos acontecementos que rodearon o incidente, xunto con tentativas de acadar unha explicación comprensíbel e lóxica da cadea de feitos que lle deron orixe. O paciente trata con isto de buscar unha conexión causa-efecto que sexa racional e emocionalmente tolerábel para el dentro da súa estrutura mental e o seu marco experiencial e cultural. A intervención consiste en validar: axudar o paciente a encontrar a súa propia resposta coherente, através da escoita activa e de aceptar e manexar propostas sobre todas as explicacións alternativas que o paciente considere.

Algúns pacientes con queimaduras graves presentan amnesia parcial ou total do episodio, polo que as súas explicacións iniciais pódense basear en datos incompletos ou suposicións, o que retarda a superación desta fase en caso de non encher estas lacunas cos datos que faltan.

A resolución desta tarefa considérase de primordial importancia adaptativa. Postúlase que os pacientes que non a completan con éxito desenvolverían posteriormente un cadro de estrese postraumático. A focalización cognitiva e afectiva prolongada e intensa nos feitos á volta do evento daría lugar ás medi-

tacións sobre o suceso traumático, os pesadelos e os flashbacks que, asociados á intensa ansiedade que os acompaña, provocan unha sucesiva “retraumatización” e perpetuación do problema nestes suxeitos que se exercitan continuamente nesa cinta de *fitness* sen chegar a ningunha parte (Watkins e cols., 1988) .

Etapa 4. O principio de funcionar de novo

Comezan as ideas sobre a recuperación, motivadas pola necesidade de coñecer o plano de rehabilitación xunto cos pasos graduais para recuperar primeiro funcións básicas de autonomía e logo habilidades instrumentais. Tan desconcertante resulta non establecer tempos previstos como irreal é facelo de maneira demasiado ríxida e meticulosa. Calcular de maneira “xenerosa” os logros a alcanzar resultar unha maneira seguramente máis apropiada de manter a vontade e o equilibrio. Coñecer primeiro para tratar de modificar despois as expectativas pouco realistas é un bo punto de partida. A aceptación dos sentimentos de dependencia un par de minutos antes de solicitar un novo reto “posíbel” son a nosa receita para este momento. Cremos importante resaltar que a ameaza de perder os apoios coa mellora da independencia neste ambiente hospitalario hostil dificultan en ocasións o avance, polo que resulta conveniente explicitar de antemán a mensaxe de “mentres ti traballes farémolo nós” e de “estaremos contigo aínda que continúes a mellorar”.

Etapa 5. Contabilizando e analizando as perdas

Un bo parte de baixas parece a mellor maneira de comezar a plantexarnos como recuperarnos co que nos queda. A medida que avanza a recuperación, as limitacións van tomando maior relevancia. A primeira resposta perante a consciencia da perda, logo dunha primeira fase de resistencia, é indubidabelmente a tristeza. Existen perdas rapidamente observábeis como o aspecto, outras de aparición gradual como a funcionalidade e algunhas que só son unha simple ameaza pendente de confirmación a longo prazo, como é a perda de relacións, asuntos laborais e relacións sentimentais. Cada unha destas perdas debe ser medida, comprendida ou aprazada e acompañada por unha mensaxe de seguridade dos outros máis achegados de que “aconteza o que acontecer, seguiremos adiante”.

Permitir as reaccións emocionais e ofrecer a oportunidade de falar sobre as perdas non resulta máis complicado do que dar respostas con frases máis ou menos elaboradas co significado de “non é para tanto”. En caso de que a autovalía (a sensación de merecer o aire que un respira) non estea seriamente comprometida coas consecuencias da lesión, o paciente irá mellorando. Caso

contrario, unha laboriosa transformación de valores e obxectivos vitais é un asunto aínda por diante. Unha pesada áncora colocada no pasado e a percepción dunha distancia insuperábel entre o que fomos, o que somos e o que poderemos continuar a ser (non exactamente voltar a ser) aumentan as posibilidades de padecer un transtorno psicopatolóxico. Se queremos ser ordenados podemos falar do anterior en todos os ámbitos que aparezan: o social, o lúdico, o físico, o laboral...

Etapa 6. Recuperarse con cambios

Pouco a pouco terá que ir aparecendo un novo estilo de presentarse ante un mesmo e fronte aos demais. Moito do que facemos formará parte do que xa facíamos (posibelmente froito dun grande esforzo necesario) mais canto maior sexa o alcance da lesión será preciso que novos intereses e tarefas aparezan dentro do roteiro de vida do paciente. A medida que as funcións se van recuperando aparecerán máis de perto novos retos que logo dun período de *x* intentos deberán resolverse cunha “honesta renuncia” (“tampouco era tan importante”), un aprazamento ou unha superación do obstáculo. A mellora das habilidades, baseada na transformación da maneira de facelo, e as adaptacións do ambiente son posíbeis solucións. Un razoábel cálculo custo-beneficio pode resolver o fracaso coa idea de “podo, mais non me compensa”.

Curiosamente, aquelas lesións máis leves presentan co tempo maiores dificultades ao ir acompañadas por unhas expectativas máis elevadas de alcanzar a recuperación total. Os máis danados agárranse con máis forza ao “conseguir sobrevivir” (Blumenfield e Reddish, 1987; Pallua, Künsebeck e Noah, 2003).

Etapa 7. Un bo resumo con punto e seguido

O impacto do acontecido sobre o mundo persoal e o tamaño das consecuencias funcionais sobre el, permitirá nalgúns casos concluír que un “é a mesma persoa” ou que é “outra persoa diferente”. A coherencia entre o que un é e o que fai podería resultar un bo indicador de ter resolto con éxito o encrucillado. O noso traballo consiste en recoñecer o dereito da persoa a ver a súa vida desde a súa propia perspectiva e vivila como mellor encaixe nesta. Calquera opción mellor que a de “a miña vida acabou” deixará misións por cumprir, desexos persoais que alcanzar ou vixente a tarefa importante de observar activamente e con interese como alcanzan os outros relevantes os seus desexos.

Até aquí, describimos (posibelmente de forma desordenada) un suposto proceso normal de adaptación psicolóxica aplicábel a suxeitos queimados. Confiamos no seu desenvolvemento espontáneo co só bos coidados e apoio dos outros, mais tamén consideramos que se pode facilitar ou retardar con

intervencións específicas de profesionais (especialmente psicólogos). En non poucos casos, as dificultades emocionais e/ou condutuais dos suxeitos reclaman unha intervención específica por parte de especialistas nestas cuestións e que acostuman relacionarse con problemas que a continuación trataremos de expor.

4. Complicacións psicolóxicas para psicólogos en suxeitos queimados

Resultaría atractivo encontrar indicadores de necesidade de intervención fiábeis no momento do ingreso, mais os estudos co afán de informar sobre predictores de mala adaptación, e a pesar de algúns datos sobre a maior competencia de suxeitos “expresivos” (extrovertidos, menos alexitímicos, con abertura á experiencia, etc.) (Cromes, Holavanahalli, Kowalske e Helm, 2002; Fauerbach, Lawrence, Smith, Munster e Costa, 2000; Fukunishi, Chishima e Anze, 1994; Lawrence e Fauerbach, 2003), non resultan convincentes até o punto de “poder atravesar a estrada sen ollar confiados no pouco tránsito”. Outros traballos acerca da “valoración cognitiva” do suxeito sobre a situación, as condicións do entorno social e a súa reacción emocional perante o trauma como “predictor de” non serven desde o momento en que estas variábeis son medidas *a posteriori* e se encontran contaminadas pola situación emocional presente (Gilboa, 2001; Gilboa, Bisk, Montag e Tsur, 1999; Partridge e Robinson, 1995). Se cadra, debido á nosa labor cotiá neste campo con profesionais competentes en sentido amplo, non insistimos demasiado na tarefa psicolóxica especializada, con frecuencia non necesaria cando as cousas se fan ben, e optamos simplemente por observar e/ou esperar a que salte algún alarme. Mantémonos perto para atender axiña as emerxencias.

O normal no caso de queimaduras psicoloxicamente complexas é a aparición de dificultades en “evolucionar” ou “detención” nalgunha das etapas apuntadas anteriormente dando lugar ao transtorno por estrese postraumático e a problemas á volta da imaxe corporal presentados en forma de transtornos afectivos e de ansiedade.

4.1. Os síntomas postraumáticos en pacientes queimados.

O alto interese dos investigadores no estudo deste transtorno en pacientes queimados deu como resultado unha grande discrepancia entre os diversos estudos.

Cando menos podemos afirmar que unha minoría significativa teñen dificultades para manexar a súa lesión e as consecuencias físicas psicolóxicas e

sociais asociadas. (Baur, Hardy e Van Dorsten, 1998; Cromes e cols., 2002; Gilboa, 2001; Watkins e cols., 1988).

Resulta común que aparezan síntomas de estrese postraumático (EPT) en momentos inmediatamente posteriores ao acontecemento. O primeiro día de ingreso é habitual que se presenten unha ampla gama de lembranzas intrusivas e recorrentes, problemas do sono, de concentración, flashbacks e hiperrreactividade (Ehde, Patterson, Wiechman e Wilson, 1999, 2000; Lawrence e Fauerbach, 2003). Os síntomas máis frecuentes son os do grupo da re-experimentación, seguidos da excesiva activación (esta última coherente co recente ingreso no hospital). A percepción de maior intensidade de dor nestes momentos pódese asociar con este tipo de síntomas (Perry, Cella, Falkenberg, Heidrich e Goodwin, 1987a,b; Pracke, Patterson, Montgomery e Heimbach, 1995; Taal e Faber, 1998b; Van Loey, Faber e Taal, 2001). A maioría presentan certos síntomas até o momento da alta e unha porcentaxe reducida e moi variábel segundo os estudos (entre o 5 e 25% dos suxeitos) mantéñenos máis a longo prazo. Algúns traballos informan de datos de entre o 13 e 45% dos suxeitos que desenvolven síntomas de EPT. Estas cifras vanse reducindo: un 21% ao mes e un 19% máis ao ano de seguimento. Un 25% de pacientes encóntrase totalmente libre de síntomas en todo momento. Non obstante, os traballos realízanse sobre a detección de síntomas illados en lugar de criterios diagnósticos, co cal resulta dificultoso calcular a severidade destas condicións psicopatolóxicas.

A posibilidade de experimentar EPT incrementase en función de traumas previos, inestabilidade familiar, exposición intensa e prolongada ao estresor, percepción de intensa ameaza, etc. A alexitimia relacionouse co EPT, así como a presenza de delirium durante os primeiros días. Considéranse factores protectores unha personalidade estábel e “aberta” (baixo neuroticismo, abertura á experiencia, afabilidade, extraversión), estratexias de afrontamento activas, elevado apoio social e ausencia doutros eventos vitais adicionais. Outras variábeis como psicopatoloxía previa, xénero, tamaño das lesións ou superficie total queimada no parecen de utilidade para predecir a aparición dun EPT (Baur e cols., 1998).

En relación ao modo en que as persoas controlan o estrese, as estratexias de *achegamento* e non as de *evitación* parecen resultar máis saudábeis (Bryant, 1996; Florian, Mikulincer e Taubman, 1995; Lawrence e Fauerbach, 2003; Skodol, 1998; Willebrand, Anderson, Kildal e Ekselius, 2002). Os modelos cognitivos afirman que a conduta de evitación é unha reacción predominante á tensión despois do trauma, que contribúe á persistencia das intrusionas, aparte de bloquear a procura de axuda ou o emprego de outras estratexias. Este encu-

brimento de emocións provoca que moitos individuos pasen desapercibidos. Non obstante, debemos ser cautelosos e saber interpretar este estilo en función do momento en que ocorre. Certas estratexias de evitación (retirada, non facer nada) son adaptativas e efectivas para controlar o estrese e resulta un erro tomalas como problema en lugar dunha “cuestión de ritmos”. Máis problemático parece resultar o emprego dun estilo de afrontamento ambivalente que utiliza unha combinación desordenada de estratexias de achegamento e evitación, xa que se asocia con maior estrese postraumático, maior insatisfacción corporal e síntomas depresivos (Fauerbach e cols, 2002; Fauerbach, Lawrence, Bryant e Smith, 2002; Fauerbach, Richter e Lawrence, 2002; Lawrence e Fauerbach, 2003). Non aprofundaremos en cuestións de intervención sobre estes problemas ao entender que non existen especiais variacións con respecto ao trato de pacientes non queimados. A literatura ao respecto indica unha redución progresiva dos síntomas de maneira natural, que na inmensa maioría dos casos non dificulta o funcionamento habitual do suxeito. Na nosa opinión, pospor ao momento da alta a intervención sobre estes síntomas é, sen dúbida, a actuación máis prudente.

4.2. As dificultades co novo aspecto físico.

A imaxe popular dun paciente queimado consiste na representación mental dun rostro desfigurado, extremidades deformadas, algunhas cicatrices anchas, pedazos de pel escura e tirante... polo que de pouco servirá comezar dicindo que a aparencia non importa cando a miúdo a maioría de nós, até os autores deste traballo, experimentamos un intenso malestar en contacto con algúns destes pacientes “feos”.

Ao definir a imaxe corporal como a valoración sobre como percibimos o noso corpo, deberemos incluír na ecuación a puntuación que lle damos en relación a outros campos para obter como resultado a nosa puntuación total de valía persoal. Por suposto, como o seu nome indica, trátase dunha cuestión moi persoal que depende das nosas experiencias previas e cuestións estético-culturais que determinan a nosa adaptabilidade aos cambios corporais. Transformar o dereito a “ir coa fealdade por diante” nun valor, non resulta compatíbel con potenciar o xa coñecido lema de “a beleza está no interior”.

Os primeiros sinais de alteración da imaxe corporal e as reaccións emocionais asociadas adoitan aparecer cando se aproxima a alta hospitalaria e o paciente comeza a comprobar o aspecto con que terá que saír á rúa. Aínda que previamente poderíamos falar de dous momentos chave: o momento de enfrontarse co espello e de enfrontarse ao público.

O espello permite a observación dos cambios “desde fóra” e supón a confrontación, co resultado de confirmación ou desconfirmación, do xa suposto ou contado por outros. A falta total de “recoñecemento” representaría o pólo máximo do problema. Unha boa descrición previa do estado do rostro, e nalgúns casos severos a realización de aproximacións visuais sucesivas con axuda de editores gráficos, facilita a redución do impacto emocional asociado a este momento. En canto ás reaccións dos outros, comentar que, xunto a cuestións cognitivas e estéticas, as modificacións da voz e capacidade de expresión xestual engádense á perda do noso principal sinal identificativo e inclusive da nosa documentación antes da data de caducidade. Darse conta de que o aspecto (cando menos) chama a atención de outros resulta inevitábel. De pouco serven palabras amábeis con tanta evidencia en contra. Si, en cambio, ollar, tocar e acicalar como mostra de aceptación sen deixar de escoitar, si hai, a verbalización de sentimentos. Moitas veces os sentimentos de rexeitamento dedúcese de sinais non verbais en forma de condutas de evitación social e de rexeitamento á autoexposición ou exposición a outros do corpo.

A anticipación do rexeitamento dos demais, con ou sen suficientes motivos obxectivos, provoca reaccións de irritabilidade ou vergoña. Os estudos non aclaran se o tamaño e visibilidade das cicatrices se asocia a máis vergoña e evitación social. O trazo “Introversión” podería empregarse como posíbel explicación (Taal e Faber, 1998a) desta cuestión tan persoal. O feito de que a visibilidade sexa un predictor estatístico de sintomatoloxía depresiva (Pallua e cols., 2003; Riis, Andersen, Pedersen, e Hall, 1992; Van Loey e Van Son, 2003; Williams e Griffiths, 1991) non nos exime novamente de indagar o que o paciente pensa. Cando a adaptación a estes cambios comeza de maneira lenta através da non atención (non falar sobre) ou minimización dos cambios “nada vai mudar”, non queda máis remedio que respectar o ritmo e esperar.

Non debemos esquecer que a cirurxía reparadora pode paliar os efectos e é posíbel aprazar o comezo da adaptación coa esperanza dunha solución máxica que, en ocasións, ofrece resultados un tanto decepcionantes para os suxeitos con expectativas excesivas sobre o resultado da súa reconstrución. Un certo equilibrio entre negación, ilusión e esperanza, desexo de mellorar e capacidade de aceptación cando a situación non dá para máis poden ser os ingredientes adecuados. O tempo e a boa compañía farán o resto. Cara o final, as valoracións das consecuencias poden ser positivas (valorar máis a vida, desfrutar do pequeno, darse conta dos afectos), mais lamentabelmente as puntuacións negativas caen no terreo do interpersoal, social e ocupacional. É posíbel que a posibilidade de realizar unha psicoterapia social sexa a mellor solución a isto.

5. Conclusións

Desexaríamos, aínda a risco de reiterar as ideas xa expostas neste artigo, resaltar algúns puntos a modo de conclusións sobre o bo trato psicolóxico dos pacientes queimados no entorno hospitalario. Destacamos a necesidade de centrarnos nas dificultades actuais e expresadas dos pacientes en cada momento do proceso, anticipando problemas o estrictamente necesario. De maneira progresiva trataremos de colaborar a construír unha historia coherente e sá do ocorrido ao estilo do paciente, aprazando intervencións sobre cuestións traumáticas (potencialmente retraumatizadoras) a momentos posteriores á alta. A risco de resultar malos negadores, non queda outra opción que aceptar a evidencia e recoñecer as realidades estéticas que xustifican o rexeitamento da imaxe corporal propia e allea como punto de partida á defensa do dereito a “parecer feos”, ao tempo que contribuímos a facilitar a expresión emocional, a confianza no equipo médico e o “trato familiar” que funcione como elemento protector (de apoio social) perante unha hospitalización prolongada. Finalmente cremos que resulta útil promover no paciente e o seu entorno inmediato “a idea de proceso” que resulta tranquilizadora ante a expresión de emocións e actitudes negativas que son “necesarias” e moi posibelmente “provisionais”. Perante a imposibilidade de poder adiviñar a evolución dos pacientes, o recurso da “espera activa” protexe de intervencións iatroxénicas ou excesivamente invasivas ao confiar nos mecanismos curativos do paciente que vai dosificando o afrontamento destas cuestións tan duras e complicadas moi habilmente na súa consciencia.

Referencias bibliográficas

- BAUR, K. M., HARDY, P. E. e VAN DORSTEN, V. (1998) Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of the literature. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 230-240.
- BLUMENFIELD, M. e REDDISH, P. M. (1987) Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury: Small burn, big problem. *General Hospital Psychiatry*, 9, 142-146.
- , BREZEL, B. S., KASSENBRICK, J. M. e STEIN J. M. (1988) Burns in substance abusers and in neurologically and mantally impaired patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 169-171.
- , BRYANT, R. A. (1996) Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury, *Burns*, 22, 89-92.
- CROMES, G. F., HOLAVANAHALLI, R., KOWALSKE, K. e HELM, P (2002). Predictors of quality of life as measured by the Burn Specific Health Scale in persons with major burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23 (3), 229-234.

- DAVIDSON, T. I. e BROWN, L. C. (1985) Self-inflicted burns: a 5-year retrospective study. *Burns*, 11, 157-160.
- EHDE, D. M., PATTERSON, D. R., WIECHMAN, S. A. e WILSON, L. G. (1999) Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25, 587-592.
- EHDE, D. M., PATTERSON, D. R., WIECHMAN, S. A. e WILSON, L. G. (2000) Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21 (2), 105-111.
- FAUERBACH, J. A., HEINBERG, L., LAWRENCE, J. W., BRYANT, A. G., RICHTER, L. e SPENCE, R. J. (2002) Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, 21(2), 115-121.
- FAUERBACH, J. A., LAWRENCE, J. W., BRYANT, A. G. e SMITH, J. H. (2002) The relationship of ambivalent coping to depression symptoms and adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 47, 387-401.
- FAUERBACH, J. A., LAWRENCE, J. W., SMITH, C. W, MUNSTER, A. e COSTA, P. T. (2000) Personality predictors of injury-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (8), 510-517.
- FAUERBACH, J. A., RICHTER, L. e LAWRENCE, J. W. (2002) Regulating acute posttrauma distress. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23, 249-257.
- FLORIAN, V., MIKULINCER, M. e TAUBMAN, O. (1995) Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 687-695
- FUKUNISHI, I., CHISHIMA, Y. e ANZE, M. (1994) Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. *Psychological Report*, 75, 1371-1376.
- GILBOA, D. (2001) Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335-341.
- GILBOA, D., BISK, L., MONTAG, L. e TSUR, H. (1999) Personality traits and psychosocial adjustment of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 340-346.
- LAWRENCE, J. W. e FAUERBACH, J. A. (2003) Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. A path analysis. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 63-72.
- NORONHA, D. O. e FAUST, J. (2007) Identifying the Variables Impacting Post-Burn Psychological Adjustment: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (3), 380-391.
- PALLUA, N., KÜNSEBECK, H. W. e NOAH, E. M. (2003) Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns*, 29, 143-152.
- PARIS, J. (2000) Predispositions, personality traits and post-traumatic stress disorder. *Harvard Review Psychiatry*, 8 (4), 175-183.
- PARTRIDGE, J. e ROBINSON, E. (1995) Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21, 453-456.

- PERRY, S. W., CELLA, D. F., FALKENBERG, J., HEIDRICH, G. e GOODWIN, C. (1987a) Pain perception in burn patients with stress disorder. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 29-33.
- PERRY, S. W., CELLA, D. F., FALKENBERG, J., HEIDRICH, G. e GOODWIN, C. (1987b) Pain perception versus pain response in burn patients. *American Journal of Nursing*, 87 (5), 698.
- PTACKE, J., PATTERSON, D., MONTGOMERY, B. e HEIMBACH, D. (1995) Pain, coping and adjustment in patients with burns: preliminary findings from a prospective study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 446-455.
- RIIS, A., ANDERSEN, M., PEDERSEN, M. B. e HALL, K. W. (1992) Long-term psychosocial adjustment in patients with severe burn injuries: a follow-up study. *Burns*, 18, 121-126.
- ROCKWELL, E., DIMSDALE, J. E., CARROLL, W. e HANSBROUGH, J. (1988) Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 83-86.
- SKODOL, A. E. (1998) Personality and coping as stress-attenuating or amplifying factors. En B. P. DOHRENWEND (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp.377-389). New York: Oxford University Press
- TAAL, L. e FABER, A. W. (1998a) Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn Part II: The interview data. *Burns*, 24, 399-405.
- TAAL, L. e FABER, A. W. (1998b) Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*, 23, 545-549..
- VAN LOEY, N. E., FABER, A. W. e TAAL, L. A. (2001) Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. *Burns*, 27, 103-110.
- VAN LOEY, N. E. e VAN SON, M. J. (2003) Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272.
- WATKINS, P. N., COOK, E. L., MAY, S. R. e EHLEBEN, C. M. (1988) Psychological stages in adaptation following burn injury: A method for facilitating psychological recovery of burn victims. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9 (4), 376-384.
- WILLEBRAND, M., ANDERSON, G., KILDAL, M. e EKSELIUS, L. (2002) Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ). *Burns*, 28, 549-554.
- WILLIAMS, E.E. e GRIFFITHS, T. A. (1991) Psychological consequences of burn injury. *Burns*, 17, 478-480.
- YULE, W., editor (1999) *Post-traumatic stress disorder: concepts and therapy* (pp. 92-115) New York: John Wiley

A verdade soportábel:

Comunicación
en coidados paliativos



Irene Esperón Rodríguez

Psicóloga Clínica CHUVI

“A verdade pode ocultarse, pero non extinguirse”

FRANK LLOYD WRIGHT

Este traballo foi presentado o 8 de xullo de 2008 no curso “Como transmitir malas noticias: aspectos psicolóxicos, clínicos e ético-xurídicos”, dentro dos cursos de verán da Universidade de Santiago de Compostela.

As verdades que non se piden poden resultar tan destrutivas coma aquelas que non se dan cando se solicitan. Hai verdades que, como o sol, non poden ser olladas de fronte sen artificios adecuados que impidan danos irreparábeis nos nosos ollos. En palabras de Javier Barbero, psicólogo adxunto do servizo de Hematoloxía do Hospital Universitario da Paz, “A morte é coma o sol, non podes estar a ollar para el permanentemente, sabes que está aí, iluminando o fin da túa vida, pero non podes estar observándoa continuamente”. Hai verdades a medias que parecen mentiras e hai silencios que provocan soidades. A morte, na nosa sociedade occidental, continúa a ser un tabú, e o que determi-

na a manutención dun tabú é que non se fale acerca del. Se a verdade significa dicirche que o que che pasa non ten cura, que a morte é unha ameaza real e non incerta, entón podo temer a túa reacción, e máis aínda, podo temer que eu non saiba como reaccionar perante ela. É algo parecido ao pranto, que cando xurde acostumamos imporlle ao outro que cese, non porque o vaia prexudicar senón porque nos pode pór nunha situación incómoda. Todos sabemos que para o que chora o mellor consolo é, sen dúbida, chorar.

A medicina do século XXI esixe dos seus profesionais actitudes, coñecementos e habilidades que non só teñen que ver cos múltiples avances científicos. A lexislación vixente e o marco bioético no que se inscribe o seu exercicio profesional obrigan hoxe máis que nunca aos profesionais sanitarios (médicos, persoal de enfermería, celadores, psicólogos... etc) a ser expertos en COMUNICACIÓN. Se este aspecto resulta fundamental en calquera patoloxía á que fagamos referencia, adquire unha dimensión especial cando falamos de doenzas avanzadas complexas, é dicir, de procesos graves que fan necesario pasar do ámbito curativo ao paliativo.

Ao longo do tempo e nas diferentes tradicións médicas a nivel mundial, o tema da comunicación diagnóstica/prognóstica en coidados paliativos foi controvertido. Hoxe en día podemos dicir que hai entre os expertos un consenso acerca do proceder correcto con este tipo de pacientes, onde o concepto de VERDADE SOPORTÁBEL adquire o seu protagonismo. En beneficio da autonomía do paciente (un dos principios bioéticos básicos) este debe ter no seu poder a información que precise e solicite acerca da súa doenza e do seu pronóstico, entendendo que do mesmo xeito que somos donos da nosa maneira de vivir tamén deberíamos ser os absolutos protagonistas da nosa morte. Existen tantas “verdades soportábeis” coma seres humanos, coma individualidades. Estas verdades deberán ser dispensadas no momento oportuno e da maneira adecuada, sempre gradualmente, entendendo a morte como un proceso que non sempre segue unha liña continua.

Na literatura de todos os tempos e na filosofía son numerosas as citacións que fan referencia ao concepto de verdade en termos xerais e que nos introducen no tema en cuestión que estamos a tratar. Así, Marco Tulio Cícero di: “A verdade corrómpese, tanto coa mentira coma co silencio”; Platón engade: “Hai que ter o valor de dicir a verdade, sobre todo cando se fala da verdade”; Jacinto Benavente avisa sabiamente: “A peor verdade só custa un grande desgusto. A mellor mentira custa moitos desgustos pequenos e, ao final, un desgusto grande”; Manuel Vicent evidencia o perigo: “Quen busca a verdade corre o risco de encontrala”; Baltasar Gracián sinala o desgaste do engano na súa cita: “É tan difícil dicir a verdade coma ocultala” e Mark Twain advirte con moita

razón: “Se dis a verdade non terás que lembrarte de nada”. Na filosofía antiga o “verdadeiro” é o que permanece, o inmutábel, o que sempre é da mesma maneira; o cambiante é meramente aparente. A verdade é a Idea (Platón) ou a Forma (Aristóteles) que está oculta tralo manto da Aparencia. Na filosofía contemporánea, a verdade é definida como utilidade: é verdadeiro o que é “expeditivo” na nosa forma de pensar, o que introduce un “beneficio vital” que merece ser conservado; o concepto “verdade” aplícase ás ideas segundo sexa a súa utilidade e non aos obxectos, parafraseando a William James.

En conclusión, e xa atendendo a modernas definicións do concepto nos dicionarios de lingua, “verdade” é a conformidade existente entre o que se expresa e a situación real de algo ou o concepto real que se ten acerca dun tema.

Recentemente, no diario *El País*, en xuño deste mesmo ano ao fío do que falamos, as periodistas Mónica L. Ferrado e Bárbara Celis escriben un interesante artigo divulgativo que compendia as opinións dos grandes expertos a nivel nacional neste tema. Introducen acertadamente o tema falando acerca da morte da grande Marlene Dietrich: “Conta a lenda que días antes de morrer, a actriz tivo un encontro cun sacerdote ao que un amigo seu deixou entrar na súa casa coa esperanza de salvala do inferno. Pero ela, no seu leito de morte, coa forte personalidade que sempre a caracterizou, ao velo, botouno sen contemplacións: —Fóra! De que vou falar con vostede? Teño unha reunión importante co seu xefe!— Dietrich morreu sen sobresaltos por unha insuficiencia renal poucos días despois; pareceu presentir a súa morte: meteuse na cama e chegou incluso a chamar a varios amigos para se despedir días antes de falecer en 1992”. En España, a Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, contempla que todo doente ten dereito a estar informado e a tomar decisións autónomas. O segundo resulta loxicamente impenzábel sen o primeiro. É relativamente frecuente nos Hospitais escoitar aos médicos dicir que un paciente non quixo ser informado. Esta aseveración debe ser dada e, sobre todo, confirmada, despois de ter dado ao doente a posibilidade de preguntar. Esta posibilidade fai referencia a buscar o lugar adecuado e o momento oportuno; un corredor non é o lugar, por exemplo, e cando hai un malestar físico importante non é o momento tampouco. No citado artigo aparece en primeiro lugar Javier Barbero, que afirma que: “Existe o dereito a saber, pero tamén a non saber. Un paciente pode desexar sabelo para despedirse, arranxar asuntos prácticos, pero tamén pode querer ignoralo porque é incapaz de convivir cunha realidade ameazante e de estar sereno todo o que lle reste de vida”. Josep Porta, xefe do servizo de Coidados Paliativos do *Institut Catalá de Oncologia* (ICO), puntualiza ademais un aspecto moi importante, o

de entender a comunicación como algo procesual: “Trátase dun proceso, non dun simple acto informativo. Debemos ser progresivos, adaptarnos ao ritmo e á realidade do paciente, involucrar a familia. É preciso dedicar tempo e, en definitiva, recursos sanitarios...”; este mesmo autor afirma que entre un 45% e un 65% dos pacientes pregunta abertamente se vai morrer, e que non preguntan non significa que non o saiban ou o sospeiten: “unha cousa é sabelo, e outra querer falar do tema”. Entre os estudos publicados reseñados, destacan o do ano pasado no *New England Journal of Medicine*, onde se afirma que ao menos 40 millóns de estadounidenses se enfrontan diariamente con médicos que non se senten obrigados a dicir aos seus pacientes cáles son as súas opcións perante unha doenza terminal, xa sexa porque se senten incómodos perante ese tipo de conversación ou porque non cren que sexa necesario; noutro estudo presentado este ano tamén no último congreso da Asociación Estadounidense de Oncoloxía Clínica (ASCO), en Chicago, realizados por médicos do Massey Cancer Center con 603 pacientes, indica que só o 37% deles fora informado polo seu especialista; o estudo revela que moitos dos que si recibiron información renunciaron a coidados intensivos; entre os que non a recibiron, o 20 % prolongou a quimioterapia até unha semana antes de morrer. Neste tema que nos ocupa existe, coma no tema do suicidio, unha percepción errada, así que ao igual que hai consenso en pensar que falar do suicidio cunha persoa non aumenta a probabilidade de que o vaia cometer, da mesma maneira, pódese pensar que falar da morte cun paciente pódele levar á depresión. Porén, os datos deste último estudo tamén revelan o contrario: non está máis deprimido quen sabe con certeza canto tempo de vida lle resta que quen non o sabe; tampouco están máis nervosos, os seus medos e ansiedades son os mesmos. Non se pode reducir a acción a informar coma se dun telexornal se tratase, senón que se trata de saber ademais o proceso emocional que a información vai causar na persoa. A este respecto é importante reparar no concepto de esperanza, que ha de conservarse sempre, sendo o paciente o que no seu proceso a vaia ponderando segundo as súas necesidades e tendencias, en palabras de Porta: “Nós sempre temos que dar sentido á esperanza, aínda que sen levantar falsas expectativas. Durante todo o proceso, a palabra vai adquirindo un novo sentido. La esperanza non só é vivir. Cando a alguén se lle diagnostica un cancro, a esperanza fíxase na curación. Cando xa non hai cura, a esperanza é que a doenza avance lentamente. Cando avanza, a esperanza é minimizar o sufrimento, e se continúa, entón a esperanza é morrer en paz”. Vén á miña mente unha paciente, fai anos, que por un erro foi informada “cruamente” acerca do seu proceso pensando que non era ela mesma a interlocutora que solicitaba la información acerca del (estas cousas por estrañas e tristes

que parezan acontecen nun sistema público, ás veces saturado, onde os pacientes pasan a ser números dunha historia clínica), morreu aos poucos días, a pouca esperanza que tiña derrubóuselle e xa non tivo sentido loitar máis.

Faise necesario adaptar a información á realidade de cada doente; é moi importante saber qué quere saber e até onde. Francisco Gil, coordinador do Servizo de Oncoloxía do ICO, aconsella a este respecto: “Se o paciente che pregunta se ten curación, a resposta é: a súa doenza é tratábel, pero non curábel. É unha maneira de dicilo menos prexudicial. Pero cando non pregunta, entón incítalo ti mesmo dicíndolle se ten algunha dúbida. O camiño non é sinxelo. Moitos pacientes dinche: a min non me importa o pronóstico, o que quero saber é se vou sufrir ou non, é dicir, que só queren que lles expliques as opcións de tratamento”. Na nosa sociedade, a diferenza dos países anglosaxóns, o traballo coas familias é fundamental a este respecto; en España o núcleo familiar involúcrase moito nos coidados do doente, pero en consecuencia acostuma ser máis proteccionista e con frecuencia piden ao médico que omita información que poida resultar ameazante ao seu familiar, a chamada no ámbito paliativo “conspiración do silencio”. Aínda hoxe en día sorprende ver como algunhas familias chegaron a falsificar informes médicos que dan aos pacientes, co conseguinte perigo que esta acción trae consigo, non só desde o punto de vista ético ou moral, senón tamén desde o estritamente médico. É difícil manter as mentiras cando a realidade se impón, cando a doenza se manifesta abertamente, porque o deterioro físico é imposible “disimular”. Como consecuencia desta acción, que pretende ser proteccionista, o paciente pódese sentir enganado e íllase, non querendo participar na pantomima imposta. No confundamos o mecanismo de negación do paciente con este tema, unha cousa é que eu, voluntariamente, escolla non querer saber e outra moi diferente é que me oculten a verdade. Gil afirma a este respecto: “Na nosa sociedade, a familia é unha oportunidade, pero tamén pode ser unha barreira. Teñen dereito a coñecer a situación, pero iso non quere dicir que a información lles pertenza”. Por iso, resulta fundamental que todos os que traballamos neste ámbito entendamos á familia xunto co paciente formando un todo obxectivo da nosa intervención. Barbero reflexiona acerca disto: “Pouco a pouco vanse dando conta de que ocultar a realidade acaba traendo máis problemas do que beneficios. Dicímoslles que ao doente lle explicaremos cales son as opcións terapéuticas e en que consisten, e que se chega o momento en que nos pregunta sobre o pronóstico, ímoslle responder sempre”.

No que respecta á revelación do diagnóstico, o código de ética e deontoloxía médica de 1990 establece no seu artigo 11: “Os pacientes teñen dereito a recibir información sobre o diagnóstico, pronóstico e posibilidades

terapéuticas da súa doenza e o médico debe esforzarse en posibilitarlle coas palabras máis adecuadas”; no punto 4 dese mesmo artigo: “En principio, o médico comunicará ao paciente o diagnóstico da súa doenza e informaráo con delicadeza, circunspección e sentido de responsabilidade do prognóstico máis probábel. Farao tamén co familiar ou achegado ou con outra persoa que o paciente designara para tal fin”; no punto 5 engádese un aspecto moi importante: “En beneficio do paciente pode ser moi oportuno non comunicarlle inmediatamente un prognóstico grave. Aínda que esta actitude debe considerarse excepcional co fin de salvagardar o dereito do paciente a decidir sobre o seu futuro”. Cada paciente e cada familia son únicos: a información será a máis individualizada posíbel de acordo á personalidade, desexos e puntos fortes e débiles da persoa interesada. Moitos familiares que se opoñen en principio a que o paciente reciba información, tranquilízanse se se lles di que non se lle mentirá nunca ao paciente e que este non será enfrontado a unha información que non pediu, dándolla só cando el a demande ou existan mostras de estar preparado para recibila. Para decidir se se revela ou non un diagnóstico, que dicir e como facelo, é necesario coñecer que existen as seguintes situacións, nas cales o paciente pode:

1. Sabelo xa ou sospeitar a verdade sen que llo dixera ninguén. Isto pasa na maioría, ás veces desde o inicio da doenza: é preferíbel deixar que o paciente o pregunte, se é o seu desexo.
2. Desexar sinceramente coñecer a verdade e falar do tema, polo que esta pode revelarse con cautela e sen que nin o doente nin o médico se sintan molestos. Hai persoas que unha vez que coñecen a verdade, quedan tranquilos e en paz e consolan eles mesmos aos familiares. A incerteza pode producir ansiedade e inhibir o axuste psicolóxico.
3. Estar moi asustado e preferir que o tranquilicen máis que dicirlle a verdade, aínda que o estea preguntando directamente. Se este for o caso, decidirase.

En ocasións pode ser necesario preguntarlle se está preocupado sobre o curso que leva a súa doenza, que lle dixeron sobre ela e sobre o que pensa de como van as cousas até o momento, para saber o que coñece, se se dá conta da súa situación e se lle interesa coñecer máis. Charles Edwards e Selby, establecen unha serie de principios chave para falar cos pacientes paliativos, que a pesar de redundar no mesmo que xa mencionamos, introduzo a modo de resumo, subliñando aspectos moi importantes:

1. escoitar ben: se facemos o posíbel por ser bos ouvintes, o paciente diranos o que coñece, o que quere coñecer, o ritmo e a cantidade de información que require.
2. Non mentir nunca aos pacientes: a verdade variará dependendo da disposición do paciente a escoitar. O paciente sentirase aliviado ao saber que os que o rodean son honrados con el e non pretenden facerlle crer que se van recuperar de novo.
3. Evitar ou procurar que non se produza unha “conspiración do silencio” entre o paciente, os seus familiares e o médico; porque esta introduce un elemento de represión e illamento emocional nuns momentos chave nos que o doente precisa de comprensión, consolo e compañeirismo.
4. Non descartar nunca unha posíbel esperanza: pode haber esperanza por unha remisión, por unha cura milagrosa, unhas semanas libres de dor ou por unha vida mellor despois da morte.
5. Evitar a falsa alegría tanto por parte do sanitario como por parte dos visitantes ou familiares. Raramente chega a ser convincente e o que esa persoa necesita é comprensión, non distracción.

Unha vez que se decidiu informar é importante facelo gradualmente para dar tempo a paciente e familia a adaptarse á nova situación, absorbela e que se orixinen preguntas sobre ese aspecto. Non dicir a verdade a quen non desexa sabelo ou a quen non estea preparado para iso, xa sexa psicolóxica ou emocionalmente, porque pode converterse nunha experiencia frustrante que fará os seus últimos días máis angustiosos. Outro aspecto moi importante é que se debe asegurar a confidencialidade da información tanto aos membros do equipo, como ao paciente e á súa familia; é esencial e apropiado que os familiares reciban información e sexan consultados sobre todos os aspectos do control médico e de enfermería, pero isto debe ser alén da información que reciba o paciente e non no seu lugar. Conseguirose pois o permiso do paciente antes de divulgar unha información a calquera persoa, e os seus desexos deberán ser seguidos aínda cando a persoa coa que se teña que tratar do tema sexa consanguínea.

Kessler, no seu libro *El derecho a morir en paz y con dignidad*, en 1997, compendia os dereitos que debería ter un doente paliativo, todos eles directa ou indirectamente relacionados co tema da comunicación:

- O dereito a ser tratado como un ser humano digno.
- O dereito a manter unha actitude esperanzada, por moi cambiante que poida ser a súa orientación.

- O dereito a ser coidado por persoas capaces de manter unha actitude esperanzada, por moi cambiante que poida ser.
- O dereito a expresar sentimentos e emocións sobre a morte á nosa propia maneira.
- O dereito a participar en todas as decisións que afecten ao noso coidado.
- O dereito a ser coidado por persoas compasíbeis, sensíbeis e ben informadas que intenten comprender as nosas necesidades.
- O dereito a esperar atención médica continuada, aínda que os obxectivos pasen de curativos a paliativos.
- O dereito a recibir unha resposta honesta e completa a todas as nosas preguntas.
- O dereito a buscar espiritualidade.
- O dereito a non padecer dor física.
- O dereito a expresar sentimentos e emocións sobre a dor á nosa propia maneira.
- O dereito dos nenos a participar da morte.
- O dereito a comprender o proceso da morte.
- O dereito a morrer.
- O dereito a morrer con paz e con dignidade.
- O dereito a non morrer só.
- O dereito a que se respecte o corpo despois da morte.

Actualmente é grato pensar que, aínda quedando moito por andar, estes dereitos resultan cada vez máis obvios e mellor respectados na medicina. As Unidades de Coidados Paliativos, como dispositivos específicos, aínda que non só, tratan de contemplar estes dereitos como obxectivos a conseguir.

Os que traballamos en coidados paliativos sabemos que “cada un morre como vive”, temos que saber, respectuosamente, como viviron as persoas a súa vida e axudalas a vivir a súa morte como decidan, e para elixir debo saber a que me enfronto e á irreversibilidade do que me acontece.

En canto preparaba este tema viñéronme á mente múltiples pacientes, persoas que me deron o privilexio de compartir a súa intimidade nun momento de extrema vulnerabilidade psíquica como é o padecemento dunha doenza terminal. Lembro de forma especial un dos primeiros pacientes, cando a súa oncológa pediu colaboración do psicólogo, pois perante a súa pregunta de que é o que quería saber acerca da súa doenza, respondeu: “Dra, eu só quero saber un pouquiño”. A miña primeira entrevista con Manuel consistiu en saber cuanto era ese “pouquiño”. Concluímos que o que quería saber era se tiña

cura, nada máis. A Dra. díxolle que non. Manuel nunca preguntou nada máis, morreu dous meses máis tarde, tranquilo, acompañado da súa familia e arranxando as súas cousas, que só el sabía como arranxar.

Se nunha cinta de maletas do aeroporto nos permitiran facer un estudo e puidésemos ver o interior de cada unha delas, sorprenderíanos a diferente maneira de viaxar de cada persoa e que é o que cada quen precisa. Morrer é partir tamén, ao nada ou a calquera lugar; deixemos que cada quen prepare a súa equipaxe ou, en ocasións, que manifesten expresamente que outro lla prepare. De igual maneira, hai persoas que odian despedirse e que nunca serán vistas en ningunha estación de tren e outras, ao contrario, precisan dun último abrazo e de mirarse. Respectar é informar, tratar é deixar decidir, e decidir ben só o fai quen conta non con toda la información dispoñíbel, senón coa que necesita.

Acabo, cunhas palabras de Bayés, eminente psicólogo que dedicou boa parte da súa carreira profesional ao estudo da temática exposta:

A comunicación de malas noticias, se se leva a cabo de forma adecuada, a pesar dos riscos que supón enfrontar ao individuo coa súa morte psicolóxica, logo dunha primeira etapa de conmoción acostuma diminuír a percepción de ameaza ao incrementar a percepción de control do doente sobre algúns aspectos relevantes dun fenómeno adverso que necesariamente vai ter que afrontar

Bibliografía:

- GÓMEZ SANCHO M. et al: *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas. ICEPSS. 1994.
- GÓMEZ SANCHO M.: *Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas. ICEPSS. 1998.
- KÜBLER-ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Grijalbo. 1972.
- ASTUDILLO, W. e MENDINUETA, C.: “¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?”. *Ars Médica*, Vol 11 , nº 11.
- ASTUDILLO, W. et al.: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona. Euinsa. 2002.
- ARRANZ, P. et al.: *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona. Ariel Ciencias Médicas. 2005.
- FLÓREZ LOZANO, J. A.: *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Barcelona. Astra Zeneca. 2001.
- GARCÍA CAMBA, E.: *Manual de psicooncología*. Madrid. Aula Médica ed. 1999.
- COSTA e LÓPEZ: *Consejo psicológico*. Madrid. Síntesis. 2003.

Sobre a psicooncoloxía



Jorge García Fernández

Psicólogo Clínico
Complejo Hospitalario Universitario
A Coruña

Sobre o extraño fenómeno de padecer un cancro

Neste lugar, onde existe o dereito a sentirse especial por ter problemas, a doenza oncolóxica ocupa o primeiro posto no *ranking* de dificultades con capacidade de alterar a traxectoria vital dos individuos habitualmente prevista dunha duración próxima á eternidade.

A sorprendente noticia de recibir un diagnóstico de cancro contrasta enormemente coas cifras de prevalencia deste tipo de problemas. Cos números na man, parece bastante probábel que algún veciño do noso predio faleza a causa dun cancro de próstata; moito máis normal que a causa da súa morte teña sido unha neoplasia de mama, colon ou hematolóxica e estatisticamente vulgar que un coñecidísimo veciño acabara a súa vida dun cancro de pulmón. Un grande número de outros tipos moi frecuentes sumaría aos antes citados para representar algo máis da cuarta parte das causas de morte no noso país. Unha cifra bastante similar corresponderíase con outros casos de persoas coa

doenza en remisión ou en desenrolo e que ven interrompida a súa existencia por outro tipo de patoloxías. En definitiva, que ao menos a metade dos nosos conveciños sufrirá nalgún momento da súa vida un sorpresivo e inesperado diagnóstico co título de cancro e veranse obrigados a sobrevivir o resto do seu tempo mentres a doenza remite, se desenrola ou se acompaña de novos males que inevitabelmente irán aparecendo.

E, no entanto, a sorprendente normalidade destes acontecementos non parece que teña provocado en nós un fenómeno de habituación ao igual que ocorre co asunto clasicamente coñecido como morte e que na actualidade tomou o nome de falecemento, deceso, *éxitus* ou outros sinónimos máis ou menos borrosos que dificultan a obrigada posta en contacto co asunto, tan necesaria para perderlle o medo. A asociación automática entre estes dous conceptos e a súa abordaxe de forma tan similar na nosa cultura, cun estilo moi próximo á absoluta negación, a base de exposicións breves e ocasionais, non facilitará posibelmente a lectura deste artigo sen experimentar certo grao de malestar e angustia perante a brusca abertura da xanela da máis transparente evidencia.

Sobre as primeiras emocións do cancro

Na liña do anterior, a aparición dun acontecemento altamente aversivo e intensamente inesperado non pode causar unha rápida resposta de adaptación por parte dos suxeitos. Fronte ás tan certas expectativas de continuidade na traxectoria vital dos suxeitos e a aparición en pantalla da repentina posibilidade dun desenlace fatal (coma se existise outro), a noticia de padecer algún tipo de cancro máis ou menos malo desmonta bruscamente a estrutura persoal sustentada sobre os piares da saúde e o tan imprescindible benestar. Cando as reparacións son tantas é posíbel que resulte máis sinxelo derrubar por completo o predio para incluír elementos difíciles de integrar no espazo actual. Porén, esa visión dunha vida en forma de escombros, mentres non son retirados e comezan os novos cimentos, non provoca outra cousa que unha sensación de intensa vertixe. A conceptualización como dor ou crise non supón unha grande diferenza á hora de describir a sensación de caos que acompaña este momento. A necesidade de dosificar o cambio en forma de negación ou dúbidas pouco razoábeis, prorroga o proceso de pór en marcha os mecanismos de demolición e permite gañar tempo para obter apoios emocionais, informativos e materiais que colaboren na tarefa de deseñar os esbozos da nova vivenda e así dulcificar o trago do derrubamento do fogar actual. Blasfemar e espedernexar perante a mala sorte, fenómenos psicoloxicamente derivados da frustración

por non obter o esperado, forman parte do inicio deste camiño (e tamén dos dereitos persoais). O momento tan desexado da completa aceptación nunca chega. Iranse atenuando de forma intermitente as lamentacións deixando paso ao principio das obras sempre compatíbeis coa idea do “bonita que era a casa antiga”.

Sobre os diferentes modos de avanzar con cancro

Non todos os individuos prefiren conducir durante unha longa viaxe. Sen dúbida desfrutar *desa sensación de potencia nas túas mans* resulta atractiva para un grande número de clientes máis, indubidabelmente, moitos outros abandonan en mans de pilotos que consideran experimentados en canto que len, escoitan música, dormitan e observan a paisaxe. Ilusionarse cunha estreita dirección das obras pode que non teña mellores resultados do que programar unha estupenda xornada de praia realizando un continuo seguimento da dirección das nubes. A tan renomeada loita contra o cancro pode resultar máis interesante para os biólogos, as súas industrias e para os números do cancro do que para moitos individuos doentes que optan por manterse tamén alerta a outras cuestións infinitamente máis lúdicas. Promover unha saudábel actividade física sufocándose uns poucos quilómetros após a quimioterapia compite coa atraente idea de abandonarse ao cancro abatido na *chaisse longue* cuberto cunha manta de veludo a cadros. Sen dúbida a calidade do libro, o filme e o zume de laranxa (preparado por outro, claro), sumaranse ao resto dos síntomas na puntuación da calidade de vida desa máis onco-“lóxica” tarde de domingo. A aceptación do obrigado malestar e, en algunha medida, da tristeza como parte do traxecto resulta, sen dúbida, máis rentábel do que crer no difícil de poder sobrevivir polo feito de non conseguir sentirse máis animado e con máis vontade de alboroto.

Esa famosa actitude activa e de control denominada *espírito de loita* e que conta con numerosos adeptos entre os nosos conxéneres psicólogos como tratamento biolóxico do cancro, non resulta tan clara para a literatura experta nestas cuestións. A atraente sensación de control sobre a vida parece ilusionar mellor este tipo de seres humanos do que ao resto dos profesionais da saúde e, desde logo, a un grande número de pacientes de cancro. Resulta tamén evidente, aínda que un fenómeno menos iluminado, que as outras estratexias, centradas en manterse atento a outros asuntos vitais alén da doenza, son un plantexamento cando menos igual de san. A propia denominación destes camiños como negación, evitación ou estratexias pasivas suxire que as persoas es-

tán a fuxir ou se achan paralizadas ao non se saber comportar contra a doenza como é debido. *Valentes contra covardes* podería ter sido o título deste apartado. Nese caso, o que escribe non sabería con que adxectivo cualificar a cada un destes dous tipos de estilos.

Sobre o fracaso de sobrevivir loitando contra o cancro

A perda da esperanza en curarse, mellorar ou simplemente seguir tirando considérase o *nonvaimáis* do fracaso dos suxeitos enfermos. O termo desesperanza, construído en experimentación animal mediante descargas aplicadas por un home de bata branca, defínese neste outro contexto como a crenza e os sentimentos asociados a estar *fodidos sen remedio*. Mais o agazapamento inventado polas ratas de Seligman non representa a perda de fe no despois, a evaporación de motivos e proxectos persoais nin o cese da vontade de tirar dun corpo que non quere continuar a avanzar. Sen dúbida, aqueles roedores non tiñan máis asuntos pendentes aquel día máis do que voltar á súa apracíbel gaiola sen grella nin palanca. A esperanza, a fe, algo así como a ampla certeza de que algo vai acontecer, dilúese cando os individuos ao fin perciben que poden non ser capaces de facer algo e/ou aínda que así fora non serviría de moito (algo máis próximo aos dous tipos de expectativas que coñecemos). Cando un e/ou os demais esperan poder realizar sempre accións combativas e salvarse mediante elas, a resistencia da súa fe perante as sucesivas adversidades resulta tan vulnerábel como a dun xefe *siux* en Manhattan. Só aqueles crentes de elite resistirán o envite de observar un grande marcador con varios goles en contra. Para explicar que a motivación para remontar se incrementa co tamaño da derrota non encontramos teorías. Non dispomos de argumentos para a súa defensa se estes individuos son acusados de moi “raritos”. Claro que podemos manipular o marcador e presentar sempre un empate ou un só gol de churro como desvantaxe. Non resultará nada complicado que os outros compoñentes do equipo participen do *desfalco* en aras da moral do “pichichi” tan necesaria para a victoria final. O ancoramento popular e os ruidosos cánticos non deixarán entrever un só indicio de dúbida sobre a posesión dese glamuroso estatus. Co transcurso do tempo os outros estarán pedindo con sutís sinais o fin do xogo. A interpretación da desidia dos compañeiros como cansazo ou esgotamento provisional precisará dun incremento de dioptrías, un feito nada infrecuente pero tan necesario para continuar a interminábel cadea de medias milongas. Cando as cousas se complican, a brusca transformación do intenso espírito de loita na máis absoluta negación do que hai, non conta con eviden-

cia científica pero xuro tela presenciado en moitas ocasións. A crenza en estilos puros e estáticos non deixa de ser unha media “patraña” máis para presentar unha realidade máis linda da predecíbel conduta humana.

Cando o eterno fracaso reiterado de tratamentos e o obrigado esgotamento só pode ser paliado con eternas solucións alternativas e períodos de descanso artificiais, o desenlace deste *Show de Truman* dependerá, sen dúbida, tanto da cautelosa programación do guión cotidiano como da pouca curiosidade do protagonista. O deterioro espontáneo ou compasivo do nivel de conciencia nos últimos días axudará a escribir un final feliz.

Sobre os argumentos dos máis inconscientes vividores

Para outros, a capacidade para viaxar incómodo e conformarse con chegar até onde chegue o límite da actual Visa, libéraos de solicitar algún deses rápidos créditos-armadilla que afogan inexorabelmente o afán de perpetuar a viaxe. Gañar o tempo que permita seguir a gañar tempo non parece mellor argumento que perder o tempo como forma de vivir o tempo. Non será necesario recorrer a ningún relato sufi para falar sobre o infinito do tempo e a incapacidade de conseguir un cubo o suficientemente grande para recollelo. Tampouco sobre se a vida da bolboreta é máis ou menos longa que a da tartaruga tendo en conta a inmensa cantidade de vida que a ámbolos lles restou por vivir. Até ese afán etolóxico de prolongar o día podería ser matizado simplemente pola sensación de ter deixado feitos os deberes, a cociña recollida e, segundo os casos, a roupa de mañá preparada. Entender que existe un momento en que debemos baixar do carrusel sen resmungar costa traballo por moitas que sexan as razóns a esgrimir: que hai máis xente na fila, que se acaba o diñeiro, que hai que ir a outro sitio, que os nosos coidadores están cansados de estar de pé ou simplemente porque xa é demasiado tarde. É unha pena non poder dar unha volta máis pero sen dúbida estivo ben a viaxe... Construír máis argumentos do estilo non é moi difícil e a fe para crer neles pódese conseguir a base de observar detidamente o funcionamento repetido da feira.

Moitos evitadores e bos negadores se empeñan en pensar que “xa que se hai que ir, mellor contentos” e moitos con boa saúde até o fin poden até desfrutar nesa apracíbel tarde de domingo, da última volta. Repasar os deberes acabados costuma resultar unha lista maior que os aínda pendentes e loitar moito por seguir non é o principal e único plan. Interpretar como hemiagnosia ou neglixencia atencional a ausencia de rabietas e a actitude pouco combativa resulta inxusta e até insultante para estes máis expertos *vividores*.

Así, o fracaso de manter a fe resulta menos condicionado ao deseño dun bo guión, da azarosa evolución da doenza, e até pode dotar os suxeitos desa fantástica sensación de control sobre os seus momentos pendentes. Centrarse naquilo posíbel hoxe e respirar co pedazo de pulmón que queda non parece mala solución. O difícil de vivir con cancro para eles costuma estar relacionado con intensas dores físicas que salpican os vidros limitando a capacidade para observar moito do que ocorre aí fóra; de presenciar toda esa grande cantidade de nimiedades cotidianas coas que enchemos o cubo. Afortunadamente as brebaxes médicas van avanzando para poder pasear polo xardín, conversar ou durmir placidamente até o último día. Os outros, entre tanto, acompañan o paseo coma sempre sen necesidade de repetir constantemente o ben que vai todo e o afortunado que debe sentirse un por mellorar tanto a pesar de que o maldito servizo de lavandaría do hospital envíe pixamas cada vez maiores.

Sobre a penosa tarefa de non tratar o cancro

Sen dúbida que, unha vez subidos á chalana, remar de costas ao destino é a maneira máis adecuada para avanzar con máis forza. Tamén resulta a forma máis fácil de perder de vista el obxectivo e máis aínda cando este varía con frecuencia de posición. Non queda máis remedio que facelo ollando de fronte sobre a esteira da nave capitana nesta travesía en grupo onde somos simplemente un máis. O paciente coa gorra adornada de áncoras douradas e os seus galóns lustrosos guía, coa lei na man, a súa propia república bananeira. De acordo con estas condicións, unha actitude submisa ante a autoridade destinada a conseguir “permiso para preguntar” resultaría adecuada como punto de partida. A aceptación de dita proposta seguida de innumerábeis saídas por “peteneras” máis ou menos elegantes representa para algúns o reto de vencer a resistencia encanto que para un, coa lei na man, é o inequívoco sinal, cando menos, de afastarse un par de millas á espera de novas instrucións.

Outras veces, o inxenuo mariño fálanos desa inflamación tan resistente que requeriu un tratamento tan intenso deixando en mans dos que tanto saben o devir do asunto. En boa compañía e sen outros problemas vitais ou angustias especiais aténdenos cordialmente e convídanos máis ou menos explicitamente a ficar a unha soa milla de distancia. En situacións similares pode até aparecer algunha demanda sobre cousas de nervios que alteran o sono, aborrecemento ou cuestións interpersoais tanxenciais á doenza e solicitan un tratamento *lighth* que podemos realizar de forma pouco invasiva ao estilo de cada cal e mellor aínda se nos acompaña algún avezado compañeiro especialista en boticas *flash*.

Cada vez son máis os que falan sobre o que ocorre coa nosa mesma linguaxe, chaman ás cousas polo “seu nome” (igual ca nós) e poden facelo até a nivel microscópico. Case sempre unha chamada de móbil nos interrompe a “cháchara”. Pídlles que atendan a chamada mentres sinalo a porta levantándome para respectar a intimidade da conversación. Xeralmente sorprendidos, pídenme que espere mentres lles indico (sinalando o meu reloxo) que non hai presa. Mentres falan aproveito o tempo para rexistrar algúns datos estatísticos ou simular que reviso algunhas notas a fin de non perturbar. Por suposto que os comportamentos son moi diferentes. Un educado “estou cun doutor, chámame logo” déixanos sen información nova. O relato dun parte médico detallado contrasta con conversacións onde un breve “vamos tirando” vai seguido de frivolidades diversas da vida cotidiana. Mantendo como factor constante o tipo de interlocutor, as respostas dos doentes algo suxiren sobre o seu estilo de presenciar o seu problema. Unha vez distendido o ambiente, en ocasións varias, en breves visitas podemos comprobar que os relatos varían de temática, sendo posíbel manter conversacións moi alleas ao obrigatorio foco problemático supostamente máis intenso. Empeñarnos na ardua tarefa de detectar problemas de diferente índole, máis do que en rastrexar con cautela asuntos nos que axudar, en nada contribúe a distraer a atención sobre a adversidade que tan habilmente realiza o noso capitán.

Con frecuencia, e mellor cando as cousas aínda van ben, é un bo momento para nos coñecer, mostrar cales son as regras, contribuír a aclarar dúbidas, aportar confianza na súa asistencia, saber sobre asuntos de familia... e absolutamente nada máis. Poderíamos chamar a isto tecnicamente a psicoterapia de non intervir en pacientes con cancro.

Sobre como mellorar os modais e o saber estar coas persoas con cancro

A decisión de actuar aparece cando nos indican que rememos con forza e nos poñamos durante un momento á par da nave que guía. Unha repentina e manifesta crise de fe ou unha máis *enmascarada* exhibición de síntomas dos nosos, habitualmente relacionada co incremento de molestias internas ou externas ou ámbalas cousas segundo os casos. En termos puxilísticos costuma bastar un pouco de permiso para repousar lexitimando o necesario descanso do guerreiro no recuncho entre asalto e asalto. Cos máis vividores, ao ver reducida a súa capacidade para vivir do presente día, pouco máis queda que plantexar o asunto como provisional e aliviar o sufrimento como sexa. Toda

aparición de ideas sobre o futuro desta guisa mellor deixalas e traballar sobre un mellor presente resulta un bo plan. Un experto camioneiro falou de non poder ollar lonxe con tanta néboa a risco de sufrir un accidente, e que cando a cousa se pon fea mellor deterse na marxe e subir a radio. Aproveitaremos mellor a xornada laboral gastando o limitado tempo de condución máis tarde. Coas reiteradas acometidas e sucesivos síntomas de leve melloría, as forzas esgótanse no intento de arrancar e parar en rampa sen chegar a meter nunca a segunda. Un obxectivo moi modesto sobre a distancia a avanzar fai moito máis leve o mal trago.

A retirada da alta competición é sempre unha difícil decisión se supón a perda da popularidade, a separación dos compañeiros de equipo e dos motivos para madrugar e para coidarse. Acabar a carreira deportiva como defensa patético no mellor equipo de Groenlandia pode ser un exemplo de estilo de afrontamento “conxelado”. Fretar autobuses para os *fans* incluíndo un par de amigos xornalistas é unha boa receita para manter viva a auto-estima, se é que non queda outro remedio.

Mais algúns opinamos que resulta mellor, se pode ser, pasarse ao plan B de recadar folletos de viaxes, comprar puzzles difíciles ou algunhas lecturas sobre enxeñería fácil que permitan supervisar de forma interesante as obras de enfronte da casa. Unha moi lenta transformación do discurso (coas luvas colgadas detrás da porta) pode ser acompañada por un experto conversador (un psicólogo, por exemplo) que evite a aparición dos malos sentimentos no tránsito e poña freo ás reaccións da chusma que apuntan cara un impulsivo linchamento.

En defensa do rango de capitán haberá que manterse ás ordes, colocar a vela na dirección do vento e orientar o resto dos sopros para que impulsen na mesma dirección.

E sobre o comenzo do traballo no proceso de adaptación á experiencia de padecer cancro

A estas alturas, valoraría como un estrepitoso fracaso que o lector non adivinase o argumento deste apartado. A tentación de deixar unhas liñas en branco a modo de *le e completa* foi desestimada a risco de parecer pouco formal. En todo caso serei moi breve argumentando que resulta evidente que non dispomos de moitos modelos de morrer, simplemente porque non os vemos. Que é evidente que a prensa fala de loita e de derrota como único titular, simplemente porque é o único que vende. Que é evidente que non serve unha

soa e ríxida resposta inamovíbel perante a doenza, simplemente porque muda e serven outras. Que é evidente que as cousas psicolóxicas se contan de poucas maneiras pese a que resulta evidente que a sagrada evidencia con maiúsculas sobre o asunto non está nada clara.

Así que, de momento, conformarémonos con predicar sobre “a verdade” mentres se asentan os piares desta outra alternativa seita compatíbel coa supervivencia da psicooncoloxía.

Unidades da Dor:

Son posíbeis
sen Psicólogos Clínicos?



Manuel Castro Bouzas.

Psicólogo Clínico
Servizo de Psiquiatría
Área Sanitaria de Ferrol

Introdución

Cando estaba meditando sobre o contido deste artigo, en como estruturalo e en como expresar o que quería comunicar, decateime da dificultade de titulalo. Títulos como “O psicólogo clínico na Unidade da Dor”, “O rol do Psicólogo Clínico na Unidade da Dor” ou similares estaban repetidos *ad nauseam* na literatura, e dalgunha maneira soábanme a esa perpetua procura da identidade na que algúns parecen embarcados (ou interesados?) *ad aeternam*.

Sorprendeume esta dificultade xa que a dor é unha experiencia universal. Está presente desde o comezo da vida, é elemento básico en múltiples doenzas como un dos primeiros signos da súa presenza e evolución, favorecendo a supervivencia da persoa. Como vivencia persoal o seu estudo por parte da Psicología está fóra de toda cuestión, e a aplicabilidade dos coñecementos que proveñen de tal estudo deberan ser claros.

Mais creo que os froitos da Psicología neste campo aínda non teñen a presenza que deberían no campo clínico. Primeiro considero necesario aclarar de que estou a falar.

Que é a dor e por que se pode considerar un reto?

A mellor maneira de evitar discusións é acudir ás autoridades: ben para pórse ao seu abrigo, ben para atacalas e definirse en función dese ataque. Na definición empregada pola International Association for Study of Pain (1979), a dor descríbese como unha experiencia sensorial e emocional desagradábel asociada a unha lesión nos tecidos, presente ou potencial; ou que está descrita en termos de tal lesión. E engade que a dor sempre é subxectiva. Este último elemento devólvenos a persoa ao centro, no só como vítima, senón tamén como actor na expresión da dor.

De feito a propia IASP (1994) propón unha clasificación multidimensional, onde o eixo que se refire á etioloxía recolle 3 posibilidades: orgánica, disfuncional e psicóxena. Esta última diríxenos directamente aos mecanismos psicolóxicos que actúan, e a disfuncional con frecuencia diríxenos ao control que a persoa realiza dos recursos que ten á súa disposición, podendo aparecer condutas que autoperpetúan o problema.

Mais a dor tamén ten outra serie de características (Penzo, 1989):

- A dor é unha experiencia subxectiva, expresada nun informe verbal.
- A dor non segue os criterios dunha modalidade sensorial simple, sendo unha experiencia complexa.
- A experiencia de dor transmítese através da expresión verbal e pode ser estudada mediante a análise funcional.
- A dor implica asociación entre a experiencia previa da persoa, a experiencia sensorial actual, a súa natureza aversiva e o estado afectivo.
- A dor implica atribucións de significado a experiencias sensoriais desagradábeis.

Outro elemento que incluír (Valdés, 2000) sería considerar que a dor (como experiencia emocional e á marxe da súa etioloxía) sería modificábel coma calquera outra resposta emocional. Co paso do tempo ademais a conduta de dor socialízase, mostrando unha expresión determinada no medio no que se desenvolve. Deste xeito a vivencia e a expresión de dor son fenómenos determinados por múltiples factores (Donker, 1991).

Con todo isto podemos incluír os seguintes elementos como constituíntes dos retos que presenta:

- É un elemento central na demanda asistencial.
- É un reto para os recursos terapéuticos.

- Revisa as relacións entre terapeuta e paciente desde quen expón o problema da dor e desde quen acepta a medida terapéutica para intervir na dor.
- Cuestiona cales son os indicadores de patoloxía e cales a medida dos resultados.

En canto á influencia dos factores psicolóxicos na expresión da dor, Fordyce (citado en Penzo, 1989) sinala 2 tipos de condutas de dor:

- *Condutas de dor reflexas*, que actúan consecutivamente ao estímulo nocivo, máis vinculadas á dor aguda.
- *Condutas de dor operantes*, emitidas polas consecuencias que implican (atención, masaxe, analxesia), cun abandono das responsabilidades, que teñen un rol máis relevante nos cadros crónicos.

E a propia dor podería ser dividida para o seu estudo en 3 dimensións (Melzack, citado en Penzo 1989) que corresponderían con estruturas biolóxicas diferentes:

- *Senso-discriminativa*: Consiste na apreciación precisa da intensidade, localización, duración e calidade da dor. O substrato é a faz neo-espiño-talámica e o tálamo ventromedial posterior. As fibras de transmisión implicadas son as G.
- *Motivacional-afectiva*: Ten unha valencia e é o sentimento desagradábel ou displacenteiro, incluso unha vivencia complexa coma a de medo, e que ten un valor motivacional para evitar ou para fuxir da estimulación nociva. O substrato son as faces paleo-espiño-talámica e espiño-retículo-talámica, e a formación reticular e o sistema límbico.
- *Cognoscitivo-avaliativo*: A persoa dá un significado á estimulación en función da experiencia anterior, segundo o contexto, valores, crenzas, atención prestada e pensamento. En ocasións o que se expresa é unha aprendizaxe inadecuada da discriminación sensorial e a integración e codificación da experiencia. O substrato é o córtex, vehiculizado esencialmente através das columnas dorsais da médula.

Nunha unidade específica o rol do psicólogo clínico centraríase primordialmente nos dous últimos elementos.

De tódolos xeitos, independentemente da etiqueta usada, o estudo do impacto da dor na persoa e no seu medio sería moi similar en moitos casos. As implicacións terapéuticas poderían ser diferentes se o cadro é designado como dor crónica, ou se é dor psicóxena, transtorno por dor ou transtorno por dor somatomorfo persistente. Os criterios de *F45.4 Transtorno por dor somatomorfa persistente* son os seguintes:

- A. Dor molesta, grave e persistente (polo menos durante 6 meses, continuamente a maior parte dos días) en calquera parte do corpo que non pode ser explicada adecuadamente por evidencia dalgún proceso fisiolóxico ou por un transtorno físico e que é consistentemente o foco principal da atención do paciente.
- B. Os criterios de exclusión máis comunmente usados: non ocorren se hai un transtorno esquizofrénico ou relacionado (F20 – F29), ou só durante calquera transtorno do humor (F30 – F39), transtorno de somatización (F45.0), transtorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) ou transtorno hipocondríaco (F45.2).

Respecto ao sistema *DSM* este cadro tivo os seguintes nomes: *dor psicóxeno*, *dor somatomorfo* e actualmente *transtorno por dor* (asociado a factores psicolóxicos ou a factores psicolóxicos e doenzas médicas, e que pode ser aguda ou crónica). As diferenzas co CIE 10 é que no *DSM IV-TR* permítese o diagnóstico con tempos inferiores a 6 meses e asúmese que hai factores psicolóxicos no inicio e da evolución do cadro, que non son adecuadamente explicados polo substrato orgánico. Por outro lado o CIE 10 sinala, cousa que non fai o *DSM*, que a dor é o foco principal de atención do paciente. Considero este elemento relevante en relación co impacto na vida da persoa.

Sobre os elementos vivenciais que se encontran nas persoas que sofren dor crónica (por reaccións ás intervencións, impacto na vida da persoa e intentos de adaptación) algúns dos máis frecuentes son:

- Diminución da actividade física e adopción dun rol pasivo.
- Diminución da actividade funcional na casa, no traballo, no ocio.
- Alteración do sono e deficiente calidade reparadora do mesmo.
- Alteracións do humor.
- Problemas laborais e económicos.
- Incremento do uso e do abuso de fármacos.
- A comunicación da persoa xira á volta da dor, amplificando o seu impacto.
- Dificultade para discriminar ou describir os elementos do cadro clínico de forma clara.
- Cambios no ambiente familiar, xirando á volta da asistencia e coidado do paciente.
- Non se contemplan elementos ou alternativas competitivas, ou distractoras, á dor.

- Percepción do fracaso das respostas terapéuticas, tanto profesionais como persoais, habendo ademais anticipación de fracasos.
- Hai un diálogo interno negativo, anticipación e certa focalización obsesiva na dor.

A isto engadir (PAIN, 2002) que se a dor é un problema sanitario, a dor crónica constitúe por si mesma un problema de saúde concreto, unha doenza por dereito propio, que con frecuencia se ve acompañada doutros síntomas. Así a presenza de *síntomas depresivos e ansiosos* é frecuente, e con frecuencia cun valor prognóstico negativo sobre as medidas terapéuticas que se poden aplicar. Monsalve et al. (2000) informan mediante o uso do HAD a existencia de síntomas ansiosos relevantes no 25.3% (I.C. 15.9 – 34.5) dos pacientes domiciliarios e no 46.3% (I.C. 37.6 – 56.8) dos ambulatorios; de síntomas depresivos no 46.3% (I.C. 37.6 – 56.8) e no 31.6% (I.C. 21.7 – 41.4) respectivamente.

Con todo isto onde se poderían traballar estes elementos? As Unidades da Dor

Durante moito tempo considerouse a dor case como unha modalidade sensorial simple: relacións lineais sinxelas entre dano e expresión do mesmo. As intervencións eran igualmente simples: máis dor (máis aumentador da expresión do dano), máis analxésico (máis reductor da expresión do dano) até chegar, se for necesario, á anestesia. Mais as cousas non funcionaban de forma tan mecánica.

De xeito moi esquemático a propia existencia de Unidades específicas para a abordaxe da dor é moi recente. As primeiras Unidades da Dor propias foron organizadas por Bónica (anestesiólogo), Fordyce e Sternbach (psicólogos) nos EEUU tras a II Guerra Mundial, en grande parte motivado pola propia experiencia de Bonica como médico militar. Bonica comeza a finais de 1946 no Tacoma General Hospital. En España fúndase a primeira en 1973 no Hospital 12 de Octubre de Madrid, polo Dr. Madrid Arias, que se formara con Bonica.

Dentro dos Servizos de Anestesia, pouco a pouco fóronse implantando en diferentes hospitais, organizándose en sociedades científicas, tanto internacionais (v.g. Internacional Association for Study of Pain) coma españolas (v.g. Sociedad Española del Dolor), celebrando diferentes congresos. Parece que estamos perante unha realidade asistencial consolidada, con equipos formados con diferentes profesionais que procurarían unha abordaxe, se non global polo menos si múltiple, da complexidade implícita dos cadros nos que a dor é un elemento princeps.

Xa desde un comezo en tales equipos a presenza do Psicólogo era unha constante como un recurso básico. Hoxe en día en España naquelas unidades que se queiran considerar completas no nivel III e IV (SED, 2005), que son os máis altos, deben contar cun psiquiatra ou un psicólogo, decantándose maioritariamente por este último profesional. Sempre sería admisíbel comezar cos recursos que hai, pero para considerar que unha unidade está consolidada, e non en proceso de consolidación, os recursos teñen que estar ao completo e ser asignados a tal unidade.

Porén, a situación actual non é esta. Lamentablemente non só é a miña opinión. Os datos aportados por Carlos de Barutell (2007), presidente da Sociedade Española da Dor, son moi elocuentes: informa que só 8 de 72 Unidades da Dor estudadas en España contan cun psicólogo con dedicación plena, 20/72 contan cun psicólogo con dedicación parcial e 44/72 non contan con ningún psicólogo. En Galicia non teño noticia de que haxa Unidades da Dor con Psicólogo Clínico con dedicación plena. De feito non hai ningunha que teña nivel III ou IV.

Cales son as funcións dun Psicólogo Clínico nunha Unidade da Dor?

Seguindo a Australian Pain Society (2002) indicaríanse as seguintes funcións do psicólogo clínico dentro dos cadros relacionados con dor persistente:

- ◉ *Valoración:* Os aspectos recomendados son os cambios causados pola dor nas áreas laboral, doméstica, ocio, roles (maritais, sociais e familiares), trastornos do sono e uso de fármacos. Inclúense tamén os factores preexistentes de personalidade (hipocondríase, tendencia á ansiedade, alexitimia), a presenza de síntomas ou trastornos emocionais (tanto ansiosos coma depresivos), a presenza de factores de risco (como hospitalización, modelos familiares de doenza e historia de abuso emocional, físico ou sexual), historia de factores de estrese post-traumático, o estudo de factores ambientais que puideran estar a reforzar a conduta de doenza (evitación de situacións displacenteiras) e/ou que puideran actuar como precipitantes (dificultades laborais, problemas laborais e maritais, falecementos no ámbito próximo, dificultades económicas ou litixios legais).
- ◉ Seguimento do resultado das intervencións.
- ◉ *Intervencións:* Entre elas pódense encontrar técnicas de afrontamento (reestruturación cognitiva, terapia racional emotiva, inoculación ao

estrese, etc.), condutuais (programas sistemáticos graduados, técnicas operantes de reforzo e/ou castigo, control de situacións conflictivas), técnicas de control emocional e sintomático (relaxamento, control da ansiedade, da depresión, dificultades sexuais, sono, asertividade, habilidades interpersoais e comunicacionais) e reforzo do uso adecuado da medicación. Inclúense ademais actividades educativas sobre a dor, intervención familiar e marital, rehabilitación vocacional e tratamento de transtornos por estrese post-traumático.

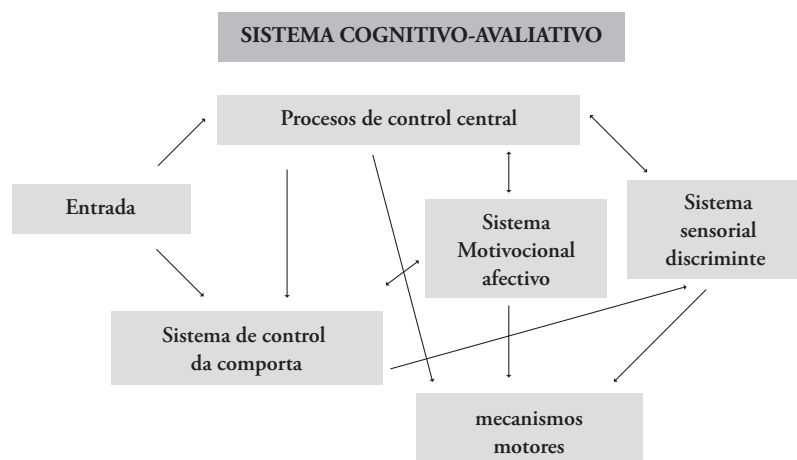
- **Compoñente dos Programas de Control da Dor.**
- *Investigación:* Nos diversos elementos como son os factores psicolóxicos e socio-culturais que hai detrás da dor; perfil dos pacientes que máis beneficios poden obter, dificultades e o seu control, rehabilitación no local de traballo, etc...
- *Adestramento:* De novos profesionais.

Lendo o anterior compróbase como neste ámbito o rol do psicólogo é plenamente aplicado no ámbito clínico e asistencial: os pasos de avaliación, explicación e intervención encóntranse mencionados. A isto habería que engadir outros elementos como son a investigación e a formación doutros profesionais.

Baixo que modelo nos movemos

O *modelo lineal simple*, en que a intensidade da dor sería proporcional á magnitude do dano tisular e que sería recollido por certos receptores, considérase superado pola complexidade do fenómeno nos medios clínicos. E no medio profesional aínda que esta teoría non ten seguidores, continúa presente de forma moitas veces implícito na formación e práctica dos profesionais.

A teoría con máis percorso e elementos que a apoian (e nisto inclúense as mencionadas no apartado de substrato fisiolóxico) é a teoría do control da comporta de Melzack e Casey (1968, citado por Penzo, 1989). Na mesma admítase que da entrada sensorial se pasa directamente ao sistema de control da comporta e ao sistema cognoscitivo-avaliativo, (e os seus procesos de control central), mantendo este influencia sobre o primeiro. O procesamento do sinal e impacto vivencial do mesmo dáse en cascada afectando a outros sistemas: motivacional-afectivo, senso-discriminante e sobre os mecanismos motores. Recóllense nas seguintes liñas:



Este modelo defende unha influencia recíproca entre os diferentes sistemas. No caso da dor aguda na práctica continúa a manterse un modelo practicamente perceptivo-sensorial, e isto probabelmente outorga unha resposta eficiente a ás demandas de control da dor por parte da persoa. Mais isto é cuestionábel no caso da dor crónica.

Para esta dor, unha interpretación condutual é que se trata (total ou parcialmente) dun cadro iniciado por estímulos que producen dor (EI) aos cales a persoa emite unhas respostas máis ou menos universais (RI), mais que por diversos factores estas RI acaban asociadas aos EC ambientais, aparecendo RC que son mantidas por reforzo negativo ou positivo da conduta de dor e polo castigo positivo ou negativo das condutas asertivas. Como factores predispoñentes incluíríanse a aprendizaxe vicaria por parte da persoa deste tipo de patróns condutuais. Posteriormente a persoa comeza a evitar activamente todo movemento, facendo cada vez máis difícil a remobilización, e que por mecanismos de evitación nos leva a un incremento do repouso e da inactividade, introducíndonos nunha espiral viciosa. Por outro lado Melzack (citado por Penzo 1989) menciona a existencia de “mecanismos xeradores de patróns” de conduta de dor que responderían como unha RC complexa.

Hai que considerar que cando se dá a dor as claves contextuais existentes son elementos importantes para comprendela: a dor non parece *in vacuo*. Desde esta postura consideremos os seguintes elementos:

- Pavlov mostrou que os estímulos aversivos perden esta propiedade cando se asocian a comida, sendo o EC altamente específico (excepto na estimulación directa no óso).

- Variábeis como a relevancia condutual e outros factores como a atención e información modifican a activación neuronal inclusive no nivel inicial do procesamento.
- Por outro lado a resposta analxésica pódese condicionar.

Mayor et al. (1986, en Penzo, 1989) falan na dor crónica dun síndrome de descondicionamento, cun decrecemento da capacidade funcional, limitacións en parámetros como a amplitude de movemento, forza, resistencia e tolerancia.

Todos estes elementos evidencian a necesidade de valorar e intervir en múltiples sistemas para abordar de forma completa unha realidade na que interaccían todos os sistemas previamente mencionados.

Valoración. Para que e con qué?

Creo conveniente que a valoración dentro das Unidades da Dolor é preciso siga os mesmos principios que en calquera outro campo aplicado da Psicoloxía Clínica. Lembrar que se ben a valoración didacticamente se describe como a fase inicial, dun xeito ou outro debe repetirse ao longo de todo o proceso terapéutico e de seguimento. Mais si é certo que no comezo resulta esta fase máis intensa que durante o resto do proceso.

Na recollida de datos relevantes para a comprensión e intervención nun cadro de dor creo que debemos asumir certos principios:

- Hai que avaliar o que se vai tratar e tratar o que se avalía. Doutro xeito convertemos a avaliación nun esforzo estéril.
- Medidas que sexan pertinentes, fiábeis e válidas.
- As medicións serán de múltiples dimensións, e con varias medidas de diferentes instrumentos e en diferentes momentos.
- Medidas que inclúan observación directa, tanto polo profesional coma polo entorno do paciente.
- As medidas deben ser adecuadas no seu contido en relación co modelo conceptual empregado.
- Deben ser aceptábeis para a persoa e non deben interferir nin incomodar na súa vida diaria.
- O paciente é a principal fonte de datos, sabendo que as técnicas de medición son axudas que se lle dan ao paciente para verbalizar a dor. Débense empregar nexos de referencia para diminuír a ambigüidade para o propio paciente. Resulta mellor utilizar medidas de rendemento.
- Os instrumentos deben ser sensíbeis ao cambio.

A *finalidade* da avaliación pode ser:

- Permitir un diagnóstico, orientar un tratamento e formular obxectivos.
- Tomar decisións de que tipo de pacientes pode resultar beneficiado dun programa.
- Informar de cambios no tratamento, sendo sensíbel á intervención.

Nesta fase considero oportuno (parece obvio, pero, aí! Ás veces o obvio non é o habitual) lembrar a necesidade dunha entrevista clínica e o uso de instrumentación psicométrica. Quedar só cunha entrevista clínica non proporciona con frecuencia datos cuantificábeis que despois se poidan traducir directamente a resultados (*outcomes*). E crer exclusivamente na segunda opción é un erro, ao non contar co marco vivencial da persoa no cal se deben interpretar os resultados e sen o cal os datos obtidos non cobran nin sentido nin conservan validez ecolóxica.

O contido desta entrevista, ademais das preguntas xerais en relación coa situación actual e pasada da persoa, das súas relacións de convivencia e sociais, de afeccións e situación laboral, deben contar cunha parte específica centrada na dor. Entre outros aspectos considero necesario comprobar o seguinte:

- Respecto das manifestacións de dor cando, canto e en que momento.
- Se os episodios de dor son invisíbeis, e se non como é que se fan visíbeis.
- Que cousas incrementan a dor expresada e cales o diminúen.
- Que fan os demais cando se expresa a dor
- Os episodios e a relación das situacións de relaxamento e tensión coa dor.
- Que cousas facía antes e agora xa non fai pola dor: só e coa parella.
- Como sabe a súa parella que ten dor.
- Que cousas faría se non tivese dor: só ou coa súa parella.
- Que facía antes a súa parella e agora non fai.
- Que faría a súa parella se desaparecera a dor.

Un elemento sempre básico, mais é posíbel que algo descoidado na nosa práctica habitual, e creo que aquí particularmente importante é o da farmacoloxía empregada. É frecuente, e nos casos de dor crónica case é a norma, o consumo de múltiples e variados fármacos. Isto pode formar parte do problema, máis que a solución, e é unha situación á que se chega por varias vías. Una das máis frecuentes é que os pacientes con cadros crónicos acoden en busca de axuda a diferentes profesionais e con frecuencia a información aportada (polas causas que foran) é incompleta. Se sumamos as intervencións do médico de cabeceira, da Unidade da Dor correspondente (onde os pacientes non son

sempre atendidos polo mesmo facultativo), dos profesionais da práctica privada (e de diferentes especialidades: desde a neuroloxía pasando por traumatoloxía, medicina interna, psiquiatría e acabando en reumatoloxía). E todo isto sen contar (case parece broma) os consellos dalgún veciño ou amigo. Os cócteis pola variedade e polas doses usadas poden ser en si mesmos un obxectivo (através da simplificación) da intervención da Unidade da Dor. E por outro lado dependendo dos fármacos administrados, certo tipo de intervencións psicolóxicas poderían ver afectadas: iso non sempre o temos presente.

Outra parte da valoración ten lugar mediante instrumentos psicométricos. Recentemente un grupo de autores que traballan directamente neste tema decidiron por un pouco de orde neste campo. Tales autores, incluídos dentro do grupo IMMPACT (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials) indican os problemas que xorden dunha valoración demasiado variábel tanto sobre as medidas como coas dimensións exploradas: dificulta establecer conclusións sobre a efectividade das intervencións (Turk et.al., 2003; Dworkins et.al., 2005). Con frecuencia unha redución da dor en si mesma (os EVAS) non garante melloras noutros campos. Por certo, aínda que no falei dela, as Escalas Visuais Analóxicas (EVAS) deberían ser o suficientemente coñecidas como para non estenderme sobre elas.

Desta forma recoméndase informar sobre os seguintes campos básicos (Turk et.al., 2003):

- Dor
- Funcionamento físico.
- Funcionamento emocional
- Porcentaxe de participantes con melloras globais.
- Síntomas e efectos adversos.
- Disposición dos participantes: adherencia ao tratamento e causas do abandono.

Os dous últimos puntos pertencen máis ao campo dos ensaios clínicos, mais os 3 primeiros son de claro uso clínico individual e o cuarto establece unha base de previsión de resultados para a nosa praxe clínica. Os mesmos autores escollen unha serie de instrumentos, algúns deles de uso habitual no noso país (o BDI para o funcionamento emocional, por exemplo), pero outros non, polo menos nos circuítos clínicos. Recomendo a lectura de ambos artigos.

Alén destes campos hai outros que establecen como optativos. Dos mesmos resalto unha serie deles que me parecen importantes para o paciente e para a abordaxe en si mesmo:

- Afrontamento da persoa fronte á dor.
- Funcionamento social: actividades laborais, educativas e ocio.
- Funcionamento interpersoal: Relación e actividades con familiares, amigos e outros.
- Impacto laboral, económico e de uso de recursos sanitarios relacionados coa dor.
- Calidade do sono
- Análise da conduta de dor.
- Existencia de pleitos, litixios ou valoracións de validez laboral.
- Avaliación neuropsicolóxica da valoración motora e cognoscitiva.

Toda esta información debería ser articulada nun conxunto que permita non só comprender a experiencia álxica da persoa e como a mesma impregna as súas vivencias e as súas relacións cos demais: tamén como inflúe na actividade e na interacción co medio. Isto permitiría tanto optimizar as medidas terapéuticas como evitar intervencións que nalgúns casos son innecesarias, xa que a función que cumpre a dor non se vería corrixida por tal intervención.

Para un listado de instrumentos psicométricos recomendo Penzo (1989) e os artigos do grupo IMMPACT xa mencionados.

Intervencións

Como principio temos sempre que facer explícitos os obxectivos do tratamento. Isto non sempre está claro, xa que con frecuencia a resposta é “unha redución na dor”. Mais é iso suficiente? Xa previamente se comprobara que a redución simple na intensidade da dor non influía directa e forzosamente noutros campos na vida da persoa. Nas Unidades da Dor con non pouca frecuencia debemos analizar e evitar intervencións inútiles ou prolongacións estériles xa que permanecen “secuelas” da dor. Débense incorporar outros obxectivos en función do medido previamente: campo interpersoal, funcionamento físico, etc.

Comentemos que inicialmente as intervencións acostuman ser medicamentosas, e xeralmente con éxito, seguindo o modelo da dor aguda. Mais tamén hai que indicar que as mesmas levan diferentes elementos: unha sedación que diminúe a lucidez e interfere no cotidiano, o que nos leva a establecer un equilibrio entre a analxesia e a actividade da persoa. E considerar que moitas medidas son eficaces na dor aguda, mais que se poden converter en iatroxénicas cando se aplican *paru passu* a cadros crónicos.

O tratamento da *dor crónica* podemos contemplalo como unha intervención enfocada cara a rehabilitación, centrándose entre outros nos factores que colaboran no mantemento do cadro. O grupo máis importante dos mesmos son os hábitos aprendidos e os cambios realizados no seu estilo de vida. Polo tanto, máis do que a causa, vamos cara unha reaprendizaxe no uso de recursos propios e necesarios para levar unha vida normal. Hai que facilitar o acceso a estes programas para aprender a supervivencia no seu ambiente natural. Isto implica a normalización do seu ambiente habitual e a modificación dos patróns de interacción.

Neste marco a colaboración do paciente é un dos elementos básicos. Abordalo desta forma axudaría na diminución do ton reivindicativo que algúns poden ter, que pode ser máis consecuencia dunha serie de fracasos que dunha comunicación deshonestas ou de proporcionar falsas esperanzas. Ademais se ben nas dores agudas o rol do paciente pode ser pasivo, no caso da dor crónica tal rol é impensábel e en todo caso inútil. Desta maneira un paciente que colabora e participa nas decisións mantén máis tempo as mesmas e preséntase como xerador de recursos. Se formamos o paciente, facilitamos a lembranza e adherencia do paciente ás nosas indicacións. Cando o tratamento se basea en pasos pequenos e realistas, os mesmos son máis fáciles de conseguir. Todo isto para guiar os pacientes á asunción dun control real da súa propia situación.

O tratamento debe ser entendido como un programa cos seguintes elementos:

- É gradual, transcorrendo por etapas desde a posición actual e indefensa a outra na que se percibe un maior control.
- Formular obxectivos explícitos, claros e asumidos polos pacientes, e que non será unha *restitutio ad integrum*.
- A necesidade dun uso eficiente dos recursos.
- Como non existe un paciente estándar, debe existir un programa a medida de cada un. Aínda así as agrupacións de pacientes dentro de programas débense basear en criterios pertinentes de efectividade.
- A estratexia dirixida ao que funciona no paciente, nos recursos que lle funcionan e non no que lle funciona mal.

A xeneralización é o que non se debe rehabilitar para o ámbito clínico, senón para a vida diaria. Os elementos rehabilitados deben ser funcionais nas súas metas e ecoloxicamente relevantes. E o ambiente deberá ser modificado para adaptarse á vida e aos recursos do paciente. Isto enfrontáanos tamén á relevancia da terapia ocupacional, xa que se é limitada ás actividades creativas e

á selección polo paciente, é posíbel que a mesma teña poucas posibilidades de se xeneralizar a un ambiente no que, simplemente, non é pertinente.

Por último podemos considerar o tratamento como investigación, xa que o fluxo de resultados debe proporcionar información válida. E mellor canta máis xere sobre si mesma, debendo estar este aspecto considerado e estruturado xa previamente.

Dalgunha forma o paciente non comeza a súa vida cando se cura. Máis ben comeza a curar cando leva unha vida normal. As posibilidades rehabilitadoras implican maximizar as oportunidades e pór o paciente en condicións de acceder ás mesmas.

A teoría na que se basean algúns compoñentes destas intervencións psicolóxicas é a do control da porta. Lembremos que na mesma hai mensaxes na medula espiñal que soben e outros que baixan, modulándose entre eles, co cal todos os factores actúan, non só as mensaxes aferentes de orixe externo: tamén as eferentes, de orixe central, interveñen.

Os obxectivos do tratamento serían os seguintes:

- Incremento da actividade até o mellor nivel posíbel para a idade, sexo e limitacións.
- Diminuír a incidencia e gravidade da dor.
- Incrementar a calidade da vida.
- Diminuír as complicacións que proveñen da dor.
- Formación aos pacientes sobre os beneficios dunha analxesia eficaz.
- Diminuír a dependencia dos servizos sanitarios.
- Diminución dos fármacos na medida do posíbel, analxesia eficiente, e que permita o sono e actividades libres de dor.
- Normalización do nivel de activación funcional.
- Mudar as relacións familiares e interpersoais para que o paciente teña menos á dor como eixo da súa comunicación.
- Diminuír as queixas ou condutas relacionadas coa dor.

As técnicas de *readaptación social*, implican unha mudanza da resposta social e do reforzo no seu medio, un incremento nas relacións sociais e adestramento naquelas habilidades sociais nas que se puideran detectar déficits.

Unha boa adaptación social ten aspectos básicos multiplicadores: os contactos cos demais deben ser máis amplos, variados e satisfactorios. Así, no marco familiar hai que mudar a resposta social que os familiares crean á volta do paciente, onde se tería establecido unha relación tal que dificulta a aplicación de condutas funcionais por parte do paciente. Así, é importante o adestramen-

to do cónxuxe na eliminación da exclusividade da dor como base das condutas de comunicación e a súa substitución por condutas alternativas. Uns posíbeis pasos serían:

- Identificar a conduta de dor.
- Ver as propias respostas a estas condutas.
- Discusión das diferentes respostas posíbeis a esta conduta e como se aplican.
- A parella comproba como vai o outro cónxuxe nas sesións de remobilización ou fisioterapia, sobre todo nas últimas sesións.

No paciente o obxectivo é incrementar o número e variedade de contactos co seu entorno, cunha reintegración ao traballo. Mediante a aprendizaxe de habilidades sociais perséguese que a persoa aprenda novas formas de formular as súas peticións. Unha das principais situacións é a relación con profesionais. Outro marco son os grupos de autoaxuda (que non deben ser competicións para ver quen está peor).

Sobre a *actividade física* temos que considerar que sexa adaptativa para a persoa no seu medio. Desta forma procúrase a remobilización, e mediante aproximacións vanse facendo exercicios escollidos por:

- A súa relación coa dor, se aumenta tras repeticións.
- A súa significación funcional
- A súa cuantificación, xa que deben poder ser medidos.
- A súa simplicidade, sendo posíbeis sen usar aparatos especiais.

Entre as técnicas a usar teríamos:

- O control de continxencias para incrementar a frecuencia de condutas funcionais.
- Incremento da actividade, para contrarrestar as prediccións dos efectos da actividade na dor co motivo de evitar o síndrome de desuso da área dorida, evitando o círculo evitación-inactividade-evitación. As metas deben ser realistas e incidir nas áreas importantes: autocoidado, doméstico, familiar, ocio e profesional-laboral.
- Adecuación das queixas de dor, reforzando os aspectos de autonomía do paciente.

Sobre o *control da medicación* fomentar a pauta regular para evitar a sobremedicación ou para evitar os temores a un empeoramento.

Podemos considerar a intervención dentro de cada unha das dimensións nas que se podería dividir a experiencia da dor:

- Dimensión senso-discriminativa
 - Relaxamento
 - Control da respiración.
- Dimensión motivacional: O control da atención e uso da imaxinación en diferentes aspectos.
 - O aspecto físico.
 - En plans.
 - En sensacións corporais.
 - Na parte dolorosa obxectivamente
 - Transformación imaxinativa da dor.
 - Transformación imaxinativa do contexto.
- Dimensión cognoscitiva:
 - Preparación: “Vaime doer pero vou respirar de vagar”
 - Control: Só con facelo soportábel sería importante.
 - Autorreforzo do control da dor.

Pasar dunha fase de indefensión aprendida a unha de solución, favorece a actividade do sistema antinocioceptivo, dándolle valores para iniciar as estratexias de control.

- Outro programa estaría baseado no formato de Meichenbaum:
- O paciente faise consciente das súas condutas inadaptativas inter e intrapersonais.
- A auto-observación interfere cos pensamentos maladaptativos.
- O contido do diálogo favorece a articulación e xeneralización.
- Inflúe en como a persoa vive o seu estado.
- Inflúe na propia sensación de dor

Outros programas implican un formato grupal co adestramento en técnicas de afrontamento para os episodios áxicos (Pérez Brito, 2003). Destes programas recollería o de Maldonado (2002) co seguinte programa por sesións:

1. Explicación do modelo da porta da dor e o establecemento dunha linguaxe común.
2. Os efectos da tensión e do relaxamento. Aprendizaxe de técnicas de relaxamento.
3. Os efectos dos estados emocionais: ansiedade e ira.
4. O exercicio e os niveis de actividade.
5. Os fármacos: actuación, pautas de consumo e limitacións.

6. A valoración da dor e da depresión, con tarefas para revalorar a dor e incremento da autoeficacia.
7. A focalización da atención na dor e efecto nas relacións cos demais, incremento na expresión emocional e técnicas de distracción.
8. Distribución e equilibrio da actividade.
9. Recompilación e peche do programa.

Efectividade

Polo menos nunha meta-análise (Hoffman et.al., 2007) conclúe a eficacia das intervencións psicolóxicas. Sobre 22 estudos publicados entre 1982 e 2003 cun total 1700 persoas estudadas con dor crónica na zona lumbar chegouse á conclusión de que os tratamentos con compoñente psicolóxica son superiores de forma global aos tratamentos estándares ou a lista de espera (d de Cohen= 0.16, I.C. 0.03 – 0.3). Os resultados foron máis evidentes nas dimensións seguintes no post-tratamento, tamén dadas en d de Cohen:

	Calquera control	Lista de espera	Tratamento estándar
Intensidade da dor	0.27 (.06 – .48)	0.50 (.23 – .77)	
HRQOL	0.41 (.00 - .83)	0.41 (.00 - .83)	
Interferencia da dor	0.23 (.06 – .39)		
Incapacidade laboral*			0.36 (.06 - .65) 0.53 (.19 - .86)**

* Son só do seguimento durante un breve (3-12 meses) e un longo período de tempo (>12 meses)

** Heteroxeneidade moderada.

Outros resultados veñen de diferenciar entre as diferentes intervencións psicolóxicas, os programas multicomponentes e os grupos de control:

	Lista de espera	Tratamento estándar
<i>Intensidade da dor</i>		
Tratamento psicolóxico no post-tto	0.52 (0.23 – 0.82)	
Tratamento cognoscitivo – condutual	0.62 (0.25 -0.98)	
Tratamento de autorregulación	0.75 (0.35 – 1.15)	
<i>Depresión</i>		
Tratamento de autorregulación en post-tto	0.81 (0.11 – 1.52)	

<i>Interferencia da dor</i>	
Tratamento multicomponente post-tto	0.20 (0.2 – 0.37)
<i>Incapacidade laboral</i>	
Tto. multicomponente seguimento	0.36 (0.06 – 0.65)
Tto. multicomponente seguimento longo	0.53 (0.19 – 0.86)*
Post tratamento : 0 e 3 meses; seguimento: 3 – 12 meses. Seguimento longo > 12 meses	

Os propios autores indican, ademais, que a influencia de traballos que non foran publicados sería ínfima sobre estas conclusións.

Conclusións

A intervención da psicoloxía clínica nos cadros en que a dor ten un rol central, dista moito de estar claramente asentada. Motivos teóricos para tal ausencia, para tal déficit asistencial, non os hai.

Tampouco hai elementos que neguen os beneficios do traballo multidisciplinar na avaliación, na intervención, na abordaxe dos cadros áxicos. Unha abordaxe que sen a intervención do psicólogo clínico parece distar de estar completa, nin como comprensión da persoa nin como unha intervención comprensiva para un fenómeno en que se en algo coinciden todos é na súa complexidade. A proliferación de etiquetas diagnósticas perante eses cadros que non responden ben ás intervencións puramente mecánicas encubre non o descubrimento dunha nova realidade, senón máis ben a insuficiencia da base da que se parte.

Só baixo un concepto estritamente medicalizado da dor, só baixo unha abordaxe exclusivamente farmacolóxica, se pode entender a situación actual. Ante a ignorancia interesada dos planificadores sanitarios, máis pendentes do control farmacolóxico (do gasto?) e da defensa dos seus intereses gremiais, as persoas con estes cadros continúan sen unha asistencia á que terían dereito. Continúan sen unha valoración que permita unha maior comprensión da persoa que sofre para poder intervir naqueles aspectos disfuncionais e que provocan e/ou perpetúan a dor. Continúan sen intervencións que permitirían unha menor interferencia da dor nas súas vidas.

Para acabar quixera recoller unhas conclusións ás que se chegou nunha mesa que co título de “Intervenciones psicológicas en el abordaje del dolor” se realizou dentro do VII Congreso Nacional da SED, que tivo lugar en Santander en setembro de 2007. Selecciónoo porque foi un documento realizado por todos os ponentes e en liñas xerais reúne moito do xa dito:

- A dor é unha experiencia humana complexa na que intervéñen non só a parte sensorial máis básica, senón tamén procesos perceptivos, ideativos e emocionais. Nos cadros crónicos de dor as compoñentes psicolóxicas presentes son relevantes para a súa expresión e evolución.
- As intervencións psicolóxicas son eficaces en diferentes tipos de dor crónica e de diferente etiología. As mesmas deberían ser incorporadas de forma estábel en todos os pacientes e desde o primeiro momento, sendo isto último un factor asociado con mellor resposta.
- O perfil de personalidade dos pacientes, dos recursos psicolóxicos para o afrontamento das situacións e para a expresión do malestar e a posíbel situación psicopatolóxica son elementos que hai que valorar de forma transversal.
- A expresión e a vivencia da dor poden ser mellor comprendidas cando se integran nunha biografía (a da persoa) que reúne acontecementos (sucesos vitais) aos que se responde e cos que a persoa evoluciona.
- O anterior implica, nalgúns casos, a presenza da dor como elemento central á volta do que pivotan todos os elementos da vida diaria da persoa e do seu medio. Trocar este punto por outro no que, alén da dor, se poidan incorporar outros elementos que poidan ser centrais é un dos posíbeis obxectivos da intervención: normalizar a vida.
- Ao mesmo tempo o devolver á persoa a percepción do control sobre a súa vida. A diminución do malestar emocional através do traballo conxunto sobre estratexias activas que interveñan sobre condutas e cognicións non adaptativas (catastrofismo, abandono), sobre estratexias perpetuadoras do malestar (constricción na expresión emocional, actitude pasiva) e sobre as pautas de interacción co medio máis próximo son elementos para considerar na intervención psicolóxica.
- Os diferentes enfoques, integrados coas súas respectivas fortalezas nun programa coherente, poden obter bos resultados nas variábeis precedentes.
- Os programas poden variar en intensidade e periodicidade, mais parece necesario non menos de 10 sesións.
- Os efectos mantéñense polo menos en períodos de 6 meses tras o tratamento.

De todo isto conclúo que a necesidade de incorporar psicólogos clínicos na atención a este tipo de pacientes non se debería demorar máis do que xa está. E vostedes, que opinan?

Bibliografía recomendada

- *ARBISI, Paul A.; BUTCHER, James N. (2004): Psychometric perspectives on detection of malingering of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20 (6), 383-391.
- *AUSTRALIAN PAIN SOCIETY (November, 2002): Position statement: The role of the psychologist in the management of persistent pain. (Documento 002)
- *BAZAKO, Y. (2003): *Intervención psicológica en una Unidad del Dolor*, en El Psicólogo en el ámbito hospitalario (Remor, Y.; Arranz, P. & Ulla, S. [eds]). Desclee De Brouwer, Bilbao (España). Páginas 569-590.
- *DWORKIN, Robert H.; TURK, Dennis C. e outros 22 (2005): Core outcomes measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 113, 9 - 19.
- *HOFFMAN, Benson M.; CHATKOFF, David K.; PAPAS, Rebecca K. e KERNS, Robert D. (2007): Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*. 26 (1) 1- 9.
- IASP (1994): Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition.
- LABRADOR, Francisco Javier; VALLEJO, Miguel Ángel (1984): *Dolor Crónico*. En Manual de Modificación de Conducta (Labrador, Juan; Labrador, Francisco Javier, eds.) Editorial Alhambra, Madrid. pp. 523-556.
- MALDONADO ROJO, M. Rosa (2002): Abordaje psicológico del dolor crónico como aportación al tratamiento en la unidad del dolor. Memoria de Investigación. Fundación Nóvoa-Santos, Ferrol (A Coruña).
- MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Antonio; MARTÍNEZ LOZANO, J. M. (1992): Dolor agudo y dolor crónico. *Curso internacional de estudio y tratamiento del dolor crónico*. Volume 2, Facultad de Medicina de Murcia – Hospital General Universitario. Murcia. pp. 35-43
- *MONSALVE, V.; CERDÁ-MONSALVE, G.; MÍNGUEZ, A. & DE ANDRÉS, J. A. (2000): Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, pp. 6-11. (Fondo I)
- P.A.I.N. (2002): Consenso de Berlín (www.pain-workshop.com; www.pain-workshop.de)
- PENZO, Wilma (1989): El dolor crónico: aspectos psicológicos. Editorial Martínez Roca, Barcelona.
- *RODRÍGUEZ FRANCO, L.; CANO GACÍA, F. J. & BLANCO PICABÍA, A. (2004): Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (2), pp 82-91
- SORIANO, J.; MONSALVE, V. (1999): Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, pp 43-64 (Fondo I)
- SED (2005): Manual práctico sobre epidemiología del dolor en España. SED.
- *TURK, Dennis C.; DWORKIN, Robert H. e outros 22 (2003): Core outcomes domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 106, 337-345.

Acrónimos empregados

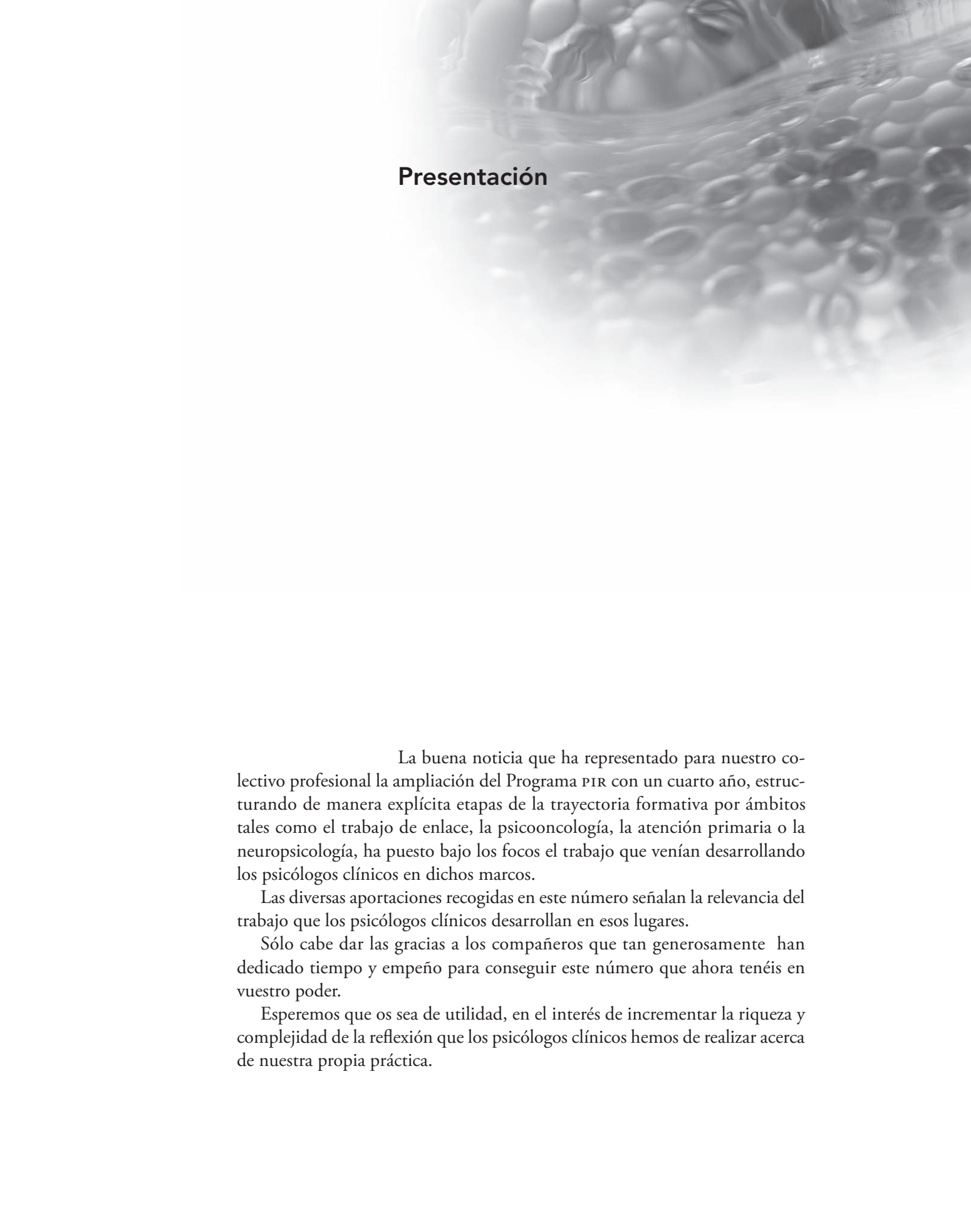
BDI	Deck Depression Inventory
EC	Estímulo condicionado.
EI	Estímulo incondicionado
IASP	International Association for Study of Pain.
I.C.	Intervalos de confiança ao 95%
IMMPACT	Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials
RC	Resposta condicionada
RI	Resposta incondicionada
SED	Sociedade Española da Dor
UD	Unidades da Dor



ANUARIO

PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD EN GALICIA

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 147 | Presentación | 180 | Intervenciones psicológicas en el proceso del trasplante
Gonzalo Martínez Sande |
| 149 | Tratamiento de los trastornos somatomorfos desde la terapia familiar breve
José Luis Rodríguez-Arias / Marta Real | 192 | Algunas cuestiones psicológicas sobre pacientes quemados
Jorge García Fernández
Elizabeth Sánchez Cao |
| 163 | El trabajo del psicólogo clínico de enlace con el dolor crónico
José Eduardo Rodríguez Otero
Gonzalo Martínez Sande | 199 | La verdad soportable: Comunicación en cuidados paliativos
Irene Esperón Rodríguez |
| 172 | Programa de evaluación neuropsicológica del H. de Oza – Complejo Hospitalario de A Coruña
Javier Sardiña Agra | 204 | Sobre la psicooncología
Jorge García Fernández |
| | | 209 | Unidades del Dolor: ¿Son posibles sin Psicólogos Clínicos?
Manuel Castro Bouzas |



Presentación

La buena noticia que ha representado para nuestro colectivo profesional la ampliación del Programa PIR con un cuarto año, estructurando de manera explícita etapas de la trayectoria formativa por ámbitos tales como el trabajo de enlace, la psicooncología, la atención primaria o la neuropsicología, ha puesto bajo los focos el trabajo que venían desarrollando los psicólogos clínicos en dichos marcos.

Las diversas aportaciones recogidas en este número señalan la relevancia del trabajo que los psicólogos clínicos desarrollan en esos lugares.

Sólo cabe dar las gracias a los compañeros que tan generosamente han dedicado tiempo y empeño para conseguir este número que ahora tenéis en vuestro poder.

Esperemos que os sea de utilidad, en el interés de incrementar la riqueza y complejidad de la reflexión que los psicólogos clínicos hemos de realizar acerca de nuestra propia práctica.

Tratamiento de los trastornos somatomorfos desde la terapia familiar breve



José Luis Rodríguez-Arias

Dr. en Psicología

Marta Real

Médico especialista en Medicina Familiar

Unos ejemplos

Diana tiene 34 años, está casada y tiene dos hijas de 13 y 10 años. Trabaja en un comercio de zapatos de su propiedad y su marido en una oficina bancaria. Acude a la consulta de Psicología derivada por su médico de cabecera por “humor ansioso-depresivo, tristeza, apatía e intranquilidad desde hace aproximadamente tres meses.” Cuando Diana llega por primera vez a la consulta se queja de que piensa que tiene cáncer. Esta idea le obsesiona de tal forma que se busca continuamente diferentes bultos por el cuello, nuca, axilas, pechos y cualquier otra parte del cuerpo que a ella se le pueda ocurrir. El resultado de estas autoexploraciones es incierto y ella se esfuerza en convencerse a sí misma de que no tiene nada. Ha consultado con diferentes médicos, quienes han insistido en que es una mujer sana y que no hay razones para preocuparse. Cuando se encuentra mal, recibe de su familia

el apoyo que necesita, en particular de su marido e hijas que la sustituyen en sus quehaceres y se esfuerzan en convencerla de que en este momento no hay razones para preocuparse. También informa que hay algunos días en los que está algo mejor. Estos días no pasa tanto tiempo en cama, va a trabajar y está con más ánimos. Estos días y las noches, cuando ya se va a la cama son los momentos en los que está más tranquila y menos preocupada por la posibilidad de tener un cáncer. Sin embargo, el peor rato suele ser cuando está en su comercio por las tardes: es una hora en la que tiene poco trabajo y, aunque se distrae cosiendo, a menudo le asalta la idea de tener cáncer y tiene que ir al aseo para, delante del espejo, revisar si puede descubrirse algún bulto. Piensa que cuando ya esté bien estará más alegre, no se buscará bultos por todo el cuerpo y no se meterá en la cama fuera de las horas de dormir.

Desde un punto de vista interpersonal, tanto los diferentes profesionales consultados, como los familiares de Diana, han intentado solucionar el problema –*Soluciones Intentadas*– por medio de una estrategia común “La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa” (Fisch R., Weaklan J.H. y Segal L., 1984, pp. 176-179). Diana, añade otra solución “El esfuerzo deliberado en provocar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea” (Fisch R., Weaklan J.H. y Segal L., 1984, pp. 149-156), al esforzarse en convencerse a sí misma y pensar que no ocurre nada. Asimismo describe como *excepciones* el hacer su trabajo habitual en vez de meterse en la cama, excepción que se relaciona y coincide con parte de sus *objetivos*. Se ofrecen de esta manera tres líneas alternativas de abordaje de la queja planteada por la paciente:

1. Abordaje interpersonal a través del quinto denominador común a las soluciones intentadas: “La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa”.
2. Abordaje personal a través del primer denominador común a las soluciones intentadas: “El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente”.
3. Abordaje a través de las excepciones deliberadas y relacionadas con los objetivos.

En la intervención de la primera sesión el terapeuta *valora positivamente* que la paciente sea capaz de llevar una vida normal de trabajo a pesar de estar mal y la calidad del apoyo que recibe de su familia y *prescribe* que vaya a trabajar y que cuando esté en su tienda y tenga tiempo libre –momento en que le asaltaba la idea de tener un cáncer de manera especialmente intensa– se dedique a coser y a pensar en la posibilidad de tener un cáncer y que, si lo desea, se levante cada cierto tiempo y vaya a buscarse algún bulto delante del espejo, como suele hacer.

Quince días más tarde acude de nuevo a consulta y dice estar menos obsesionada con la idea de tener cáncer; no se ha buscado bultos y cuando se planteaba la posibilidad de pensar adrede en la idea de tener un cáncer le resultaba imposible. Sin embargo ha estado más nerviosa y con una especie de temblor en las manos que ella interpreta como signo del nerviosismo. Se *elogia* la mejoría y sus buenas relaciones familiares y se le propone un progreso por partes: primero va a mejorar el control del pensamiento –prescripción de síntoma– y luego ya mejorará su inquietud que, al ser algo externo, por el momento va a seguir igual.

Tras un nuevo intervalo de quince días acude a la tercera sesión e informa que ya no le obsesiona la idea de tener

cáncer, ni se busca bultos. En cambio, le siguen molestando los temblores en las manos que, según dice, suelen ocurrirle cuando “se acelera”. Se dedica la sesión a prevenir recaída y se le plantea que, de forma intencional, pase de tranquilizarse a preocuparse y viceversa sobre el asunto de los bultos. El temblor se *redefine* como signo de inquietud y se aprovecha que Diana practica natación tres veces por semana para, haciendo un paralelismo formal con la instrucción anterior, proponerle que nade un largo deprisa y otro despacio.

Un mes más tarde acude a la cuarta sesión. Sigue diciendo que está más tranquila y que ya no se preocupa de buscarse bultos, ni de si va a tener cáncer o no. Hace sus tareas más tranquila y comenta que está deseando que el médico le indique que deje de tomar la medicación para probar a ver si se encuentra bien. Se *atribuye* la responsabilidad de los cambios a los diferentes comportamientos y actitudes que ha desarrollado la propia paciente y se prescribe recaída.

En los cuatro siguientes meses tuvieron lugar dos nuevas consultas en las que la paciente manifestó continuar con una mejoría estable mientras iba disminuyendo progresivamente las dosis del tratamiento farmacológico que estaba tomando desde antes del inicio del tratamiento psicoterapéutico. Estas dos sesiones se aprovecharon para ir haciendo atribuciones de control interno. En el seguimiento telefónico, dos años después de la última consulta, la paciente informa que se mantenía despreocupada respecto de la posibilidad de tener cáncer y que hacía su vida familiar y laboral con toda normalidad.

Paula tiene 36 años, es soltera, hija de madre soltera, vive sola y trabaja ocasionalmente en empleos estacionales. Según el ginecólogo que la derivó a la Consulta de Psicología, el reciente fallecimiento de su madre fue motivo suficiente para agravar un “cuadro pluripatológico”, que da pie a la paciente para consultar con múltiples especialistas, quienes de forma unánime califican “el cuadro” de funcional¹. Paula cuenta que diariamente al levantarse, tiene unas décimas de fiebre que, según manifiesta, son reflejo de alguna infección en curso, que los especialistas médicos no aciertan a diagnosticar porque, en vez de hacerle caso, se dedican a convencerla de la funcionalidad de su malestar. Cuenta, además, una historia llena de experiencias desagradables: recuerdos de infancia que describe como si de un calvario se tratara, relaciones de pareja que nunca llegaron a cuajar a pesar de su empeño o precisamente por ello y por último, una relación sexual forza-

¹ Cuando las personas son tratadas como “cuadros” es difícil esperar que cambien.

da, cuyo resultado fue una enfermedad de transmisión sexual a la que ella atribuye, como efecto residual, las décimas de fiebre que presenta todas las mañanas.

En vez de seguir los planteamientos habituales de la Terapia Familiar Breve –aceptar su definición del problema y buscar soluciones para el mismo–, el terapeuta reprodujo inadvertidamente el mismo esquema relacional que los especialistas médicos que habían tratado previamente a la paciente, dedicando gran parte de la sesión a discutir con ella si no sería mejor idea olvidarse de “sus décimas de fiebre” y trabajar para desligarse de sus múltiples experiencias traumáticas y resolver su vida según sus preferencias. Éste fue el objetivo propuesto por el terapeuta y no aceptado por ella; quien a su vez quería recobrar su salud, es decir, no tener esas malditas décimas de fiebre al levantarse; objetivo que no fue aceptado por el terapeuta, por tratarse de un objetivo somático, supuestamente fuera del alcance del abordaje psicoterapéutico. En esta primera sesión no se llegó a definir ninguna excepción; sin embargo, sí hubo tiempo para que la paciente expusiera de qué manera las décimas de fiebre justifican el cansancio físico y la falta de ánimos para hacer sus cosas.

El terapeuta, consciente de las dificultades en la definición de los objetivos, reconoció la importancia de sus diferentes experiencias y dificultades que había tenido en su vida y solicitó que la paciente trajera por escrito en la próxima sesión cómo será su vida una vez que todo esto haya pasado.

Paula escribió: “Lo que me gustaría que mi vida fuera: olvidarme de todo lo desagradable de un pasado. Empezar de cero una vida distinta, sentir que alguien me admirase, sentirme orgullosa de esa persona que estuviera a mi lado; sentirme segura de mi misma; no tener tantos altos y bajos de carácter; tener un hogar y unos hijos; sentirme querida. Yo no sé si tal vez todo esto será demasiado. ¡Ojalá algún día sea verdad! Pero ante todo *quiero recuperar la salud que no tengo.*”

Desatendiendo nuevamente esta formulación del problema que hace la paciente, el terapeuta se entrega de nuevo a un trabajo con objetivos hecho de manera incorrecta y reproduciendo un patrón tipo que encajaría con “el intento de llegar a un acuerdo mediante oposición” (Fisch R., Weaklan J. H. y Segal L., 1984, pp. 160-173). El resultado de esta escalada simétrica fue estéril y termina la sesión con una tarea de predicción².

² La tarea de predicción consiste en la persona prediga la noche anterior qué va a suceder al día siguiente respecto de algún tema. En este caso se le pidió que predijera si al día siguiente tendría fiebre o no.

Acude a la tercera sesión con el registro de predicción hecho y en observaciones añade el siguiente texto: “Yo no soy médico, pero por lo que conozco mi cuerpo, por el malestar que tengo, el frío constante y las décimas que casi todos los días están ahí, creo que lo que tengo es orgánico, pero lentamente me está destruyendo y dejándome psicológicamente hundida. Yo no entiendo cómo no me localizan de donde me vienen las décimas. Intentaré seguir adelante y luchar hasta donde las fuerzas me lleguen para que pueda un día saber de donde vienen y con tratamiento pueda volver a ser feliz, ya que mi vida a veces pienso que no sé qué final tendrá. ¡Ojalá todo esto quede algún día en una pesadilla!”

Esta tercera sesión vuelve a ser un calco de la anterior, terapeuta y paciente se entregan a una nueva escalada simétrica sobre la etiología psicológica u orgánica de las décimas de todas las mañanas, para concluir de mutuo acuerdo que había que descartar la etiología orgánica de las décimas de fiebre como prerrequisito al abordaje psicoterapéutico. Se llega así, al punto de partida.

Con la perspectiva que ofrece la distancia temporal, puede observarse que el terapeuta ha reproducido inadvertidamente el patrón relacional de los profesionales médicos precedentes, que ya había demostrado sobradamente su esterilidad; que no supo escuchar sus objetivos, que se empeñó en imponerle los que a él le parecieron razonables desatendiendo la máxima “el cliente siempre tiene razón, el paciente también.” (Fontecilla G., González M., Ramos M. M. y Rodríguez-Arias J. L.; 1996) El resultado fue un fracaso terapéutico en tan sólo tres sesiones.

En Terapia Familiar Breve, los fracasos tienen que ver con problemas en la relación terapéutica –se sustituye la confianza, por la competencia o la suspicacia–, problemas en el desempeño de los roles –el terapeuta se mete a decidir en la vida de los pacientes o éstos se entrometen en la naturaleza y la forma del tratamiento que están recibiendo– y problemas en las soluciones que se aplican –los terapeutas no están inunes al “más de los mismo” (Watzlawick P., Weaklan J. H. y Fisch R., 1985)–.

Una investigación

Suele decirse que a la consulta de atención primaria acuden cinco veces más pacientes aquejados de trastornos somatomorfos que los que se pueden derivar. Por ese motivo nos pareció oportuno plantear una investigación para ver las posibilidades de aplicación de la Terapia Familiar Breve para

el abordaje de estos trastornos en la consulta de atención primaria, con el pensamiento de que los resultados serían extrapolables a cualquier otro contexto en el que se quisiera aplicar esta metodología de abordaje psicoterapéutico.

Contando con una beca del Fondo de Investigación Sanitaria, el primer paso fue solicitar la colaboración de todos los médicos del Centro de Salud de Cazoña –Santander capital– y explicarles el objeto de la investigación. Accedieron a participar siete de los ocho médicos que formaban el plantel de facultativos del citado centro en el momento de la investigación. A todos ellos se les explicaron los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 1) y se les pidió que cada vez que un paciente cumpliera criterios, solicitaran su consentimiento para participar en la investigación. Si accedía, tenían que elegir uno de los sobres cerrados que se les había proporcionado y en los que se definía si dicho paciente pasaba a formar parte del grupo experimental o del grupo de control.

La condición experimental consistía en aplicarles un cuestionario inicial (ver cuadro 1) y derivarles a la consulta programada de la médico encargada de aplicar el tratamiento, donde eran citados en el plazo de uno a cinco días y en la que se realizaba un abordaje desde la Terapia Familiar Breve sin introducir, por iniciativa propia, ningún cambio en la medicación que estuviera tomando el paciente.

La condición control suponía la aplicación del cuestionario inicial y la continuación del tratamiento con su médico de cabecera según su criterio, tal y como venía haciendo hasta ese momento.

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes en la muestra.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener entre 14 y 75 años	Tener alguna patología orgánica
Sintomatología somatoforme según DSM-IV	Estar en tratamiento en su U.S.M.
Más de un año de evolución sin mejoría	Población geográficamente inestable
Contestar al cuestionario inicial	Dificultad para comunicarse adecuadamente

CUADRO 1. Cuestionario inicial.

Nombre: _____ PI _____
 N° sesión _____
 Fecha _____
 N° Hª: _____
 Acomp. _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos de su vida. Lea cada frase y rodee con un círculo en la columna de la derecha el número que mejor represente el grado en que se identifica, o está de acuerdo, con cada afirmación; desde el “1” (No está nada de acuerdo con la afirmación) hasta el “9” (La afirmación refleja a la perfección su forma de ver las cosas). Por favor, responda a todas las frases. No deje ninguna sin contestar.

	Nada de acuerdo NO					Muy de acuerdo SI				
Me mantiene preocupado todo el día.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No me permite realizar mis actividades normales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ha empeorado mis relaciones con otras personas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Me obliga a pasar en casa más tiempo del que quisiera.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Me hace estar irritable.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pienso que se trata de una enfermedad grave.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No me deja dormir.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
No me deja disfrutar de lo que me gusta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Se tomaron datos sobre variables sociodemográficas –edad, sexo, estado civil, nivel educativo y actividad laboral–, variables clínicas –subtipo de diagnóstico y antigüedad de la demanda– y variables indicadoras del gasto sanitario –consultas con el Equipo de Atención Primaria (E.A.P.), interconsultas, visitas al Servicio de Urgencias, pruebas complementarias, días de Incapacidad Laboral Transitoria (I.L.T.) y medicación consumida–. Para estas últimas variables se tuvieron en cuenta los seis meses anteriores al inicio del tratamiento con Terapia Familiar Breve y los seis meses posteriores a la terminación del tratamiento.

Procediendo así, el grupo experimental estaba compuesto por 18 pacientes, cinco varones (27,7%) y 13 mujeres (72,2%); cuatro solteros (22,2%), 13 casados (72,2%) y un viudo (5,5%); con 47,8 años de media $-D.T. = 13,8-$; cuatro habían cursado estudios universitarios (22,2%), tres bachillerato elemental (16,6%), diez saben leer y escribir (55,5%) y uno se declara analfabeto (5,5%); siete eran trabajadores en activo (38,8%), cinco amas de casa (27,7%), tres en I.L.T. (16,6%), uno en paro (5,5%), un pensionista (5,5%) y un estudiante (5,5%).

El grupo de control quedó conformado por 16 pacientes, 5 varones (31,2%) y 11 mujeres (68,7%); 6 solteros (37,5%), 9 casados (56,2%) y 1 viudos (6,2%); con una edad media de 45,56 años $-D.T. = 14,29-$; 1 con estudios universitarios (6,2%), 6 con bachillerato elemental (37%), 1 con bachillerato superior (6,2%), 8 saben leer y escribir (50%); 4 están en activo (25%), 8 son amas de casa (50%), 3 en paro (18,7%), 1 pensionistas (6,2%). No hay en este grupo ningún estudiante y nadie está en I.L.T.

En estos grupos se practicaron tres evaluaciones diferentes: primera, se analizó el resultado terapéutico en la última sesión y con un seguimiento de seis meses, según los criterios habituales para el análisis de resultados (Rodríguez-Arias J. L. y cols., 1997); segunda, se compararon las respuestas con el cuestionario de autoinforme que se aplicó en el momento de incluir a cada paciente en la investigación y en el seguimiento; y tercera, se comparó la evolución del gasto sanitario ocasionado seis meses antes de la inclusión y seis después de la terminación del tratamiento de cada paciente del grupo experimental y control.

En cuanto al resultado terapéutico, del que sólo tiene sentido hablar en el grupo experimental, fue de abandono en dos casos (11%); de los que continuaron el tratamiento, observadores independientes consideraron que once (68,7%) satisfacían criterios de éxito y los cinco restantes (31%) fracaso. Cuando se contactó con los pacientes seis meses más tarde para hacer el seguimiento, ningún caso considerado de éxito informó de recaída y los dos casos de abandono fueron considerados fracaso, por lo que en este momento final de la evaluación once casos (61%) habían resultado exitosos y siete casos (39%) habían fracasado. Comparándolos con otros estudios realizados con esta misma metodología sobre tratamientos psicoterapéuticos guiados por el mismo modelo de tratamiento, se pueden considerar similares (Fontecilla G., Ramos M. M. y Rodríguez-Arias J. L., 1993; Rodríguez-Arias J. L. y cols. 1997 y 2000; González M. y cols. 1998). Desde este enfoque psicoterapéutico no sorprende que no haya ninguna recaída a los seis meses de la terminación del

tratamiento y, tal vez, la diferencia más relevante es que en otros estudios se informa que la mitad, aproximadamente, de los casos de abandono pueden considerarse éxito en el seguimiento, por lo que los resultados en seguimiento de este estudio son ligeramente inferiores, cosa que puede explicarse por haber admitido a estudio únicamente aquellos pacientes somatomorfos con los que su médico de cabecera no había conseguido ningún avance durante, al menos, un año de tratamiento.

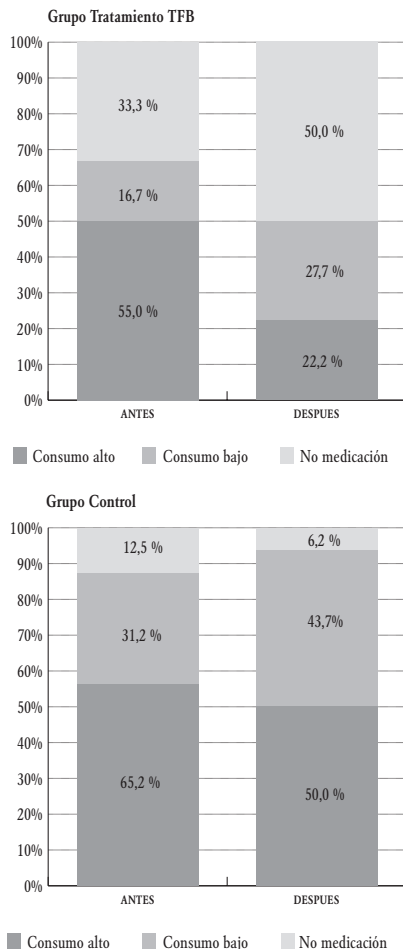
Para analizar las respuestas al cuestionario (ver cuadro 1) se consideraron en grupos separados los pacientes tratados con éxito y los casos fracasados. En el momento de iniciar el tratamiento estos dos grupos no diferían entre sí (Media = 4,4 y 5,6 respectivamente), ni tampoco del grupo de control (media = 4,6) en cuanto a la puntuación media de las respuestas a los ítems del cuestionario. En el seguimiento, el grupo de tratamiento exitoso había reducido significativamente la media de las puntuaciones (Media = 2,3), mientras que los grupos de tratamiento fracasado y control tenían una puntuación media similar a la tomada en el cuestionario inicial (media = 5,7 y 4,1 respectivamente). Como resultado de este diferente comportamiento de los grupos, los pacientes del grupo de tratamiento exitoso tuvieron una puntuación media inferior (nivel de significación $<.05$) a los otros dos grupos. Estos resultados indican que los pacientes del grupo de tratamiento exitoso están menos preocupados y la sintomatología somatoforme les afecta menos a sus vidas en el momento del seguimiento, que al iniciar el tratamiento; y que los pacientes de los otros dos grupos están más preocupados y se ven más afectados que los del grupo de tratamiento con éxito.

Por último y para contrastar la evolución del gasto sanitario, se comprobó que ambos grupos, experimental y control, eran iguales en todas las variables consideradas en la medida pre-experimental, que tiene en cuenta los seis meses anteriores al inicio del estudio. En la medida post-experimental, que considera los seis meses siguientes a la terminación del estudio, los grupos se diferencian en dos variables: el consumo de fármacos y el número de consultas con el E.A.P.

En lo que se refiere a la medicación (ver figura 1), el consumo se mantuvo en el grupo control y se redujo sensiblemente en el grupo experimental, pasando en este grupo de pacientes del 50% con un consumo alto –más de cuatro fármacos diarios– y 33% con un consumo bajo –menos de cuatro fármacos diarios–, a 22% consumo alto y 50% consumo bajo.

Tampoco se pudieron observar diferencias en la cantidad de consultas realizadas al E.A.P. –al médico de cabecera– en la medida pre-experimental (ver figura 2). En la medida

FIG. 1. Consumo de medicación durante los seis meses anteriores al comienzo del estudio –“Antes”– y durante los seis meses posteriores –“Después”– en los Grupos de Tratamiento TFB y Control.

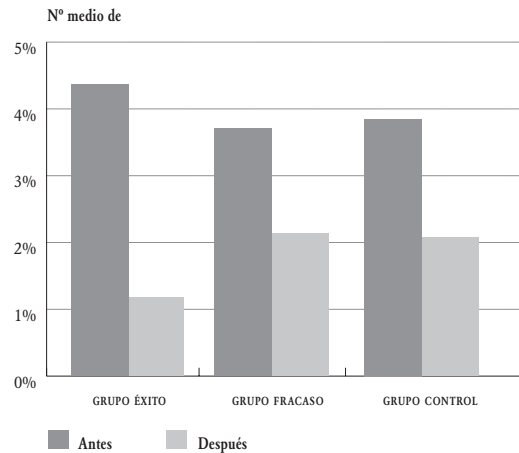


post-experimental, el grupo de tratamiento con éxito había disminuido significativamente el número de consultas, mientras que los grupos de tratamiento fracasado y de control su disminución no resulta estadísticamente significativa.

Algunas estrategias psicoterapéuticas

Para ser exactos, la Terapia Familiar Breve no utiliza estrategias terapéuticas diferentes según los tipos de queja. Por tanto, las siguientes páginas pueden resumirse en una sola idea: En el abordaje psicoterapéutico de los trastornos somatomorfos se aplican las mismas estrategias que para el tratamiento de cualquiera otra queja.

FIG. 2. Número de consultas al Equipo de Atención Primaria durante los seis meses anteriores al comienzo del estudio –“Antes”– y durante los seis meses posteriores –“Después”–.



Igual que en otro tipo de casos, el psicoterapeuta acepta la formulación de la queja que hace el paciente³ (*Receta 1*) como una expresión de su punto de vista y se apresura a confirmar éste, como una forma de demostrar que le comprende y acepta su queja, para recibir en reciprocidad la confianza y la autoridad terapéutica, sin las que el trabajo se vuelve complicado y, a veces, estéril.

Una vez que el psicoterapeuta se ha preocupado de empezar a desarrollar la relación terapéutica, dirige su atención hacia la definición de los objetivos terapéuticos. Como en cualquier otro tipo de queja los objetivos los definen los pacientes (Fontecilla G., González M., Ramos M. y Rodríguez-Arias J. L., 1996) y es misión del psicoterapeuta ayudarles a marcarse unos objetivos viables y, si fuera posible, incluso fáciles de alcanzar (*Receta 2*).

³ En Terapia Familiar Breve suele reservarse el término “paciente” para la persona aquejada, el “depositario” de la queja; el término “cliente” se refiere a los que hacen una demanda de tratamiento. Hay algunas personas que son pacientes y clientes a la vez, pero en otras ocasiones el paciente no hace demanda de tratamiento y, por tanto, no es cliente, de igual manera -y esto es muy común en Terapia Familiar- que no todos los que hacen demanda -“clientes”- son también pacientes. En esta última categoría entran todos los familiares acompañantes del paciente somatomorfo. Al margen de esta precisión terminológica y en aras a la simplicidad, en este artículo se utiliza el término “paciente” como genérico, para referirse a cualquier persona que acude a consulta y con independencia de que sea el enfermo, el familiar, el que haga demanda o el que se queje.

El tercer paso del tratamiento psicoterapéutico con Terapia Familiar Breve y con independencia del motivo de consulta, es intervenir sobre las “soluciones intentadas”. Cuando las personas acuden a la consulta de un psicoterapeuta, llevan un tiempo –para ellos demasiado largo– tratando de conseguir los objetivos que se proponen sin alcanzarlos. Generalmente, ellos piensan que han puesto todos los medios a su disposición para lograr sus objetivos y resolver su queja; pero todos estos esfuerzos han resultado infructuosos y empiezan a sentirse descorazonados y sin esperanzas de conseguir sus metas. Estos esfuerzos de solución pertenecen no sólo al paciente, sino también a sus familiares y a los tratamientos previos que no hayan resuelto el problema.

El psicoterapeuta se interesa por todos los intentos de solución, con independencia de quién sea quien los promueve. Desde el punto de vista de la Terapia Familiar Breve, es su tarea intervenir, “hacer algo”, para que el paciente y/o sus familiares modifiquen estos intentos estériles de solución. Para ello se dispone de dos líneas terapéuticas alternativas: 1ª) Fijarse en lo que hacen que les acerca a sus objetivos –excepciones– y conseguir que amplíen estas acciones y 2ª) Lograr que los pacientes cambien su “forma de solución” característica.

Trabajar con lo que les acerca a sus objetivos

Para dirigir la conversación hacia las excepciones el psicoterapeuta se interesa por los momentos –días, ratos o temporadas– en los que el paciente se encuentra mejor, con menos molestias o incluso completamente bien. Tanto si los pacientes y/o sus familiares informan de una mejoría completa durante periodos de tiempo relativamente largos, como si sólo informan de pequeños momentos en los que experimentan una mejoría limitada y parcial, el psicoterapeuta investiga las explicaciones que los pacientes ofrecen para esas mejorías, empezando por preguntar qué hacen en esos momentos que les ayuda a estar bien: “¿Con qué relacionas los ratos que estás mejor? ¿Qué sucede cuando estás mejor? ¿Cómo aprovechas esos ratos o esos días?”. Con estas preguntas se busca que los pacientes informen de acciones que provocan excepciones a la queja, a la vez que hacen una atribución de control interno. Cuando no se consigue este tipo de atribución se indaga, en segundo lugar, sobre los acontecimientos que se asocian con la mejoría experimentada, aunque sea de una forma circunstancial y esporádica.

Cuando se han conseguido definir excepciones que se pueden reproducir de forma voluntaria y que aseguran un acercamiento hacia la consecución de los objetivos terapéuticos, la prescripción de primera opción es “Hágalo más”. Es

decir, se indica al paciente y/o familiares que repitan o amplíen el tiempo que dedican a hacer aquellas cosas que se han definido como excepciones deliberadas y que se han considerado relacionadas con los objetivos terapéuticos acordados.

Maria tiene 42 años y cuenta que en los últimos cuatro meses se encuentra muy cansada, sin fuerzas, con frecuentes dolores de cabeza medianamente intensos; está comiendo peor porque no tiene ganas y porque dice que siente como un vacío en el estómago que se le retuerce y le quita las ganas de comer; duerme demasiado para lo que ella quisiera pero se levanta como si no hubiese dormido. Es ama de casa y, desde entonces, realiza sus tareas desordenadamente, por lo que éstas se amontonan, y ha empezado a agobiarle el plantearse salir a la calle para dar los paseos que le gustaba dar o quedar con sus amigas “porque me encuentro tan fastidiada y con todo tan amontonado que no estoy de humor”. Sus objetivos son volver a llevar la vida que llevaba antes, que le resultaba muy agradable, para lo que considera que no está capacitada ahora por la falta de fuerzas, los dolores de cabeza y lo poco que come. Tras las pruebas complementarias pertinentes para descartar un proceso orgánico, se le comunica que su organismo está con capacidad para volver a asumir sus funciones y se trabaja con ella para definir excepciones. En este sentido comunica que se ha encontrado mejor los días que ha leído durante un rato por las mañanas, después del desayuno y antes de realizar sus tareas. Refiere que se acaba de dar cuenta de que éste hábito lo había dejado temporalmente al terminar de leer una novela “no empecé otra porque durante unos días hubo mucho que hacer” y comenta que va a “hacerse un hueco todas las mañanas pase lo que pase”. Unos meses después acude a la consulta de atención primaria acompañando a su hijo; tras preguntarle, apenas recuerda esa mala temporada pasada.

Si las excepciones definidas no pueden repetirse de manera intencional o no garantizan un acercamiento a los objetivos –excepciones aleatorias–, la intervención de elección es la llamada “Tarea de Predicción”. Se trata de que el paciente y/o alguno de los familiares implicados, anticipen cuando va a ocurrir la excepción. En los trastornos somatomorfos se hace una adaptación de esta tarea con el siguiente mensaje: “Hasta la próxima consulta vas a adivinar y anticipar los momentos en los que te vas a encontrar mejor, apuntando cada día cuáles piensas tu que van a ser los ratos mejores, porque si tu sabes qué pasa en esos ratos es más fácil que puedas controlar el encontrarte bien”.

Las prescripciones “Hágalo más” (*Receta 3*) y “Tarea de Predicción” facilitan el cambio de soluciones con las que, pacientes y familiares, están abordando la queja. La primera porque mientras hacen lo que activa la excepción, no repiten

lo que provoca la queja y la segunda admite variadas explicaciones por lo que, siguiendo a de Shazer, dejamos que sea el lector quien, tras experimentar el efecto de esta prescripción, dé la suya.

En algunos casos no se consigue que los pacientes informen de excepciones. Si, además, no se consigue precisar unos objetivos terapéuticos claros, la opción que se recomienda desde la Terapia Familiar Breve es la “Tarea de Fórmula de Primera Sesión”, que consiste en decir al paciente: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos a nosotros nos [a mi me] gustaría que observe, de modo que pueda describirnos [describirme] la próxima vez lo que ocurre en su [elija: familia, vida, matrimonio, relación] que usted quiere que continúe ocurriendo” (de Shazer S., 1986, pp.150) Con los trastornos somatomorfos el texto de esta tarea se modifica para adaptarlo a la queja que presentan. Así, se les dice: “Hasta la próxima consulta, fíjate bien en las sensaciones que tienes en tu cuerpo que quieres seguir notando”. El efecto que se pretende con esta intervención es que los pacientes vuelvan su atención hacia las sensaciones corporales agradables, se fijen en ellas e informen de excepciones en la siguiente sesión.

“HÁGALO MÁS”, “TAREA DE PREDICCIÓN” Y “TAREA DE FÓRMULA”, SON FORMAS DE INTERVENIR A TRAVÉS DE LAS EXCEPCIONES.

Trabajar para que cambien la “forma de solución” característica

En ocasiones el psicoterapeuta interviene con la idea de modificar el juicio subjetivo que el paciente hace sobre su malestar. Algunos piensan y se comportan como si el dolor o el malestar físico pudieran no afectar al estado de ánimo, al humor o al funcionamiento psicológico y se esfuerzan en mantener este comportamiento escindido. Desde el punto de vista de la Teoría General de los Sistemas se piensa que el comportamiento de las personas es global y el más pequeño malestar afecta de alguna manera al funcionamiento general de la persona como totalidad. Esta idea se aprovecha terapéuticamente de diferentes maneras para conseguir que cambie la percepción que el paciente tiene de su malestar y, consecuentemente, modifique los intentos ineficaces de solución.

Una circunstancia especial en los casos de pacientes con trastornos somatomorfos es la valoración de “gravedad” de la enfermedad y la “sensación de dolor asociada”. La dinámica relacional que se genera entre paciente y terapeuta –a veces también, entre paciente y familiar–, consiste en que

aquel que quiere que sus familiares, médicos y profesionales que lo tratan, comprendan que los dolores o “síntomas” que siente son “de verdad” y para ello se esfuerza en quejarse, a veces, incluso exagerando un tanto sus molestias; ya que parece que los demás no perciben o minimizan la importancia de éstas. Por su parte, familiares y profesionales se esfuerzan en tranquilizar al paciente diciéndole que no es para tanto, que no hay nada grave, que no se va a morir o que los dolores, que dice sentir, no se justifican en función de su estado orgánico, por lo que serán “nervios”. Esto corrobora al paciente en su sensación de incomprensión y le estimula para quejarse de forma más clara e intensa para así conseguir convencer mejor a quienes le rodean de que el dolor no es sólo producto de su imaginación. Las nuevas quejas son ahora calificadas como infundadas, continuando con el círculo vicioso que lleva a pacientes, familiares y profesionales, directamente a la sensación de “callejón sin salida”.

Un primer enfoque alternativo de esta situación es “**Normalizar**”. Esta es una potente maniobra terapéutica que contribuye por igual a “despejar el campo”, centrando la queja; y a tranquilizar al paciente y a sus familiares. En el caso de los trastornos somatomorfos, se trata de normalizar el malestar o el dolor como una consecuencia lógica y esperable de su estado orgánico, según cuál sea éste; y normalizar las diferentes reacciones psicológicas –mal humor, irritabilidad, desánimo, ansiedad, anhedonia...–, como reacciones naturales y comunes al malestar orgánico y al dolor.

La segunda posibilidad es “**Establecer diferencias**”. Por ejemplo, “gravedad”, “irreversibilidad” y “dolor” no siempre van unidos. Los pacientes y familiares suelen considerar que una enfermedad grave es aquella que pone en peligro la vida. Sin embargo, hay enfermedades graves que, si no conducen a la muerte, se curan y no dejan secuelas. En cambio, las enfermedades irreversibles no necesariamente ponen en peligro la vida de quien las padece, pero no se curan, sino que se vuelven crónicas y producen continua o cíclicamente molestias y/o limitaciones en las actividades cotidianas del paciente y, en consecuencia, afectan y perturban a las familias. Ninguno de estos dos conceptos, gravedad e irreversibilidad, tiene nada que ver con el dolor. Evidentemente los profesionales los separan claramente, pero no se puede suponer que así ocurra con los pacientes y los malos entendidos surgen cuando los profesionales suponen gratuitamente que los pacientes hablan su mismo lenguaje, entienden sus informaciones y deben, por tanto, actuar en consecuencia (*Receta 4*).

Una tercera opción es “**Aumentar la importancia de la queja**”. Cuando el psicoterapeuta se refiere a la queja que

el paciente le acaba de exponer aumentando ligeramente su intensidad, o los inconvenientes que supone para el desarrollo de sus actividades cotidianas, o la valoración subjetiva de su percepción del dolor: “No sé cómo puedes vivir así”; provoca un doble efecto en el paciente: por un lado, se siente comprendido y, por otro, se ve en la obligación de corregir el matiz exagerado de aquél, para lo cual tiene que atenuar la importancia de la queja.

Generalmente, las personas dan alguna explicación a lo que les pasa. Esto es lo que se llama atribución. Es decir, cómo explica cada quien lo que está sucediendo. La importancia de las atribuciones radica en que las personas suelen actuar coherentemente con ellas. Si un dolor de cabeza se piensa producto del cansancio, lo apropiado será descansar; si se considera signo de un tumor cerebral, se acudirá a un profesional para que lo valore; o si se juzga asociado a las dificultades laborales, se desarrollará algún procedimiento para resolver dichas dificultades. La idea general es que **“Un cambio en la atribución de significado”** de una queja, implica un cambio en las soluciones desarrolladas hasta el momento.

Esta cuestión tiene una relevancia especial en el caso de los trastornos somatomorfos. Muchos de los pacientes que pueden encuadrarse en esta categoría diagnóstica, hacen una atribución orgánica; en cambio, sólo algunos hacen algún tipo de asociación con problemas de naturaleza interpersonal o psicológica. Siguiendo esta idea general lo apropiado desde el punto de vista terapéutico es sustituir la explicación biológica, por una psicológica y viceversa; las atribuciones psicológicas se sustituirán por otras de carácter más biológico. Sin embargo esta idea general hay que aplicarla con notables limitaciones.

Lo primero que hay que saber es si la atribución, ya sea biológica o psicológica, ha sido útil o no, es decir, a qué soluciones ha llevado y cuál ha sido el resultado de estas soluciones. Si la atribución está activando excepciones se mantiene; si está activando “soluciones intentadas ineficaces” se cambia.

Si se decide cambiar una atribución hay que tener en cuenta el tipo de relación entre paciente y profesional. Si la relación es de cooperación, complementaria, y el profesional dispone de ejemplos anteriores en los que este paciente en particular ha seguido sus indicaciones, opiniones profesionales y consejos, se utilizará la confrontación directa; consistente en formular razonada y coherentemente la atribución que se desea que el paciente asuma. Si, por el contrario, la relación terapéutica es fundamentalmente de oposición, simétrica o competitiva y de nuevo el profesional tiene buenos ejemplos de ello, entonces tendrá que utilizar procedimientos

más elaborados como cuestionar indirectamente la atribución del paciente –“¿Cómo explicas tu que este dolor sea el resultado de tus problemas laborales?”–, provocar que continúe su razonamiento hasta que la explicación fracase –“Bueno, el dolor de cabeza es fruto del cansancio ¿Se te pasará cuando descanses? ¿Y si a pesar de descansar el dolor continúa? ¿Hay veces que has trabajado mucho y no te ha dolido la cabeza?...”– incluso llegar a afirmar la atribución que quiere que el paciente rechace –“Sería posible o incluso probable que este dolor fuera signo de un tumor cerebral que, por el momento, no es objetivable con las pruebas que conocemos...”. En este último caso, la teoría informa que la probabilidad de que el paciente mantenga su relación de oposición y rechace esta atribución del profesional es alta; la práctica clínica de los autores, lo corrobora. La dificultad de estos planteamientos estratégicos estriba en la correcta valoración de las relaciones que el profesional mantiene con los pacientes; pero las dificultades se diluyen si el profesional sabe atender a los aspectos interpersonales y concede a las variables intrapsíquicas un valor secundario en la explicación del comportamiento de las personas.

Desde el punto de vista del Constructivismo Radical (Foester H.v., 1991) las explicaciones son “inventadas” por las personas ya que, a los sumo, son conexiones entre hechos, pero nunca pueden llegar a ser consideradas hechos como tal. Por una lado hay un “hecho” –subjetivo y que sólo lo puede experimentar una persona, pero hecho al fin y al cabo– “el dolor de cabeza”; por otro lado hay otros “hechos” como lo son los trabajos realizados, el posible tumor cerebral, o las discusiones y debates laborales”. Sin embargo la conexión entre cualquiera de estos tres eventos y el dolor de cabeza es algo que sólo está en la cabeza de quienes así lo piensan. El que muchas personas puedan estar de acuerdo en una determinada explicación solo significa que esta explicación está en muchas cabezas y que, por tanto, cuenta con un amplio consenso; pero no por ello pasa a ser un “hecho”.

Y como las explicaciones no son hechos, cualquiera que sea la atribución que se formule será necesariamente provisional y se mantendrá mientras contribuya a que los pacientes se aproximen a sus metas u objetivos terapéuticos y se desechará en cuanto deje de ser útil para este fin. Por el mismo motivo el profesional es libre para unir acontecimientos –“A veces ‘los nervios’ pueden jugarte una mala pasada y esas discusiones pueden darte un buen dolor de cabeza”– o separarlos –“Una cosa es que te duela la tripa y otra es que tu suegra te haga la vida imposible ¿Qué prefieres tratar y cuál primero?”– según la estrategia terapéutica elegida y según

los resultados que vaya dando. Por este motivo en Terapia Familiar Breve se considera una opción, no una necesidad, tratar los problemas familiares, laborales o sociales que, en ocasiones los pacientes u otros profesionales que previamente han intervenido en el caso, consideran relacionados con el malestar orgánico.

En ocasiones ocurre que, con independencia de la explicación que se formule, hay algún procedimiento que mejora la queja. En el ejemplo, un analgésico puede atenuar el dolor de cabeza sea cual sea la explicación “correcta” en cada caso. Desde el punto de vista de la Terapia Familiar Breve, éstas son intervenciones de primera opción porque acortan el tratamiento al ahorrar el tiempo que lleva la búsqueda de explicaciones etiológicas.

“NORMALIZAR”, “ESTABLECER DIFERENCIAS”,
“AUMENTAR LA IMPORTANCIA DE LA QUEJA”
Y “CAMBIAR LA ATRIBUCIÓN DE SIGNIFICADO”
SON CUATRO FORMAS DE FACILITAR EL CAMBIO
EN LAS “SOLUCIONES INTENTADAS”, A TRAVÉS DEL
CAMBIO EN LAS COGNICIONES, MODOS DE PENSAR
O PUNTOS DE VISTA DE LOS PACIENTES Y/O
SUS FAMILIARES.

Otra forma de cambiar los esfuerzos ineficaces de solución es conseguir que cesen éstos. A veces, los pacientes no disponen de una buena alternativa de solución y los terapeutas tampoco, pero unos y otros sí tienen la certeza de que con lo hecho hasta aquí no se ha conseguido nada. Por ello, suspender las soluciones ineficaces, dejar de hacer lo que no sirve, puede ser una buena idea que facilite a los pacientes acercarse a sus metas (*Receta 3*). También aquí se dispone de algunas alternativas.

“Prescripción de no cambio”. La idea que el psicoterapeuta transmite es que no siempre hay que luchar y esforzarse para estar mejor; en ocasiones el bienestar se desarrolla solo (*Receta 5*). Esta idea es particularmente útil en el caso de los trastornos somatomorfos, porque la mayor parte de estos pacientes están convencidos de que sus problemas son orgánicos y su solución depende de alguna acción de un médico, de un fármaco, o de ambos. En este sentido, el psicoterapeuta puede decirles que se pone manos a la obra para encontrar alguna forma útil y eficaz para que ellos mejoren y que, mientras tanto, no hace falta que ellos hagan nada para conseguir estar mejor.

Un procedimiento más refinado para conseguir este mismo efecto es hablar de **“Los peligros de una mejora”** (Fisch

R., Weaklan J. H. y Segal L., 1984, pp. 183-187). Se plantea a los pacientes que en ocasiones mejorar puede tener algunos inconvenientes y que conviene anticipar éstos como paso previo a la resolución del problema, para evitar la desagradable sorpresa de encontrarse con efectos no deseados tras la consecución de su propósito. Es evidente que este planteamiento no es necesario, ni encaja en todos los casos. Su aplicación es especialmente eficaz con pacientes que no han mejorado con otras alternativas de tratamiento, con los que se han opuesto a las formulaciones terapéuticas del profesional y con los llamados “rentistas”, que pretenden aprovechar sus síntomas para obtener ventajas de índole económico, laboral o social; porque de una forma benévola, no crítica y tolerante, se ponen sobre el tapete, posibles pretensiones no confesadas, con lo que se tiene la posibilidad de manejarlas y acordar con el paciente salidas alternativas.

Una poderosa maniobra y de aplicación a un amplio elenco de situaciones clínicas es la **“Estrategia de calma”** (Fisch R., Weaklan J. H. y Segal L., 1984, pp. 180-183). Consiste en comunicarle al paciente que no se apresure, que los cambios más estables son aquellos que se consiguen poco a poco, o que se llega más lejos cuando se avanza con pasos cortos. A partir de aquí se trata de establecer gradaciones en la queja –delimitar áreas corporales para mejorar una por una–, definir pequeños cambios y a continuación proponer que vaya dando un solo paso cada vez, desaconsejando explícitamente dar saltos que impliquen varios “escalones” de un golpe, mejorar demasiado deprisa o recorrer diferentes caminos simultáneamente. El efecto que esta intervención tiene en los pacientes es el de hacer menos esfuerzos para solucionar su queja, ya que tienen que enlentecer su proceso de mejora; y al disminuir las soluciones intentadas que alimentan la queja, ésta mejora.

Como el dolor y las molestias físicas son una experiencia subjetiva, es especialmente útil utilizar “Escalas” que ayuden a establecer grados en el dolor. Así, se plantea al paciente que califique de cero a diez su dolor, dándole el cero a la ausencia de dolor y al diez el máximo dolor imaginable –también puede invertirse el sentido de la escala y considerar que el diez representa “el bienestar” y/o la ausencia de dolor, según cuales sean los intereses del terapeuta en ese momento–. Las escalas ayudan a establecer diferencias, evaluar los avances conseguidos y facilitan al terapeuta plantear la estrategia de calma: “Se trata de que mejores, como máximo, un sólo punto cada vez”.

Una intervención fácil de recordar y delicada de utilizar es la **“Prescripción de síntoma”**. Consiste en expresarle al

paciente la necesidad de que provoque un aumento intencional de sus síntomas; petición que tiene que ir suficientemente fundamentada, para lo cual se suele acudir a la idea de control –“Se trata de que tu aprendas voluntariamente a aumentar y a disminuir la intensidad de tu dolor, y es más fácil empezar por aumentarlo para que posteriormente seas capaz de disminuirlo”–. Si se considera que la queja está mantenida por los esfuerzos que pacientes y familiares hacen para evitarla, prescribir el síntoma implica, lógicamente, que hay que suspender las soluciones que se están poniendo para eludirlo. Y esta disminución de las soluciones intentadas ineficaces es precisamente la meta que tiene toda prescripción de síntoma y el resultado, cuando se consigue que “encaje” en el sistema de creencias del paciente, es de mejoría al no poder provocar de forma intencional la queja. Es obvio que si se prescribe el síntoma no se puede utilizar simultáneamente algún otro procedimiento para atenuarlo: o es necesario en este momento que el paciente consiga que le duela más o es necesario que se tome un analgésico para que le duela menos; pero no las dos cosas a la vez.

“PRESCRIPCIÓN DE NO CAMBIO”, “LOS PELIGROS DE UNA MEJORÍA”, “ESTRATEGIA DE CALMA” Y “PRESCRIPCIÓN DE SÍNTOMA”, SON FORMAS DE INTERVENIR INCIDIENDO DIRECTAMENTE EN LAS “SOLUCIONES INTENTADAS”.

Cada vez que el paciente da un paso hacia sus objetivos, el terapeuta se retira para que aquél atribuya a su propio control interno el avance conseguido. De esta manera se va afianzando y percibiendo a sí mismo como persona competente y capaz de enfrentar y solucionar con éxito los diferentes retos o dificultades que le pueda ir planteando la vida. En este punto la intervención psicoterapéutica puede darse por concluida, sin temor a una recaída.

En definitiva, desde el modelo de Terapia Familiar Breve, el psicoterapeuta: primero, consigue la relación terapéutica aceptando la formulación de la queja que hacen los pacientes; segundo, ayuda a que los pacientes formulen unos objetivos alcanzables; tercero, contribuye a que modifiquen sus esfuerzos de solución; y cuarto, se retira para que los pacientes hagan atribución de control interno de los cambios conseguidos.

Y todo este trabajo se hace a través del canal de comunicación habitual: **el lenguaje**.

El lenguaje verbal, que permite referirse a temas o contenidos diversos y el no verbal, que facilita la expresión de las emociones y la definición de las relaciones (Watzlawick

P., Beavin J. H. y Jackson D. D., 1981 pp. 61-68). A través del lenguaje verbal el psicoterapeuta introduce las informaciones que considera necesarias para que, tras la correspondiente elaboración por parte del paciente, éste se aproxime o consiga sus propios objetivos. Mediante el lenguaje no verbal el psicoterapeuta maneja la relación terapéutica y matiza la extensión y significado de sus comentarios para que éstos ajusten con el sistema de creencias del paciente.

Y es a través del uso que el psicoterapeuta hace del lenguaje, como éste facilita al paciente su colaboración con el tratamiento. Desde la Terapia Familiar Breve se piensa que es obligación del profesional potenciar la adhesión del paciente al tratamiento y acomodar su estrategia terapéutica a la “modalidad de cooperación” de cada persona que acude a la consulta; ya sea paciente o familiar. Para ello dispone de algunas alternativas.

El psicoterapeuta utiliza **frases afirmativas** con el fin de “encajar” mejor con la experiencia de los pacientes: “Lo que te pasa es...” en lugar de “No te pasa nada.”. La experiencia de “no pasar nada” es un imposible cuando se trata de seres vivos en permanente cambio y continua evolución. Sólo no le pasa nada a las piedras; e incluso esta afirmación es dudosa. “Lo que tienes que hacer es...” en vez de “Tienes que dejar de...”. Las instrucciones en positivo son más fáciles de seguir que las hechas en negativo, porque el no comportamiento no existe (Watzlawick P., Beavin J. H. y Jackson D. D., 1981 pp. 49-52). Estas frases en positivo tienen una aplicación especial en los trastornos somatomorfos porque los pacientes se quejan de un “verdadero” dolor, tienen unas molestias y los “no es nada” bienintencionados de los profesionales que los atienden y de sus familiares, en lugar de tranquilizar, estimulan las quejas y habilitan una exposición más detallada y extensa de su malestar al sentirse incomprendido (*Receta 6*).

El psicoterapeuta selecciona intencionalmente **el tiempo verbal**: presente, pasado o futuro; según desee explorar excepciones, soluciones intentadas u objetivos. El condicional ocupa un lugar preferente en la conversación terapéutica: es el tiempo verbal que permite hablar de posibilidades negadas –“¿Qué sucedería si pudieras volver a...?”–, adoptar posiciones no comprometidas –“¿Qué pensarías si alguien te plantea que este dolor te permite vivir sin trabajar?”–; o formular planteamientos indirectos –“Me pregunto cómo reaccionaría tu esposa si consiguieses pasar 24 horas sin quejarte”–. Al cambiar de tiempo verbal o al mantener la conversación en el mismo tiempo verbal, el psicoterapeuta va seleccionando aquellos aspectos de la experiencia del paciente que quiere explorar, abordar, cambiar o mantener y confrontar.

La idea general es que es el profesional el que tiene que hablar en el lenguaje propio del paciente y no al revés, porque el profesional es el que ha recibido o debería haber recibido el entrenamiento oportuno a tal efecto. Así, incorpora algunas formas de expresión del paciente con el fin de facilitar el correcto entendimiento entre ambos; utiliza un **lenguaje directo** –“Vas a dar un paseo todas las mañanas, aunque no te apetezca demasiado”– o **indirecto** –“Me pregunto si serías capaz de dar un paseo por las mañanas, aunque no te apetezca”–, según cual sea la relación con el paciente en cada momento terapéutico. El lenguaje directo se recomienda cuando la relación es de acuerdo, aceptación y el paciente reconoce la autoridad del psicoterapeuta; mientras que el indirecto es especialmente eficaz cuando el paciente no está “entregado”, cuestiona la autoridad terapéutica, se opone o muestra desconfianza en el criterio del profesional que le atiende. Otra diferencia a tener en cuenta es que el lenguaje directo provoca obediencia u oposición; el indirecto reflexión, por lo que cuando una entrevista se dirige con instrucciones en lenguaje indirecto el paciente se ve más comprometido con el proceso terapéutico porque las decisiones surgen de sus propias reflexiones.

HABLAR CON “FRASES AFIRMATIVAS”, SELECCIONAR EL “TIEMPO VERBAL” APROPIADO Y MANEJAR EL “LENGUAJE DIRECTO O INDIRECTO” SON MANIOBRAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN EL USO INTENCIONAL DEL LENGUAJE.

Y ya sólo queda exponer que todas estas maniobras terapéuticas se hacen dentro de un marco estratégico: el psicoterapeuta elige el momento adecuado y la forma de presentación –“venta”–, de las diferentes opciones arriba descritas.

Respecto a la elección del momento lo único que cabe decir es que el psicoterapeuta se mueve un paso por detrás del paciente. Cualquier duda sobre la oportunidad del momento para una determinada intervención, aconseja reservar ésta (*Receta 7*) y trabajar para que el proceso terapéutico avance lo suficiente, madure, como para que dicha intervención sea aplicable.

En cuanto a la forma de presentación o “venta” de las diferentes intervenciones terapéuticas suele recomendarse, en general, asumir una actitud sumisiva, basada en la humildad. No hay base para suponer que se va a triunfar, donde otros han fracasado. Se gana más autoridad terapéutica con la humildad del que sabe reconocer sus propias limitaciones, que con la apariencia de seguridad basada en la ignorancia o en la soberbia. Además se sugiere plantear las prescripciones a título de prueba, provisionalmente, explicitando que sólo se

mantendrán si se demuestran beneficiosas para los propósitos del paciente. Pero también se expresan con la seguridad del que se sabe conocedor del terreno que pisa y está dispuesto a reconocer y rectificar sus planteamientos errados, esto es, los que no conducen a la meta prevista: los objetivos terapéuticos definidos con los pacientes.

Una forma de presentar las instrucciones que tiene aplicación general a cualquier tipo de casos, pero que se revela como de especial utilidad en los trastornos somatomorfos, es “Hacer como si... el dolor y las molestias hubieran desaparecido”. A veces los pacientes no inician actividades porque no se encuentran con fuerzas, están molestos o el dolor les impide desarrollarlas; pero cuando se les plantea esta idea de “hacer como si...” e inician la actividad, incluso en contra de su deseo, se centran en ella y se olvidan del dolor. Puede que al terminar reconozcan de nuevo sus molestias, pero ahora no las podrán percibir de igual manera.

No queremos terminar este artículo sin resaltar el papel que juegan los familiares del enfermo. Ya ha quedado claro que ellos también están interesados en ayudar al enfermo a curarse y por eso también se esfuerzan en solucionar el problema, contribuyendo así al elenco de soluciones ineficaces⁴. Ellos también tienen que cambiar estas soluciones y sustituirlas por otras más eficaces. La primera opción es la “**prescripción directa**”. Se trata de indicarles que en lugar de hacer lo que hacen, generalmente proteger o sobreproteger al enfermo, faciliten su desarrollo, autonomía y responsabilidad restituyéndole el papel y la función que le corresponde y que deriva de cuál sea su posición en la estructura familiar. En muchas ocasiones la prescripción directa puede bastar, especialmente en aquellos casos en los que el psicoterapeuta tiene ascendencia y autoridad terapéutica reconocida por los, en este caso, familiares. Sin embargo, no se puede olvidar que lo socialmente correcto es “proteger al enfermo, relevándole de sus funciones y disculpándole de sus obligaciones”. Incluso las sociedades desarrolladas garantizan el sueldo y el empleo en caso de enfermedad del trabajador a través de la figura de la “Incapacidad Laboral Transitoria”. Por esto no siempre los familiares están bien dispuestos a recibir y poner en práctica las instrucciones del psicoterapeuta en el sentido de permitir, facilitar e incluso exigir, al paciente que poco a poco vaya incorporándose al desempeño de las tareas propias de su

⁴ Nótese que soluciones eficaces son las que resuelven el problema y, por tanto, evitan que el paciente acuda a una consulta quejándose de algún malestar.

rol. En estos casos y sólo después de que los familiares han desatendido la prescripción directa, se opta por proponerles lo contrario, esto es, “sobreimplicarles”. Se les hace ver cuán necesitado está el paciente de atenciones y mimos y se les prescribe que sean aún más atentos de lo que son, que estén aún más pendientes de lo que están y que le pregunten y se interesen por su malestar aún con más frecuencia de lo que ya vienen haciendo. Se pretende que los familiares reaccionen frente a esta instrucción oponiéndose, haciendo lo contrario, y en consecuencia dejando al paciente un poco más “a su aire”, facilitando así su autonomía y permitiendo que poco a poco recupere las áreas de responsabilidad que le corresponden dentro de la familia. Las intervenciones dirigidas a los familiares están guiadas por los mismos criterios en cuanto a planteamientos estratégicos, usos del lenguaje y “forma de presentación” descritos arriba.

En algunas ocasiones –el caso de Diana es un ejemplo– las soluciones que aplican los familiares del paciente es la de tranquilizarle, tratando de convencerle de que no le pasa nada, que todo lo más son “nervios”, que no le va a dar un infarto, ni se va a morir, que ya le ha dicho el médico que no es nada. Efectivamente, algunos profesionales también aplican esta solución y cuando ven que sus palabras no bastan hacen pruebas concluyentes, para ellos, con el fin de demostrar al paciente que está sano. Pero el resultado de estas, a veces costosas, pruebas en vez de tranquilizar, inquietan al paciente y le confirman en sus sospechas. El razonamiento del paciente es muy sencillo: “Si no tuviera algo grave, no harían tantos esfuerzos, ni me pedirían pruebas tan costosas. Los resultados han sido malos y me ocultan la verdad porque piensan que no lo podría resistir”. Y así es como piensan profesionales y familiares: al verle tan preocupado por nada, le ocultan cualquier signo inquietante que pudieran evidenciar las pruebas, informando de un estado de salud tan perfecto que resulta increíble para cualquier persona sensata. En estos casos –a los pacientes suele denominárseles hipocondríacos– se recomienda: primero, suspender las exploraciones y pruebas complementarias que el profesional no considere estrictamente necesarias; segundo, evitar los comentarios “tranquilizadores” destinados a convencerle de que “realmente” no le pasa nada; y tercero, reconocer explícitamente que el haber contraído, o contraer en el futuro determinada enfermedad es una posibilidad más frente a la cual nada puede hacer. Porque la muerte es el final de la vida y las personas suelen morir de “algo malo”. A continuación se orienta a organizar su vida de la mejor manera posible... mientras viva.

Conclusión

Y para terminar decir que los autores no somos partidarios de las recetas porque las recetas olvidan que cada persona es única e irreplicable, pasan por alto la enorme variabilidad de situaciones clínicas y tratan al ser humano como si fuera un mecanismo. Sin embargo confiamos en que los lectores saben y tienen permanentemente en cuenta que tratan con personas, no con “cuadros clínicos”; que por encima de las propias creencias está el bienestar de los pacientes; y que las teorías que abrazan con fuerza y defienden con tesón, son guías provisionales que facilitan la andadura del camino terapéutico dirigido hacia la consecución de los objetivos definidos por los pacientes. En base a esta confianza nos atrevemos a incluir aquí, a modo de conclusión, un conjunto de propuestas –“recetas”– que a nosotros nos ha allanado el camino y nos ha permitido ahorrar tiempo para poder perderlo y disfrutarlo con las historias cotidianas, en ocasiones triviales y a menudo divertidas y, por qué no, cargadas de buen humor que nos cuentan los pacientes. Cuando un paciente se ríe, luego le cuesta más percibirse desgraciado.

Recetario

RECETA 1	“Acepta la queja del paciente, sea ésta la que sea”
RECETA 2	“Los objetivos terapéuticos los define el paciente. El terapeuta ayuda a que el paciente los formule en términos posibles o fáciles de conseguir”
RECETA 3	“Si algo funciona, hazlo más. Si no funciona, no lo repitas”
RECETA 4	“No des por supuesto que el otro te entiende, confirma que ha escuchado y entendido lo que le has querido decir”
RECETA 5	“No hagas más esfuerzos para estar mejor... el bienestar se desarrolla solo”.
RECETA 6	“Habla de lo que pasa... no de lo que no pasa”
RECETA 7	“Pecar siempre de precavido” (S. de Shazer)

Referencias bibliográficas

- FISCH R., WEAKLAND J. H., SEGAL L. (1984) *La Táctica del Cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- FOESTER H. v. *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa; 1981.
- Fontecilla G., Ramos. M. M. y Rodríguez-Arias J.L. (1993) *Evaluación de resultados en Terapia Familiar*. XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar, Santiago de Compostela.
- Fontecilla G., González M., Ramos. M. M. y Rodríguez-Arias J. L. (1996) *Aplicación de un Modelo de Terapia Familiar Breve en una U.S.M.* En: "Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación". (A. Espina y B. Pumar eds.) Madrid: Fundamentos.
- González M. Revuelta C. Rodríguez-Arias J.L. Fontecilla G. Aparicio M. Rueda A. y Ramos M. M., *Terapia Familiar Breve: Evaluación de resultados y estudio de seguimiento*. Comunicación Póster presentado en "I Congreso Nacional de la Asociación para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar". Sevilla, 1998.
- Rodríguez-Arias J. L., Aparicio M., Fontecilla G., González M., Ramos M. M. Rueda A., *Metodología de Evaluación de Resultados en Terapia Familiar Breve*. Taller presentado en el "XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría". Badajoz, 1997.
- Rodríguez-Arias J. L., Aparicio M., Fontecilla G., González M., Ramos M. M. Rueda A., *Metodología de Evaluación de Resultados en Terapia Familiar Breve*. Comunicación Póster presentado en el "XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría". Badajoz, 1997.
- Rodríguez-Arias J. L. Agra S. Arauxo A. Balea F. J. García M. J. Vicente D. Grovas I. Andaluz L. V., *Análisis de la demanda de Psicoterapia en la U.S.M. del Hospital "Virxe da Xunqueira"*. Comunicación Póster presentado en el II Congreso de la Asociación par la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar". Madrid, 2000.
- Shazer S. de (1986) *Claves para la solución en Terapia Breve*, Barcelona: Paidós.
- Watzlawick P., Beavin J. H. y Jackson D. D. (1981) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick P., Weakland J.H. y Fisch R. (1985) *Cambio*. Barcelona: Herder.

El trabajo del psicólogo clínico de enlace con la enfermedad crónica: Experiencia en la Unidad de Lesionados Medulares del Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo"



José Eduardo Rodríguez Otero

Psicólogo Clínico

Gonzalo Martínez Sande

FEA Psicología Clínica, A Coruña

1. Introducción

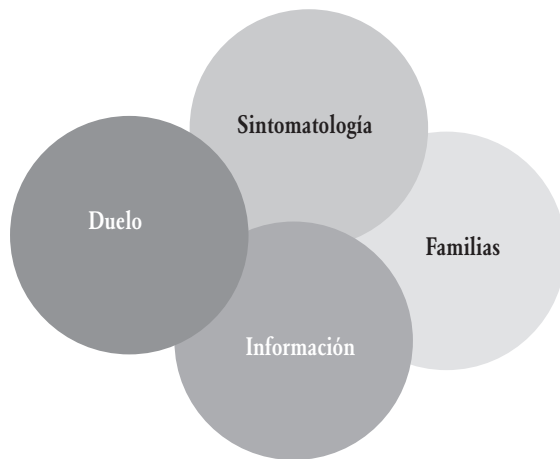
Este artículo es el resultado de las reflexiones realizadas tras dos etapas de una travesía interminable. El recorrido del descubrimiento teórico al práctico, de los libros a la clínica y su viaje de vuelta. La vuelta al escritorio, al despacho o al sillón con los mismos libros de antes, reflejan una realidad, blanda, diferente al de la primera ocasión. Los libros ya no dicen lo mismo.

El objetivo es exponer el trabajo realizado por el psicólogo clínico (o residente) en el contexto de intervención con pacientes con enfermedades crónicas y concretamente con lesionados medulares. Contextos de pacientes, situaciones, familias y personas con bata blanca en el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña.

Lo que a continuación seguirá será una mezcla entre una breve revisión teórica y comentarios sobre el trabajo clínico. La distinción será clara para no confundir hechos comprobados, o al menos publicados, con nuestras reflexiones.

Desde este punto de vista, planteamos el trabajo en una Unidad de Lesionados Medulares (ULM) con cuatro puntos principales de intervención: duelo, familias, sintomatología e información. Puntos arbitrariamente separados para una mejor claridad expositiva, siendo en la práctica difícilmente distinguibles y parcelables dentro de una intervención en el proceso de la enfermedad. Por supuesto, se pueden agregar otros desde una posición teórica y necesariamente se añaden otros en la práctica, como la mediación (entre pacientes, pacientes – batas blancas, familia – batas blancas, pacientes – familias...). La mediación, y por ello no la incluyo entre los principales puntos de intervención, supone una percepción de fracaso en la implementación de las normativas referidas a la autonomía del paciente (ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) y en el correcto desarrollo de los roles interpersonales asociados a cada una de las personas y profesionales con batas blancas.

GRÁFICO 1. Principales campos de intervención la ULM



2. Información

Uno de los modos de articular la colaboración con el equipo médico en la transmisión de información diagnóstica y pronóstica. En hospitalizaciones largas como las que tiene un lesionado medular, con una media en torno a siete meses para una lesión medular completa, el manejo de información es clave para una relación terapéutica adecuada con los pacientes y con los familiares.

Estabilizada la lesión medular, se realiza un plan individualizado de rehabilitación en el que se establecen unos objetivos y se descartan metas inalcanzables debido a las secuelas de la lesión. Para ello se tiene que hacer un trabajo de transmisión de la información para que el impacto sobre el sujeto sea lo mínimo posible, tanto por motivos derivados del evidente sufrimiento asociado como por la necesidad de una pronta implicación del sujeto en tareas de fisioterapia y terapia ocupacional. Los meses que transcurren tras la lesión son claves para el sujeto, su recuperación seguirá una curva negativamente acelerada, por lo que se debe evitar la falta de actividad, voluntad y energía derivadas del enfrentamiento con la información pronóstica.

El trabajo del psicólogo clínico antes de la información se realiza a dos niveles: en el primero se explora la capacidad de comprensión del sujeto tanto cognitivamente como emocionalmente. Hasta el 50% de las lesiones medulares son traumáticas, por lo que pueden asociarse traumatismos craneoencefálicos (TCE) que reduzcan la capacidad de com-

prensión del sujeto. Con preservación del funcionamiento cognitivo, el sujeto puede tener dificultades para hablar de su situación (accidente, hospital, silla de ruedas...) o para integrar emocionalmente la experiencia, pudiendo funcionar de forma disociativa respecto a la situación médica. Una vez comprobado que el sujeto es capaz de procesar la información tanto cognitiva como emocionalmente, el segundo nivel de intervención explora las expectativas y las esperanzas del sujeto en cuanto al diagnóstico y el pronóstico de su lesión medular. En este punto, el clínico debe advertir negaciones en proceso de duelo del sujeto y llamadas del mismo a disponer de tiempo para integrar la experiencia, siendo desaconejada la confrontación en estas primeras etapas mientras el sujeto colabore adecuadamente en las tareas de rehabilitación y cuidados. Finalmente se trabaja con el condicional ("¿qué pasaría si...?") las posibles reacciones del paciente ante diferentes informaciones pronósticas.

El trabajo continúa tras la información pronóstica. El clínico se debe poner a disposición del paciente y/o de la familia para ayudarle a trabajar con la reacción adaptativa que surge tras la información, pidiéndoles permiso para sugerir una intervención reglada (counselling o psicoterapia) en el caso de que lo estime oportuno.

3. Sintomatología

Otro de los campos de intervención es el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología presente entre los pacientes ingresados en la ULM. Es complicado discernir si la sintomatología presente en estos sujetos es independiente del proceso reactivo ante el que se encuentran. Si bien, su filiación es clave para escoger la alternativa terapéutica más adecuada. Para ello es necesario saber si existen antecedentes psicopatológicos y tener conocimientos relacionados con las posibles reacciones de duelo ante estas lesiones.

Investigaciones señalan entre un 30 y un 40% de depresión y ansiedad clínica en sujetos que sufren una lesión medular (Frank, 1985; Godfrey, 2001; Hancock, Craig, Dickson, Chang, & Martin, 1993). Estos datos corresponden con nuestra impresión de que los pacientes ingresados en la ULM pueden cumplir criterios diagnósticos para cada una de estos psicopatologías, si bien abogamos por una utilización racional de los manuales diagnósticos tal y como el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) señala en su introducción (pág. xxx):

El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean hete-

rogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico

Y continúa (pág. xxxi):

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina

Por ello hay que ser prudentes en la utilización de los manuales de diagnóstico en las personas que padecen enfermedades crónicas en general, y en los lesionados medulares en particular. Otros autores (Costa & López, 1996) ya señalaron que los modelos psicopatológicos son inadecuados cuando tienes que hablar de adaptación personal a la discapacidad. Frente a la afirmación de Costa y López, defendemos la utilidad de los modelos psicopatológicos y el empleo clínico, responsable y prudente, de los manuales diagnósticos. En un paciente que ha sufrido recientemente una lesión medular puede ser adecuada una evaluación psicopatológica (memoria, atención, afectividad...), sin embargo, y aunque cumpla los criterios, un diagnóstico psiquiátrico quizá sea una mala orientación para el plan terapéutico. El paciente puede cumplir los criterios para ansiedad o depresión clínica, pero eso no quiere decir necesariamente que el sujeto precise intervención psicoterapéutica o psicofarmacológica para esos síntomas, que pueden puntuarse como una reacción normal ante una situación complicada. Un esquema rígido diagnóstico – tratamiento puede dificultar la relación terapéutica con el clínico por ser éste poco empático, y añadir problemas psiquiátricos a “los medulares” sin que ello suponga un beneficio para el sujeto.

El diagnóstico describe una realidad, como tal el clínico lo utiliza para entender mejor la situación del sujeto. En el trabajo con las enfermedades crónicas, nos encontramos que el diagnóstico DSM o CIE es una descripción demasiado pobre, que no facilita al profesional la comprensión de la forma de enfermar del sujeto ni las posibles vías de ayuda.

4. Duelo

El concepto de duelo se suele asociar a las reacciones emocionales de personas allegadas ante el fallecimiento de alguien cercano. Siendo esta la visión común y de mayor aplicación del término, el duelo también se refiere en un sentido amplio a las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales

ante una pérdida. Ésta puede ser de diversos tipos: partes del cuerpo, idea de futuro, utilidad laboral, juventud..., por lo que las reacciones ante este tipo de eventos son tan antiguas como la propia humanidad. Dicho aprendizaje filogenético hace las reacciones de duelo no suelen ser patológicas.

Freud en su obra “Duelo y Melancolía” (1917) conceptualiza el duelo como un trabajo de elaboración de los afectos dolorosos que siguen a la pérdida de un objeto querido, en estos términos el duelo sería un proceso de cambio del destino de la libido, desde el objeto perdido a uno nuevo. La melancolía y la manía serían consecuencia de unos afectos ambivalentes hacia el objeto que impiden que este dilema se haga consciente.

También en términos psicoanalíticos, Erich Lindemann (Lindemann, 1944) estudió a los familiares de los fallecidos que hubo en el incendio del club Cocoon Grove y relató los siguientes síntomas de duelo:

- Malestar somático (síntomas respiratorios, debilidad y síntomas digestivos)
- Preocupación por la imagen del difunto
- Culpa
- Reacciones hostiles
- Desestructuración de la conducta

Estos síntomas pueden acompañarse por aparición de rasgos del muerto en la persona que elabora el duelo.

Bowlby (1985) integra conceptos analíticos y etológicos para hacer su teoría explicativa del duelo. Considera el duelo como una extensión de la respuesta general de separación, una ansiedad de separación en la edad adulta ante la ruptura de la relación de vinculación. En esta misma línea de pensamiento, Bowlby expone que las personas tendrán un riesgo mayor de elaborar duelos patológicos si sus patrones de crianza fueron patógenos. Pérez-Sales (2000) defiende que las emociones son construcciones culturales y critica esta concepción de universalidad del duelo que defiende Bowlby. No puede, según Pérez-Sales, defenderse que haya un criterio universalidad de normalidad en la elaboración de un duelo.

Pérez-Sales aporta conceptos derivados del constructivismo social, este modelo defiende que el duelo es un proceso emocional y como tal depende de cómo las personas construyen los acontecimientos que le suceden. La realidad como tal no existe, o en caso de existir es difícilmente accesible, sino que consiste en una serie de consensos y construcciones que hace el sujeto sobre ella. Desde esta postura el sujeto adopta un papel activo en la elaboración de acontecimientos, frente a posturas racionalistas que defienden que el sujeto es

receptor de realidades y tiende a optimizar esa capacidad de captación de lo que sucede. Desde el constructivismo social, el duelo consiste en dotar (construir) nuevos sentidos a lo que le sucede al sujeto tras la pérdida. Según Worden (2000), y desde este enfoque, el proceso se realiza con cuatro tareas:

- Construir un mundo sin el objeto perdido
- Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos a la propia biografía
- Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido
- Experimentar afectos semejantes a los anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos. No se reemplaza el objeto vacante, sino que se construye un nuevo mundo que es capaz de albergar nuevos objetos dignos de ser amados

Neimeyer en “Aprender de la Pérdida” (2000) resume en seis puntos su postura constructivista de conceptualización del duelo.

- *La muerte como acontecimiento que valida o invalida construcciones que orientan nuestras vidas.* Esta pérdida puede afectar a construcciones nucleares del sujeto respecto a seguridad, estabilidad y predictibilidad del futuro, provocando la muerte una necesidad de revisión y reorganización profunda de los significados en el sujeto.
- *El duelo es un proceso caracterizado por la idiosincrasia, intimidad e inextricabilidad de nuestra identidad.* Esto implica significados únicos para la pérdida y la ausencia de un patrón universal de respuesta.
- *El duelo es algo que se hace, no que se da hecho.* La elaboración de la pérdida es un proceso lleno de elecciones.
- *El duelo da la oportunidad de reafirmar un mundo de significados cuestionados por la pérdida.* En este punto Neimeyer aboga por las prácticas narrativas para la reconstrucción de significados, dinámica que considera la más esencial en la elaboración de duelos.
- *Los sentimientos asociados a la pérdida cumplen una función, se entienden como indicadores de esfuerzos del sujeto para elaborar un nuevo mundo de significados tras el cuestionamiento del anterior.* La negación se entiende como la incapacidad de un sujeto para asimilar la muerte en un momento dado, la depresión como el intento de limitar la atención y restringir el campo para hacer el mundo más manejable, la ansiedad surge ante la novedad de que sus construcciones no puedan explicar esta experiencia, la culpa tiene su origen en la percepción

de un comportamiento contrario a las estructuras nucleares de la identidad, la hostilidad es el intento de adaptar lo que sucede a las construcciones antiguas y, finalmente, la amenaza señala la inminencia de un cambio generalizado en las estructuras nucleares de la identidad.

- *Las construcciones y reconstrucciones de identidad se realizan como supervivientes a la pérdida y negociando con los demás.*

La profusión de trabajos en torno al duelo vacía de contenido la conceptualización del mismo. El hombre es lo que es gracias a sus limitaciones porque tiene que elegir lo que puede ser (Zubiri, 1941). Ante cualquier elección hay una pérdida y una reacción emocional asociada. Ésta ha sido tan descrita que casi incluye cualquier síntoma dentro de lo psíquico incluida la no sintomatología (podemos llamarle duelo demorado, retardado, latente o encubierto). Esta torpe definición del duelo normal tiene escasas repercusiones en la práctica clínica, ya que si todo es o puede ser duelo, nada lo es. Foucault (1983) reflexionó sobre el duelo patológico, comentando que si el duelo anormal se nombra porque dura demasiado (prolongado, crónico) o porque dura poco (abreviado, ausente), o es excesivamente expresivo (exagerado, distorsionado, disruptivo, complicado) o no lo bastante (ausente, inhibido, retrasado, negado), no es fácil imaginar qué es el duelo normal o no complicado. Nuestra reflexión es análoga a la de Foucault respecto a la normalidad y al duelo no complicado, es difícil imaginar qué es la ausencia de duelo en este mundo de pérdidas.

Esta breve revisión y reflexión sobre la postura psicoanalítica y constructivista social sobre los procesos de duelo señalan las posibles reacciones del paciente y sus familiares ante la aparición de la enfermedad crónica. No es una cuestión baladí estudiar las reacciones de los profesionales con batas blancas ante los duelos. En el recurrente triángulo asistencial (paciente, familia y profesionales), las reacciones de estos últimos ante las pérdidas de los otros han sido claramente olvidadas. La experiencia clínica nos señala que éstas están en primera línea y afectan de forma directa al cuidado del paciente. Son habituales los sentimientos de culpa, negación, búsqueda de alternativas, reacciones maniformes, depresivas y progresiva aceptación de la pérdida y/o de las dificultades en la asistencia cuando se considera como el éxito únicamente la remisión de la patología. Los siguientes mitos sobre el duelo afectan directamente a las intervenciones de los profesionales en los servicios asistenciales y a la relación cotidiana de los familiares con el paciente (Wortman & Silver, 1989):

- Las emociones positivas estén ausentes
- La no aparición de afectos dolorosos es indicadora de problemas
- La culminación con éxito del proceso requiere una elaboración
- El mantenimiento del apego a lo perdido es algo patológico
- El sujeto se recupera de la pérdida en uno o dos años

El elevado potencial iatrogénico que tienen las actividades que realizamos los profesionales que trabajamos con este tipo de personas invita a una profunda reflexión sobre los alarmismos, mitos y patologizaciones que se hacen de las reacciones de duelo, tan antiguas como el hombre. Intervenciones a destiempo, desconocimiento sobre las reacciones emocionales normales de duelo y la propia angustia del terapeuta pueden hacer señalar como anormales reacciones adaptativas y facilitar la aparición de complicaciones en estos procesos de elaboración.

El trabajo con personas que están elaborando el duelo se puede planificar con diferentes niveles de aplicación e involucración tal y como defienden Worden (2000) y Fernández-Liria, Rodríguez y Diéguez (2004). Éstos últimos contemplan tres niveles de actuación:

El primero sería un proceso facilitador de la elaboración de duelo. A partir de los conocimientos sobre el desarrollo del mismo, el objetivo es dejar espacios y tiempos y no entorpecer las reacciones emocionales que tenga el sujeto. Esto incluye una labor docente y de divulgación con las personas que trabajan y conviven alrededor de la misma así como los profesionales sanitarios y no sanitarios que acostumbran estar cerca de estas personas. Esta primera fase sería, entonces, escasamente directiva, manteniendo una distancia respetuosa respecto a los procesos emocionales que está pasando la persona.

La segunda fase de intervención incluye el counselling, realizado por un profesional que mantiene una relación de ayuda con el paciente, no siendo necesariamente del equipo de Salud Mental. El enfoque sigue siendo poco directivo, con un contexto colaborativo en la construcción de indicaciones, ayudas instrumentales y reacciones emocionales adecuadas, en un sentido amplio, al contexto.

La última fase es la terapia de duelo, se lleva a cabo cuando este proceso ha provocado problemas de salud mental graves que recibirían atención independientemente de su origen. También se emplea cuando la intervención de segundo nivel no es efectiva y desencadena reacciones inesperadas.

Por todo lo expuesto anteriormente, creemos que el principal objetivo del psicólogo clínico es el diseño de contextos para que el paciente y sus familiares puedan desarrollar sus procesos de duelo. Estos contextos se caracterizan por el respeto hacia los dolientes, facilitando espacios y tiempos para que se desarrollen los procesos emocionales generales del duelo y particulares de la familia, incluyendo la intervención con los profesionales y los gestores para que sus actuaciones vayan dirigidas a este fin. Para llegar a este objetivo los primeros contactos se deben caracterizar por la educación, el respeto y la empatía, adoptando una postura “down” que le permitirá al clínico evaluar de manera adecuada los modos de adaptación del sujeto y realizar las primeras intervenciones desde este marco. El respeto hacia los procesos de duelo de la familia, la prudencia, la cercanía y la atribución de la capacidad de ayuda, le permite al psicólogo clínico establecer una relación terapéutica adecuada con el paciente y la familia, que facilitará una intervención más directiva si el proceso de duelo se complica. Evitar, por ello, el intervencionismo superfluo y iatrogénico es una premisa básica.

5. Familia

El tipo de enfermedad y la fase temporal en la que se encuentra influye de forma decisiva en los procesos de adaptación de la familia al mismo. Para una mejor claridad expositiva, comentaremos cuestiones relacionadas con la enfermedad y a continuación, aspectos claves a tener en cuenta en la convivencia de la familia con la enfermedad crónica (gráfico 2).

GRÁFICO 2: Tipos de enfermedad y puntos claves en la familia para la adaptación a la misma

ENFERMEDAD	FAMILIA
Tipo de enfermedad	Aspectos organizativos
	Procesos de comunicación
Fase de enfermedad	Ciclo de vida familiar
	Sistema de creencias

5.1. Tipos de enfermedades

Las enfermedades cursan de tres maneras: progresivamente, por recaídas y de forma constante.

Las enfermedades progresivas (Alzheimer) requieren cambios permanentes y cuidados cada vez mayores. Se ven

como problemas sin fin y suelen provocar la saturación en los cuidadores. Conviven con el deseo (habitualmente no explícito) de muerte del enfermo. El sentimiento de pérdida de control puede ser de los más debilitantes para la familia y llevar al descontrol o a la inmovilidad. Podrían ser intervenciones adecuadas normalizar el deseo de muerte (evitar ciclos de culpabilización y vergüenza) y aportar sentimiento de control en alguno de los campos.

La enfermedad por recaídas (esclerosis múltiple), demandan una gran flexibilidad al medio cuidador. Se mueven entre los periodos de relativa escasez de cuidados y la incertidumbre ante la aparición de la siguiente crisis.

Las enfermedades de curso constante (lesión medular) se caracterizan por tener un primer periodo de crisis que tiene como consecuencia un déficit residual. La persona y la familia se ajustan al mismo y no hay grandes cambios en el futuro. La saturación de los cuidadores estará en función, en gran medida, del grado de déficit que tenga el sujeto tras la crisis inicial.

Las enfermedades también se pueden clasificar en función del momento de la aparición de la enfermedad o el primer episodio de la misma. En el caso de que sea aguda, las demandas que tiene la familia son más de tipo intervencionista y centrada en el problema (además de las emocionales). En el caso de que el inicio sea insidioso o de anuncio temprano (aparición tardía, Huntington), la familia se enfrentará a tareas de tipo emocional y probables procesos de negación asociados a la misma.

Además del curso, hay que tener en cuenta que los signos y síntomas característicos de la enfermedad determinarán la forma de adaptación de la familia y el sujeto ante la misma. Una de las principales dicotomías en este campo es entre la discapacidad física y cognoscitiva. Por ejemplo, en pacientes con daño cerebral adquirido, la familia puede tener que afrontar una adaptación a unas nuevas condiciones con diferentes características de personalidad del sujeto. Die Trill (2000) habla de "muerte parcial" y Johnson y McCown (2001) de "extrañamiento" para referirse a ese proceso de cambio, al hecho de que el sujeto se comporta de forma distinta a como lo hacía antes de la lesión.

5.2. Fases temporales de la enfermedad

Una enfermedad crónica pasa por tres fases temporales (Rolland, 1984): crisis, crónica y terminal.

La fase de crisis es de la de mayor vulnerabilidad e incertidumbre, los miembros de la familia buscan formas de reafirmar el control. Es este un periodo de una fuerte asimetría entre los servicios médicos y la familia, quedando ésta en

un plano secundario y pasivo difícilmente soportable. Una intervención terapéutica sería llenar de dominio y capacidad a la familia que lo demande en aquellas áreas en las que lo puedan hacer. Se deben indagar los sistemas de creencias de la familia en torno a la cronicidad y a la condición del sujeto en ese momento. Concepciones diferentes sobre esto puede llevar a planes contrapuestos a los de los profesionales, lo que generará tensiones y un negativo comienzo de una relación terapéutica que se extenderá en el tiempo. El momento de aceptar la permanencia es cuando el duelo es más intenso, la pérdida se hace patente entonces.

En la fase crónica, la familia suele adoptar el rol cuidador, quedando los servicios sanitarios en un segundo plano. La tarea de la familia es procurar llevar una vida normal en unas condiciones anormales. La progresiva vuelta al domicilio y el enfrentamiento con la vida anterior en nuevas condiciones suele agudizar el proceso emocional del duelo del paciente, frustrando, en ocasiones, a la familia y generando tensiones entre ambos.

En la fase terminal, la familia vuelve a encontrarse plenamente con los servicios asistenciales, si bien las reglas cambian. No se trabaja para la supervivencia, ni para minimizar la incapacidad sino para que la transición hacia la muerte sea en la mejor de las condiciones. Este cambio de registro puede provocar de nuevo conflictos entre la familia y los sanitarios. El cambio de rol en la relación es evidentemente problemático para la familia pero también lo puede ser para el equipo asistencial, si el criterio de éxito que manejan es la vida.

Hay que tener en cuenta además los periodos de transición entre fases suponen un desafío para la familia. El paso de la crisis a la cronicidad demanda recursos emocionales, organizaciones y logísticos. El cambio al periodo terminal afecta más a lo emocional. Hay un paralelismo entre estas transiciones y la generación de nuevos esquemas según la teoría piagetiana mediante los procesos de asimilación y acomodación.

5.3. Aspectos organizativos y pautas estructurales de la familia

La familia ante la aparición de la enfermedad crónica se ve obligada a una reestructuración de funciones y roles. Estos cambios dependerán del miembro que sea afectado, siendo la adaptabilidad de la familia un elemento clave sobre todo cuando se tratan de enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.

Las familias denominadas disfuncionales se sitúan en los extremos de un continuo de cohesión entre los miembros

(Rolland, 1994). El apego excesivo o el desapego pueden producir situaciones complejas que afectan al bienestar de los miembros y al cuidado del sujeto.

En la ULM el apego excesivo o sobreprotección afecta al paciente directamente en las tareas de rehabilitación y produce conflictos con las personas de bata blanca. Inhibe el desarrollo del sujeto en tareas destinadas a incrementar su autonomía y facilita la confusión de roles asistenciales en la estructura hospitalaria. Éste suele ser uno de los aspectos que más trabaja el psicólogo clínico, se debe explorar la relación previa del cuidador con el paciente, las creencias de la familia en torno a la enfermedad y los posibles sentimientos de culpa de la familia, culpa que se subsanaría con la entrega sin límites siguiendo la regla de que más es mejor. Enfoques como el de cuidar al cuidador o el empleo del lenguaje presuposicional son habitualmente empleados, siendo las estrategias confrontativas escasamente útiles.

El desapego en la ULM incrementa el trabajo de auxiliares de enfermería y trabajadores sociales, dificultando el paso de la fase aguda a la crónica.

5.4. Procesos de comunicación

En las familias que se enfrentan a las enfermedades crónicas, la comunicación que se deja sin aclarar o resolver tiene consecuencias patológicas (Rolland, 1994). Watzlawick, Beavin Bavelas y Don Jackson en "Teoría de la comunicación humana" (1967) señalan que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. La ocultación, distorsión o administración de la información por parte de la familia al paciente, además de ser ilegal si éste supera los 16 años y quiere disponer de ella, diseña un nuevo mapa en las relaciones familiares en el que al paciente se le infantiliza, se le considera incapaz o se le sobreprotege. Además de la ausencia de contenidos, este manejo de la información configura las nuevas relaciones familiares.

Las enfermedades crónicas incrementan el riesgo de triangulación, en particular cuando ya existen situaciones conflictivas sin resolver. Estos triángulos se caracterizan por la ruptura de las fronteras generacionales en una coalición encubierta entre un progenitor y el niño contra el otro progenitor o, en términos trigeneracionales, de un abuelo y su nieto contra un progenitor sin pareja. La aparición de los cambios o la exacerbación de las mencionadas pautas comunicacionales tienen su impacto directo (o son consecuencia) en aspectos organizativos y estructurales de la familia, facilitando la aparición de roles rígidos en los que un niño

puede asumir, prematura y constantemente, funciones parentales.

5.5. Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar

Los ciclos de vida familiar oscilan entre periodos centrípetos y centrífugos (Combrinck-Graham, 1985). Los periodos centrípetos requieren vínculos intensos y momentos de alta cohesión que coinciden con la crianza de los niños y su socialización. Los periodos centrífugos hacen énfasis en el desarrollo de la identidad personal y la autonomía. Un sujeto puede tener periodos centrípetos en su crianza, la crianza de sus hijos y la de sus nietos y periodos centrífugos entre esos momentos.

La aparición de la enfermedad crónica en una familia supone la aparición de un periodo centrípeto. La enfermedad crea presiones para que haya una mayor cohesión entre los miembros de la familia. De manera análoga, la aparición de una enfermedad crónica es similar a la incorporación de un nuevo miembro, supone el comienzo de un proceso de socialización que requiere una alta cohesión familiar (Rolland, 1994).

Si el comienzo de una enfermedad coincide con el inicio de un periodo centrípeto puede desbaratarlo. Un adulto joven afectado por una lesión medular puede verse obligado a abandonar sus planes de independencia y autonomía y volver al domicilio paterno. Su vida centrífuga está en peligro o ya es una quimera. El conflicto entre el sujeto y su familia es muy probable en esta vuelta al domicilio. El objetivo terapéutico sería maximizar, en la medida en que la enfermedad lo permita, los movimientos centrífugos del sujeto. En casos de enfermedades recurrentes como la esclerosis múltiple, se debe trabajar para facilitar la flexibilidad de la familia entre periodos asintomáticos de facilitación de la independencia y los sintomáticos de cohesión, diferenciando cambios permanentes de temporales.

La aparición de la enfermedad crónica en periodo centrípeto puede favorecer la prolongación de este periodo o, en el peor de los casos, el estancamiento de la familia en el mismo. Cuando la atracción centrípeta de la enfermedad y la fase del ciclo de vida coinciden, existe el riesgo de que se amplifiquen mutuamente. Esto puede suceder cuando el doliente es un hijo o cuando es un progenitor en crianza, en este caso la enfermedad supone la pérdida o disminución de la actividad de un progenitor en funciones parentales y una demanda de recursos familiares (escasos), lo que facilita la parentalización de uno de los hijos.

Los periodos centrífugos y centrípetos también se pueden relacionar con las fases de la enfermedad anteriormente comentadas. Los periodos de crisis y terminales ejercerán mayor fuerza centrípeta mientras que los crónicos, en función de la tipología de la enfermedad y la amplitud de la discapacidad asociada, ayudan a un movimiento centrífugo.

5.6. Sistema de creencias

Las experiencias, directas o vicarias, de una familia en torno a la enfermedad crónica articularán el sistema de creencias que tengan en torno a la misma. Éste incluye cuestiones propias de la misma, como causas, intervenciones y mortalidad, y también aspectos colaterales relacionados con el afrontamiento, como las reacciones emocionales aceptadas o la organización de la familia en el cuidado del doliente. El trato de la enfermedad crónica en contextos asistenciales puede chocar con el sistema de creencias que tenga la familia en torno a la misma. Así puede haber diferencias en torno a la atribución de causas, reacciones emocionales y sobre todo intervenciones, pronóstico y muerte. Capítulo aparte merecen otras consideraciones como la tolerancia a ambigüedad, la incertidumbre o la espera. El mayor o menor ajuste del sistema de creencias de la familia con el del contexto asistencial determinará la relación entre ambos. Los profesionales deben explorar éste para conocer el motivo de las posibles divergencias y conflictos, teniendo en cuenta que la realidad médica puede chocar contra alguna de las creencias, implícitas o explícitas, arraigadas en la familia y que el cambio de éstas precisa de unos tiempos, siempre inferior, por otro lado, al cambio de las creencias de los contextos asistenciales.

Los sistemas de creencias de las familias se pueden situar en un continuo de explicación de la enfermedad. Los extremos del continuo serían aquellas que internalizan y las que externalizan las causas de la enfermedad y, por ende, los medios para afrontarla.

Las familias internalizantes hacen énfasis en los factores psicosociales como causantes de la enfermedad. Como consecuencia la cura está completamente en manos del sujeto. Aquí entra de lleno la fuerza de voluntad para superar la enfermedad crónica. Los mensajes combativos contra la enfermedad crónica, especialmente contra el cáncer, son comunes en la calle. La sociedad del Just Do It! (simplemente hazlo) fomenta la visión del sujeto como omnipotente, el esfuerzo todo lo puede, incluso para superar aquello que no está en su mano. Mensajes que pueden motivar al paciente pero también culpabilizarlo ante la incapacidad de realizar lo que le demandan. Además de estar enfermos pueden sentirse

culpables. Estos mensajes se tienen que administrar adecuadamente desde los profesionales de las batas blancas, revisar las propias creencias en torno a la enfermedad y no enviar mensajes culpabilizadores y/o iatrogénicos.

Las familias del extremo externalizante dan demasiado poder al destino e inician duelos prematuramente. De esta manera se desligan de la atención del paciente, ya que la consideran poco efectiva y con escaso impacto en su evolución. Su afrontamiento deja de lado el problema y se centra en la emoción, tomando decisiones al respecto antes de que los datos médicos sean definitivos.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- BOWLBY, J. (1985). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- COMBRINCK-GRAHAM, L. (1985). A developmental model for family systems. *Family Process* (24), 143.
- COSTA, M. J., & LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- DIE TRILL, M. (2000). Abordaje de los problemas psicológicos durante la enfermedad terminal. En E. López Imedio, *Enfermería en cuidados paliativos* (págs. 211-19). Madrid: Panamericana.
- FERNÁNDEZ-LIRIA, A., RODRÍGUEZ VEGA, B., & DIÉGUEZ PORRES, M. (2004). Intervenciones sobre duelo. En P. Pérez-Sales, *Psicoterapia de Respuestas Traumáticas Vol.2* (págs. 113-42). Madrid: Escosura Producciones.
- FOUCAULT, M. (1983). *El discurso del poder*. México DF: Folios.
- FRANK, R. G., KASHANI, J. H., WONDERLICH, S. A., LISING, A., & VISOT, L. R. (1985). Depression and adrenal function in spinal cord injury. *American Journal of Psychiatry*, 142 (2), 252-3.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y Melancolía. Obras Completas Volumen XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GALVIN, L. R., & GODFREY, H. P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39 (12), 615-27.
- HANCOCK, K. M., CRAIG, A. R., DICKSON, H. G., CHANG, E., & MARTIN, J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia*, 31 (6), 349-57.
- JOHNSON, J., & MCCOWN, W. (2001). *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración desde la neuropsicología y la terapia familiar*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- LEY 41/2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274. 15 de Noviembre de 2002. 40126-31
- LINDEMANN, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. 1944. *American Journal of Psychiatry*, 151 (6 Suppl), 155-60.

- NEIMEYER, R. A. (2000). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- PÉREZ-SALES, P. (2000). Duelo: una perspectiva transcultural. Más allá del rito: la construcción del sentimiento de dolor. *Psiquiatría Pública*, 12 (3), 259-71.
- ROLLAND, J. S. (1994). *Families, illness and disability*. Nueva York: Basic Books.
- ROLLAND, J. S. (1984). Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family Systems Medicine*, 2, 154.
- WATZLAWICK, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, paradojas y patología*. Barcelona: Herder.
- WORDEN, J. W. (2000). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. Nueva York: Springer.
- WORTMAN, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-57.
- ZUBIRI, X. (1941). Prólogo. En J. Marías, *Historia de la filosofía* (págs. xxiii-xxxii). Madrid: Alianza.

Programa de evaluación neuropsicológica del H. de Oza – Complejo Hospitalario de A Coruña



Javier Sardiña Agra

Psicólogo Clínico
Complejo Hospitalario Universitario
A Coruña

Introducción

Como todos los días María de 68 años se despierta al sonar el despertador de su mesilla. Después de darle los buenos días a su marido, éste la mira con una expresión inicialmente de extrañeza y después de terror: ella no comprende lo que él le dice (es como si hablase en otro idioma), piensa que le está tomando el pelo como siempre. Nota que “algo va mal” cuando se mira al espejo: su brazo cuelga del hombro y no le obedece, su boca está torcida y tiene un ojo cerrado. Recuerda que la subieron a la ambulancia y el sonido de la sirena; después despertó en la sala de la Unidad de cuidados intensivos.

José de 18 años conducía su coche a las cuatro de la mañana de vuelta de su trabajo. La rueda delantera derecha de su coche sufrió un reventón y se fue directo contra el muro de cierre de una finca. La guardia civil avisó a sus padres a las seis de la mañana, para decirles que su hijo había sufrido un accidente y lo habían trasladado al hospital. Después de varias horas de intervención el cirujano les explica que la situación es crítica y que se preparen para lo peor. Hoy, seis meses después, está todavía ingresado en el servicio de Rehabilitación, ya reconoce a sus familiares, pero todavía le cuesta acordarse de la fecha y de dónde se encuentra.

Estos casos son ejemplos de lo que se conoce como Daño Cerebral Adquirido, para diferenciarlo de aquel tipo de daño cerebral que tiene origen en un proceso degenerativo.

Este daño alterará la forma de sentir, percibir, recordar, comunicarse y razonar de estas personas, para algunas, de forma transitoria y para otros, de forma permanente.

El daño cerebral pondrá a prueba los recursos personales, familiares y sociales del paciente; en los casos más graves modificará las expectativas vitales de todo su núcleo socio-familiar. También supondrá un desafío para nuestras intervenciones sanitarias basadas teóricamente en un paradigma bio-psico-social, y con las que todavía no somos capaces de dar una respuesta adecuada e integral a estos pacientes, como muchas de las asociaciones de afectados viene denunciando desde hace años.

Tras una lesión cerebral como las que hemos relatado y para llegar a conocer qué funciones se han visto afectadas, es necesario realizar una evaluación neuropsicológica. Una evaluación neuropsicológica eficaz puede ayudar a comprender cómo la lesión ha afectado al pensamiento y a la conducta de la persona. ¿Puede concentrarse lo suficiente para realizar una tarea?, ¿Durante cuánto tiempo?, ¿Qué condiciones de

trabajo facilitan su mejor rendimiento?, ¿Puede comprender información hablada o escrita?

La evaluación neuropsicológica

Muriel Lezak (1995) señala que hay dos reglas que nunca deben romperse en la valoración neuropsicológica: 1ª *tratar a cada paciente como un individuo*, 2ª *pensar en lo que estás haciendo*.

La evaluación es un proceso clínico, en el cual la información debe integrarse en un modelo explicativo y comprensivo; este modelo debe incluir y adaptarse al objetivo de la evaluación (tabla 1). La valoración neuropsicológica no puede reducirse a la aplicación de una batería en busca de un número o un “perfil”, ya que en la práctica es fácil encontrarse con pacientes que presentan un rendimiento normal e incluso excelente en los tests que les aplicamos y al mismo tiempo sus familiares nos señalan que en su vida cotidiana tiene graves alteraciones o, también lo contrario, personas con bajos rendimientos en las pruebas y que mantienen un buen nivel de adaptación en su vida diaria.

TABLA 1. Objetivos de la evaluación neuropsicológica

Definir perfiles clínicos que caracterizan a diferentes tipos de patologías que cursan con deterioro cognitivo.
Contribuir al establecimiento de un diagnóstico más preciso.
Contribuir en el programa de rehabilitación individualizado.
Determinar y objetivar los progresos de cada paciente y la eficacia de las intervenciones.
Identificar factores de pronóstico.
Verificación de hipótesis sobre las relaciones entre el cerebro y la conducta.

(Céspedes y Tirapu, 2001)

Proceso general de la evaluación neuropsicológica

Toda evaluación implica una comparación. En la evaluación con pruebas neuropsicológicas la comparación puede realizarse de dos formas, dependiendo de cómo se obtenga la información:

- **Normativa.** Usaremos tests y pruebas estandarizadas en las que conocemos la distribución de puntuaciones de la población a la que pertenece el sujeto. Este método tiene como punto débil partir de la presunción de situar con

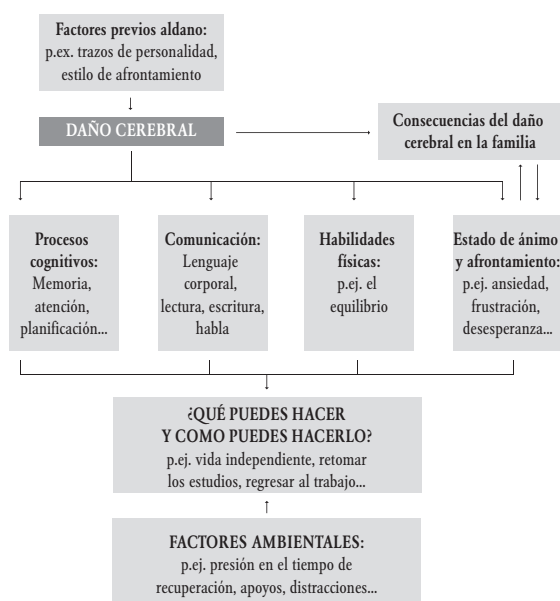
un rendimiento previo al daño cerebral del paciente en la “media” de la población y con mínimas diferencias en su capacidad en diferentes funciones cognitivas.

- **Individualizada.** Compara el rendimiento actual del paciente con su propio rendimiento previo. Deberemos averiguar qué tipo de tareas realizaba y como era su desempeño en las mismas (en sus estudios, trabajo, aficiones...). La necesidad de realizar un nivel elevado de inferencia sobre sus capacidades previas es la “debilidad” de este enfoque.

Una forma óptima de realizar la evaluación neuropsicológica es poder establecer ambos tipos de comparaciones, y comprobar si existe una “convergencia” en los datos que provienen de las diferentes pruebas aplicadas.

Pero, como ya hemos dicho, el proceso no termina con unos datos de pruebas o tests, sino que debemos buscar la convergencia y congruencia de toda la información de la que disponemos: información aportada por el propio paciente, pruebas de neuroimagen, pruebas neurofisiológicas, información de los profesionales sanitarios, de los familiares... Un buen esquema de integración de la información para comprender el daño cerebral es el utilizado en el Centro Oliver Zangwill de rehabilitación (tabla 2). Más adelante detallaremos como realizamos este proceso de investigación en nuestro programa.

TABLA 2. Esquema del Centro de Rehabilitación Oliver Zangwill



Programa de evaluación neuropsicológica de Oza

Los psicólogos clínicos de los diferentes Servicios y Unidades de Salud Mental se vienen ocupando de dar respuestas a las peticiones de evaluaciones de tipo psicométrico y de estimación del CI. En los últimos años hemos observado que llegan cada vez más peticiones de evaluaciones cognitivas realizadas desde los propios Servicios de Salud Mental y de otros como Neurología, Neurocirugía o Rehabilitación y en las que se solicitaban estimaciones de deterioro, cuestiones de pronóstico en programas de rehabilitación, determinación de secuelas cognitivas, ayudas en el diagnóstico de cuadros de deterioro, etc...

En el Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, se consideró que centralizar las evaluaciones cognitivas y neuropsicológicas en un único dispositivo podía aliviar la presión asistencial en las Unidades de Salud Mental, y por otro lado, podía dar una respuesta "más protocolizada" y homogénea a las peticiones de otros servicios clínicos del Complejo Hospitalario (principalmente al Servicio de Rehabilitación y al Servicio de Neurología).

En mayo de 2006 comenzamos con la actividad del Programa de Evaluación Neuropsicológica. Este Programa está incluido en las actividades de la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace (Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario de A Coruña). Tiene como gran limitación que el trabajo de programa solo se realiza un día a la semana, aunque como se verá a continuación somos ambiciosos en lo que queremos conseguir con nuestra actividad.

La actividad de este programa de evaluación se divide en evaluaciones a pacientes ambulatorios y a pacientes hospitalizados, casi al 50%. Otras actividades también asumidas por el programa son la actividad *investigadora* y la labor docente, como dispositivo incluido en la rotación de los residentes de psicología clínica en el área de A Coruña, y en la que también existe una plaza para prácticum de la facultad de Psicología de Santiago de Compostela.

Evaluación de pacientes hospitalizados

El 90% de los pacientes hospitalizados que hemos evaluado se encontraban ingresados en el Servicio de Rehabilitación; el 10% restante se distribuía entre el Servicio de Neurología y el Servicio de Cuidados Continuados. El realizar la mayor parte de nuestro trabajo con el servicio de Rehabilitación nos permite subrayar que en la evaluación no solo debe establecerse el déficit existente sino también indicar aquellas

capacidades y funciones preservadas, así como el potencial de desarrollo y adaptación.

Anteriormente hemos dejado señalado que entendemos la evaluación como un proceso de investigación clínica. Para esta investigación y para llegar a la elaboración de un modelo explicativo es necesario comenzar por la búsqueda de la información. Distinguimos las siguientes fuentes de datos:

- El tipo de etiología del daño cerebral
- La observación del paciente:
- Las entrevistas al paciente.
- La aplicación de pruebas.
- Los familiares o allegados.

Etiología del daño cerebral y sus secuelas

El conocimiento de la anatomía, fisiología cerebral, y distribución de funciones cognitivas es fundamental para permitarnos elaborar una primera hipótesis de estudio y guiar los primeros pasos en la evaluación. Retomando los casos expuestos en la introducción, que dan cuenta de las patologías más frecuentes que nos hemos encontrado en los pacientes que llevamos evaluados a nivel hospitalario:

José fue diagnosticado de **Traumatismo craneo encefálico (desde ahora TCE) grave**. Un 45% de los pacientes que hemos evaluado tenían daño cerebral producido por TCE (en un proporción hombre:mujer de 7:3). En estos casos es importante tener en cuenta variables como la zona del impacto (frontal o lateral) y el nivel de desaceleración (en el caso de los accidentes de tráfico ésta es muy fuerte). A nivel cerebral se suele observar contusión cortical (principalmente, en polos frontales y temporales), lesión axonal difusa (originada por el proceso de desaceleración brusca) y hemorragias intracraniales. De estos pacientes esperaremos que tengan graves problemas atencionales y de fatiga, variaciones importantes en la atención a lo largo del día, disminución de la capacidad de aprendizaje, lentitud en el procesamiento de la información, problemas de memoria, problemas en la planificación y resolución de problemas, y poca conciencia de sus déficit. Es frecuente la aparición de cambios sustanciales en sus rasgos de personalidad, con mayor tendencia a la agresividad, desinhibición, tendencia al aislamiento, apatía y falta de iniciativa.

El juicio clínico realizado a María fue el de **Accidente cerebro vascular (desde ahora ACV) de tipo isquémico en la arteria cerebral media izquierda**; dependiendo de la duración de la isquemia y del territorio comprendido podemos esperar problemas afásicos (que pueden ir desde la afasia global a la afasia nominal, pasando por la de Wernicke o Broca), apraxia

ideomotriz, Síndrome de Gerstmann y alteraciones emocionales (labilidad pronunciada, tendencia a la irritabilidad, tristeza, fácil emocionalidad).

En estos casos (TCE y ACV) es frecuente que haya existido un período de coma; el estudio de la duración y profundidad de dicho período también es una variable que suele relacionarse con la velocidad de mejoría durante los meses siguientes al “despertar”. También lo es en el TCE la duración del período de amnesia anterógrada del paciente.

Observación del paciente

Usualmente realizamos nuestro primer contacto con el paciente en la planta de Rehabilitación. En los primeros días los pacientes suelen presentar una grave alteración atencional y una amnesia anterógrada muy pronunciada.

Observación a través de las entrevistas

Las primeras visitas al paciente suelen ser breves ya que, debido a los problemas físicos y atencionales que sufren, es fácil que se cansen. En estas primeras entrevistas nos presentamos al paciente y dirigimos la conversación con preguntas cortas y concretas, fijándonos en las respuestas del sujeto por sí, además de la alteración atencional, podemos distinguir algún síntoma relacionado el tipo de daño y con lo esperable del mismo. Al mismo tiempo aprovechamos para contactar con los familiares y comenzar a recabar información sobre el paciente (ver punto siguiente).

Cuando el paciente recupera un nivel de vigilia más estable podemos empezar a realizar una evaluación cualitativa con mayor profundidad. Aunque normalmente las mejorías atencionales suelen ser palpables casi día a día, esta evolución suelen darse como en pequeños “saltos”, más que una mejoría constante y paulatina.

En ese momento las alteraciones cognitivas que solemos encontrarnos son lentitud en la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones atencionales (en mantenimiento, flexibilidad y atención dividida), amnesia, dificultad en el razonamiento abstracto, y baja conciencia del déficit. Suele ser un momento en el que todavía no podemos realizar pruebas específicas sobre funciones concretas y solemos centrarnos en cuestiones relativas a la orientación (tiempo/espacio/persona), órdenes cada vez más complejas, aprendizaje de series, preguntas sobre el conocimiento de su familia, información semántica y memoria autobiográfica.

Observación durante la aplicación de las pruebas

Partimos de la idea que la mejor forma de evaluación neuropsicológica es la observación directa del comportamien-

to de la persona. La aplicación de tests y pruebas permiten sistematizar la observación del sujeto: al colocar al sujeto en condiciones especiales podemos relacionar la alteración cerebral con su conducta, y realizar inferencias sobre los procesos cognitivos implicados.

En cada caso seleccionamos las pruebas y test para un plan individualizado de evaluación. Si queremos monitorizar la evolución del paciente deberemos repetir las evaluaciones, así como contar con pruebas que sean sensibles a los cambios que se van a producir durante la recuperación del paciente en su paso hospitalario. Para evitar el sesgo de aprendizaje (debido a la presentación repetida del mismo material) es importante disponer de pruebas como el Test conductual de memoria Rivermead, que tiene 4 versiones paralelas. En otras ocasiones podemos utilizar pruebas que tienen versiones diferentes: por ejemplo, si tenemos interés en observar la evolución en la capacidad de aprendizaje verbal podemos usar en un momento el “Test audioverbal de Rey”, en otro el “Aprendizaje de palabras” del PIEN y en un tercero la “Lista de palabras” del WMS-III.

En la mayor parte de las ocasiones deberemos ser flexibles y ajustar las entrevistas y las pruebas a alteraciones en el paciente como las siguientes:

- Déficit atencional y fatiga
- Problemas de memoria
- Dificultades motoras
- Síndromes afásicos que dificultan la comprensión
- Déficit motivacional
- Depresión y frustración

Para la selección de tests y pruebas son de gran ayuda manuales como el de Lezak (2004) o el de Strauss, Sherman y Spreen (2006).

Siempre que nos es posible, tratamos de evaluar de forma más amplia a los pacientes durante su hospitalización y así, en el momento del alta hospitalaria, poder dar información sobre la evolución y el estado de las principales funciones cognitivas (ver tabla 3).

Para este tipo de evaluación, y para realizar las evaluaciones de seguimiento, seleccionamos diferentes pruebas a modo de protocolo. La selección de pruebas y su procedencia, así como el orden de aplicación, se indican en la tabla 4. Con este protocolo realizamos un seguimiento en tres momentos: al alta hospitalaria, a los seis meses, y a los 18 meses después del alta hospitalaria. La evaluación nos permitirá conocer de forma adecuada la evolución del paciente, pero también obte-

ner nuestros propios datos sobre la evolución de determinados tipos de daño cerebral.

TABLA 3. Velocidad de procesamiento de la información

Atención: “Fijación atencional”, “amplitud atencional”, “flexibilidad atencional”, “atención dividida”.
Memoria y- Aprendizaje: “Memoria a Corto Plazo”, “Memoria de Trabajo”, tanto auditivo-verbal, como visual. Procesos de memoria semántica y de memoria procedimental. La “memoria autobiográfica”
Comunicación - Lenguaje: Comunicación no verbal, para-verbal. Lenguaje expresivo y comprensivo.
Funciones ejecutivas: Estas funciones son las encargadas de elaboración de planes comportamentales complejos, realizando entre otras actividades: El mantenimiento de la atención durante la resolución de problemas / La rectificación de errores, / El posible cambio de estrategia para la consecución de objetivos si se observa un rendimiento deficitario.

TABLA 4.

Textos I (WMS-II)
Caras I (WMS-II)
Lista de palabras I (WMS-II)
Clave de números – codificación (WAIS-III)
CTMT
FAB
Dígitos directos e inversos (WMS-II)
Localización espacial (WMS-II)
Textos II (WMS-II)
Caras II (WMS-II)
Lista de palabras II (WMS-II)
Clave de números – copia (WAIS-III)
Discriminación visual de figuras de Benton

Para la selección de las pruebas que incluimos en nuestro protocolo hemos usado los siguientes criterios:

- Ser eficiente para obtener información básica de las principales funciones cognitivas.
- La frecuencia del tipo de problemas sobre los que nos iban a demandar respuestas (principalmente problemas atencionales, de memoria y de funciones ejecutivas)

- Que las pruebas estuviesen estandarizadas con la población de referencia más cercana posible.
- Que no llevase mucho tiempo su aplicación y que se pudiese aplicar en una sola entrevista.
- Que fuesen pruebas que tuviesen un buen arraigo en la comunidad de profesionales de la neuropsicología; para facilitar el seguimiento de los pacientes por parte de otros profesionales.

Hemos escogido una gran parte de pruebas de la Escala de Memoria de Wechsler III (WMS-III) debido a la alta frecuencia de problemas de memoria que íbamos a evaluar, a la reciente publicación de la Escala, y al buen rango de edad (16 a más de 74 años). Además en nuestro protocolo mantenemos los intervalos entre pruebas (entre Textos I y Textos II, Caras I y Caras II, y Lista de palabras) que nos permiten también contar con un buen número de índices de la Escala. Las pruebas seleccionadas de la Escala de Memoria de Wechsler – III son: Textos, Caras, Lista de palabras, Dígitos y Localización espacial.

De la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS-III) las pruebas de Clave de números (tanto codificación como copia). De las pruebas de Benton, seleccionamos la de Discriminación Visual de Figuras (Rey y Sivan, 1995). Además incluimos la Batería neuropsicológica de evaluación de funciones frontales FAB (Dubois et al, 2000), y el Comprehensive Trail Making Test (CTMT) de Reynolds, C. R. En la tabla 5 se indican las funciones que se pretenden evaluar por cada subtest.

TABLA 5. Relación entre funciones evaluadas y prueba

Textos	Aprendizaje audio verbal de frases
	Aprendizaje audio verbal de temas
Caras	Aprendizaje visual, sensible a déficit en Hemisferio Derecho
Lista de palabras	Efectos de primacía y recencia
	Capacidad de aprendizaje semántico
Clave de números “codificación”	Velocidad de procesamiento
Clave de números “copia”	Velocidad perceptiva y grafomotora
CTMT	Capacidad de rastreo visual
	Heminegligencia
	Atención alternante
	Aprendizaje incidental de estrategias

FAB	Control motor y programación de movimientos voluntarios
	Funciones ejecutivas: capacidad de inhibición
Dígitos orden directo	Memoria auditiva a corto plazo
Localización espacial	Memoria visual a corto plazo
Discriminación visual de figuras de Benton	Atención visual. Sensible a daño cerebral y a la heminegligencia
	En ausencia de afectación atencional evalúa memoria visual y relación espacial (Hemisferio derecho posterior)

Esta selección de pruebas también nos permite realizar diferentes comparaciones entre los resultados de los tests. La comparación nos permite un mejor análisis de procesos cognitivos; sin intención de realizar un análisis pormenorizado señalamos las principales comparaciones posibles entre los tests del protocolo:

- La comparación en el rendimiento entre “Textos” y “Lista de palabras” nos permite realizar inferencias sobre la capacidad del paciente de realizar esquemas conceptuales nuevos.
- La comparación por un lado de “Textos I”, “Caras I”, “Lista de Palabras I”, y por otro de “Textos II”, “Caras II”, “Lista de Palabras II”, nos informa sobre la capacidad de consolidación y la pérdida de información tras tareas de interferencia.
- La comparación entre “Textos” por un lado y “Caras” por el otro, informa de las diferencias entre el procesamiento verbal y el visual. Lo mismo conseguimos realizando una comparación entre “Dígitos” y “Localización espacial” pero en este caso evaluando la Memoria a Corto Plazo y la amplitud atencional.
- Entre Recuerdo de Textos y Reconocimiento de Textos, y entre Recuerdo Lista de palabras y Reconocimiento de Lista de palabras, analizamos el olvido debido a problemas de codificación y almacenamiento, y lo diferenciamos del olvido debido a problemas de recuperación.
- La comparación entre “Clave de números – codificación” y “Clave de números – copia”, nos permite mejorar el análisis de la velocidad de procesamiento y de la memorización de estímulos.

- Se observará que no existen pruebas específicas de evaluación del lenguaje, ya que el propio servicio de Rehabilitación cuenta con médico foniatra y logopedas, que normalmente asumirán problemas de tipo afásico, aunque en ocasiones se nos piden evaluaciones complementarias que incluye evaluación del lenguaje.

Como usamos el protocolo como elemento de filtrado, en bastantes ocasiones debemos realizar evaluaciones más detalladas sobre aspectos atencionales, de memoria, de funciones frontales, o sobre aspectos sensoriales, praxias, comunicacionales o emocionales. En estas evaluaciones más específicas, tratamos de mantener el equilibrio de los datos que provienen de informadores, de nuestra observación directa y de las pruebas.

Familiares y allegados como informantes del paciente

Para realizar la evaluación neuropsicológica debemos obtener información sobre la vida previa del sujeto, su nivel de escolarización y rendimiento académico, la situación laboral alcanzada y tipo de actividades que realizaba, sus hábitos, su nivel de adaptación social... Si no disponemos de este tipo de información no tendrá ninguna validez la interpretación de los resultados que obtengamos en la evaluación al sujeto.

Es posible que nosotros ya estemos acostumbrados al entorno hospitalario, a sus usos y costumbres, e incluso al trabajo con pacientes afectados por daño cerebral, por ello debemos hacer un esfuerzo para recordar que nos acercamos a personas con una capacidad de adaptación y de afrontamiento normal en su vida diaria, pero que se están enfrentando a unas circunstancias especiales (incertidumbre, preocupación por un ser querido, entorno diferente y extraño...).

Es importante hacerles partícipes de que ellos son parte fundamental del trabajo de rehabilitación y del cuidado del paciente; durante nuestras entrevistas con ellos tratamos de:

- Explicarles que la información que se les pide es parte del trabajo de ayuda y rehabilitación,
- Reforzar sus deseos de preguntar y querer resolver dudas, porque facilitará su labor de apoyo y cuidado en el futuro al paciente,
- Darles la oportunidad de recibir apoyo y atención a sus propios problemas emocionales (en ese momento son pocos los familiares que la demandan, pero debemos facilitar que puedan pedirla más adelante...)

Con frecuencia nos encontramos las siguientes reacciones en los familiares:

- **Resistencia a las valoraciones psicológicas;** en ocasiones se ve la evaluación como una medida que fijará ya un estado estable de secuelas, que puedan indicar una “estabilidad” o “estancamiento”. Cuando los familiares están esperanzados con la recuperación total del paciente y no aceptan otra meta, cualquier evaluación puede señalar la presencia de algún déficit que no se pueda recuperar y por lo tanto se puede percibir como una amenaza.
- **Omisión de información “negativa” del paciente.** Tienen a dar una buena imagen del paciente, realizando un relato que selecciona los mejores aspectos previos y evita informar de problemas o elementos considerados negativos del sujeto. Esto genera una tendencia en la evaluación del paciente en la que asignamos todo lo “sintomático/ patológico” que encontramos en la evaluación al daño, y no a elementos premórbidos. Si realizamos una única entrevista al principio de todo el proceso es posible que acabemos estimando como resultado del daño cerebral alteraciones que ya estaban presentes antes del incidente que produjese el daño.

Mantener un contacto fluido con los familiares durante todo el período de la hospitalización es por tanto muy recomendable para el proceso de la evaluación neuropsicológica, y como veremos más adelante, fundamental, para el afrontamiento por parte de la familia, del daño cerebral de uno de sus miembros.

La atención a los familiares de pacientes con daño cerebral

Nuestro contacto con el paciente y su familia se realiza normalmente cuando ya han pasado unas semanas o meses desde el accidente. Podemos entender este momento como una fase post-aguda en el proceso sanitario del enfermo.

En este tiempo las vivencias de la familia durante su estancia en el hospital seguramente se han visto influidas por los siguientes dos aspectos:

● El “recorrido” hospitalario previo

Cuánto tiempo ha pasado el paciente en coma, cuántas operaciones se le han realizado, qué gravedad vital suponían sus heridas, etc. son aspectos que generan un estado de shock a las familiares que acuden al hospital (muchas veces por la noche, aumentando así el dramatismo de la situación). Llegan al hospital, confusión de a quién avisar, dónde está el paciente, no saber a quién deben dirigirse... Los primeros contactos con los médicos. Hemos observado que existe una tendencia a dar, en los primeros mo-

mentos, información muy negativa, inicialmente con el objetivo de “preparar a la familia para lo peor”.

● El entorno hospitalario

Una vez pasado el primer momento, comienza una espera, pero manteniendo la incertidumbre sobre el momento en el que podrá despertar (o no). Adaptación a:

- los horarios y ritmos del hospital.
- al entorno físico.

Son ellos los que deben realizar todo el proceso de adaptación. En un momento en el que prima un nivel elevado de angustia. Esto puede suponer un aumento de desesperanza, cuando, en el mejor de los casos, es un proceso casi de “ensayo y error”.

En este proceso es posible que desde el entorno hospitalario existan respuestas diferentes a diferentes tipos de cuidadores: se refuerza su pasividad y se sanciona al cuidador que defiende los derechos del enfermo.

Afrontando el Daño Cerebral

El daño cerebral supone para la familia una amenaza que supera sus recursos y su capacidad de afrontamiento. La familia percibe este daño como lo sufre uno de sus miembros (atribución interna) y que afecta a todos los roles del paciente (atribución global); si realiza una atribución estable (no se puede hacer nada para cambiar la situación) es muy probable que la familia se sumerja en un estado de indefensión y se pueden inhibir respuestas adaptativas futuras.

A la hora de la intervención de ayuda psicológica a las familias es importante plantearse los siguientes principios (extraídos de Prigatano, 1999):

- El clínico debe comenzar el proceso desde la experiencia subjetiva y fenomenológica del paciente y de la familia para reducir las frustraciones y la confusión para conseguir implicarlos en el proceso de la rehabilitación.
- Las intervenciones psicoterapéuticas son una parte importante de la rehabilitación neuropsicológica porque ayuda a los pacientes y a sus familiares para afrontar las pérdidas sufridas.
- El trabajo con pacientes con alteraciones cognitivas y conductuales, por el daño cerebral sufrido, produce intensas reacciones afectivas tanto en los familiares de los pacientes como en el personal de rehabilitación. Es importante prevenir aquellas reacciones que puedan dificultar el proceso, y en caso de que aparezcan realizar las intervenciones adecuadas para facilitar el mejor el afrontamiento del proceso rehabilitador.

Es cierto que nuestro contacto con la familia se ve caracterizado por una fase de esperanza de la familia, en la que tienen un optimismo exagerado acerca de la recuperación del enfermo y que en ocasiones llega a la negación de ciertos déficit. Es importante poder encaminar a la familia a una percepción más ajustada a la realidad sin que renuncien a la esperanza de mejorías; en las ocasiones en las que simplemente se confronta a la familia con los déficit del paciente, lo que suele hacer la familia es emprender un proceso rehabilitador en “paralelo” al sanitario, y esto tendrá como consecuencia una peor evolución a medio y largo plazo. De la misma forma, dar información sobre el Daño Cerebral es importante, pero en algunas ocasiones estos conocimientos hacen que la familia o el enfermo, por un mecanismo de “intelectualización”, se aleje de su propia realidad.

Nosotros nos fijamos como objetivo psicoterapéutico el devolver la **percepción de control sobre sus vidas**. Consideramos básicas las siguientes recomendaciones para mantener el control en la familia (Muñoz y Tirapu, 2001)

- a) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y solución de problemas que permitan manejar de un modo más eficaz las situaciones de conflicto más frecuentes.
- b) La necesidad de apoyo emocional, la posibilidad de poder compartir sus propias frustraciones y soluciones a los diversos problemas con que se encuentran. Asertividad y capacidad de delegar.
- c) El conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad, tanto a nivel legal como económico o asistencial, que permitan continuar la atención y rehabilitación a estas personas y posibiliten períodos de descanso para los familiares.
- d) El establecimiento de redes sociales y grupos de autoayuda a la comunidad.

Bibliografía

- DUBOIS B, SLACHEVSKY A, LITVAN I, PILLON B. (2000) The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*; 55; 1621-6
- GARCÍA ÁLVAREZ, M. A. (2006). Procesos asistenciales y cuidado a las familias con daño cerebral adquirido. En *Avances de Neuropsicología clínica* (pag.245 a 274). Madrid: Editorial MAPFRE.
- LEZAK, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- MUÑOZ CÉSPEDES, J.M. y TIRAPU USTARROZ, J. (2001) Rehabilitación neuropsicológica. Madrid: Síntesis.
- PRIGATANO, G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Nueva York: Oxford University Press.
- REY, G.J. y SIVAN, A.B. (1995). *Las pruebas de Benton para el Diagnóstico Neuropsicológico*. Iowa City: AJA Associates.
- STRAUSS, E. M. S. SHERMAN, & O. SPREEN. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests* (3ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- TIRAPU USTÁRROZ, J., RIOS LAGO M., MAESTÚ UNTURBE F. (2008). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera editores.
- WECHSLER D. (2004). *Manual técnico de la escala de memoria de Wechsler -III*. Madrid: Tea ediciones.

Intervenciones psicológicas en el proceso del trasplante



Gonzalo Martínez Sande

Psicólogo Clínico
U. P. I. E. – Servicio de Salud Mental
C. H. U. A Coruña

El trasplante de órganos ha experimentado un gran desarrollo en los últimos años. Ha sido con los avances en las terapias inmunosupresoras con lo que ha alcanzado una gran difusión. Hay considerable consenso respecto del gran estrés implicado por la experiencia de trasplante. Debe tenerse en cuenta también que el resultado final del proceso puede dar lugar a una muy amplia gama de condiciones, que puede ir desde una recuperación casi plena de la normalidad, incluyendo desde la posibilidad de reintegración a la vida laboral al cabo de un cierto tiempo hasta situaciones con peculiares elementos de cronicidad, con una variabilidad muy amplia en cuanto a los déficit o incapacidades implicados.

En este trabajo vamos a ordenar la exposición en cuatro momentos o fases el procedimiento de trasplante: la evaluación inicial del candidato y su inclusión en la lista de espera, el periodo preoperatorio de espera, el postoperatorio inmediato (durante el que el paciente está hospitalizado) y el segui-

miento posterior, que incluye el proceso de recuperación en el domicilio. En cada una de estas “fases” las necesidades y problemas que han de afrontar el paciente y su familia son diferentes y, consecuentemente, también han de serlo las intervenciones psicológicas que se planteen en cada etapa del proceso.

1. La evaluación

La evaluación psicosocial tiene como objetivo el seleccionar como candidatos al trasplante a aquellos pacientes que pensamos que en función de presentar ciertas características pueden mantener mejores cuidados en el postoperatorio. Por otro lado, otro de sus objetivos sería el promover la equidad en el acceso a las listas de espera. En función de lo anteriormente señalado uno de los elementos centrales en la evaluación es establecer la presencia o ausencia de los factores asociados al mal cumplimiento de indicaciones o normas mé-

dicas (Kay y Bienenfeld, 1991; Paris et al., 1994; Dew et al., 1996a; Dew et al., 1996b). Hay que tener en cuenta también, en este momento, la presentación y el manejo de las posibles complicaciones psicopatológicas.

1.1. *Objetivos y criterios de la evaluación*

Desde una situación inicial en la que había ciertas diferencias entre los criterios que sostenían los programas de diferentes centros se ha ido evolucionando hasta un importante grado de consenso, como es el existente en la actualidad (Olbrisch y Levenson, 1991; Levenson y Olbrisch, 1993). Se mantiene todavía una cierta discusión en relación a si los factores psicosociales (sin considerar el incumplimiento) deberían considerarse criterios de exclusión absoluta.

Los programas de trasplante de corazón y pulmón suelen ser los que observan criterios más restrictivos en cuanto a la admisión en lista de espera; los programas de hígado y riñón, por el contrario, suelen ser más flexibles. Considerando las listas de criterios publicadas por diferentes programas de trasplante, nos encontramos que los programas de trasplante de corazón y pulmón consideran como posibles criterios de contraindicación la existencia de problemas en el ámbito psicosocial, del cumplimiento con el régimen médico, y la existencia de patología psiquiátrica con psicopatología activa y/o el consumo de sustancias (Millar, 1998; Maurer et al., 1998). Los programas de trasplante de hígado mantienen tan sólo el del abuso de sustancias (Lucey et al., 1998), y los de riñón no consideran esos ámbitos de problemas (Consensus conference on standardized listing criteria for renal transplant candidates, 1998).

Como resumen de los criterios de evaluación psicosocial en el trasplante de órganos se puede señalar (Skotzko y Strouse, 2002) que hay acuerdo en considerar como **contraindicaciones absolutas**: la situación de consumo de sustancias, la presencia de psicosis cuando ésta limita de manera significativa el funcionamiento personal (en el área del consentimiento informado o en el área del cumplimiento), el rechazo del trasplante y/o la presencia de ideación suicida, la existencia de trastorno facticio con síntomas físicos, el no cumplimiento con el sistema de trasplante y la mala disposición a participar en el tratamiento psicoeducativo y psiquiátrico.

Como **contraindicaciones relativas** pueden considerarse: en primer lugar, la existencia de demencia u otra disfunción cerebral, si implica el que no puedan organizarse recursos psicosociales suficientes para supervisar el cumplimiento con la medicación y el régimen médico o si es (el daño cerebral) de un tipo que se sabe que esté relacionado con alto riesgo

de resultado neuropsiquiátrico adverso en el postrasplante (por ejemplo, demencia por alcohol o síndromes del lóbulo frontal); en segundo lugar, la presencia de enfermedad psiquiátrica grave con problemas de tratamiento (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo con riesgo de suicidio, esquizofrenia, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad).

1.2. *El proceso de la evaluación*

Desde siempre se considera que el objetivo final de la evaluación psicosocial del candidato a trasplante es el de poder proporcionar al equipo que va a tomar la decisión respecto de su inclusión o idoneidad información acerca de:

- El nivel previo y actual de la adaptación psicológica, incluyendo una valoración del impacto tanto pasado como presente de la enfermedad cardíaca y del proceso de evaluación del trasplante.
- Identificación de la psicopatología clínicamente significativa, especialmente cuando pueda influir en el cumplimiento y en la comprensión de las experiencias en el perioperatorio y la convalecencia del candidato con la medicación y las complicaciones.
- Valoración de la estabilidad, satisfacción y disponibilidad de apoyo social para el candidato en el pre y postoperatorio.
- Valorar la evaluación que hacen el candidato y la familia de las vicisitudes y los requerimientos de la cirugía de trasplante. (Kay y Bienenfeld, 1991).

En diversas revisiones realizadas (Olbrisch y Levenson, 1991; Levenson y Olbrisch, 1993) se ha encontrado una gran variabilidad entre los diferentes programas de diferentes centros en cuanto a las pruebas utilizadas y el grado de formalización de la evaluación de los candidatos a trasplante.

El PACT (Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation; Olbrisch, Levenson y Hamer, 1989) que, en nuestro uso, es más un “organizador” de la entrevista que un cuestionario a puntuar, nos parece de gran utilidad al permitir estructurar la evaluación de un conjunto de ámbitos que la investigación ha mostrado de relevancia en cuanto a la evolución de los pacientes transplantados. Este instrumento está organizado para la valoración en cuatro áreas, a través de varias subescalas en cada una de ellas: apoyo social (se evalúa la estabilidad y la disponibilidad de la familia o los sistemas de apoyo), salud psicológica (presencia de psicopatología y rasgos estables de personalidad, así como el riesgo psicopatológico), factores ligados al estilo de vida (salubridad del estilo de vida y capacidad para mantener los cambios, uso de drogas y alcohol y grado de cumplimiento con los tratamientos previos) y comprensión del trasplante y el seguimiento (grado de conocimiento y receptividad a la información).

FIG. 1: Evaluación psicosocial de candidatos para trasplante (PACT)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Evaluador: _____

Clasificación inicial de la calidad del candidato

(use las categorías del 1 al 4 sólo para aquellos pacientes que Vd. crea que deben ser aceptados para cirugía)

0	1	2	3	4
Pobre. Cirugía contraindicada	Limite. Aceptable bajo ciertas condiciones	Aceptable, con algunas reservas	Buen candidato	Candidato excelente

I. Apoyo social

a) Estabilidad de la familia o los sistemas de apoyo

1	2	3	4	5
Relaciones muy inestables. Lazos personales débiles	Algunas relaciones estables, pero con algún problema evidente	Estable, relaciones próximas, vínculos fuertes, apoyos saludables	Imposible de clasificar	

b) Disponibilidad de la familia o los sistemas de apoyo

1	2	3	4	5
Sin apoyos disponibles Relaciones inestables	Disponibilidad de apoyos limitada por factores geográficos o emocionales	Acompañando al paciente en el proceso; apoyado emocionalmente	Imposible de clasificar	

II. Salud psicológica

c) Psicopatología, factores estables de personalidad

1	2	3	4	5
Psicopatología activa severa (ej. tr. psicótico tr. personalidad, depresión mayor recurrente)	Problemas moderados de personalidad o de ajuste o afrontamiento (ej. tr. adaptativo)	Bien ajustado	Imposible de clasificar	

d) Riesgo psicopatológico

1	2	3	4	5
Historia de psicopatología mayor familiar o personal	Algún periodo de dificultades de afrontamiento. Sensibilidad psicopatológica a las medicaciones: historia familiar de psicopatología mayor	Sin historia de psicopatología familiar ni personal. Sin periodos de afrontamiento pobre	Imposible de clasificar	

III. Factores del estilo de vida

e) Salubridad del estilo de vida y capacidad para mantener cambios

1	2	3	4	5
Estilo de vida sedentario, problemas mayores de dieta, fumador. Renuente a cambiar	Puede requerir indicaciones para reducir riesgos controlables. Desea cambiar	Cambios importantes y mantenidos en el estilo de vida. Sin factores de riesgo mayores	Imposible de clasificar	

f) Uso de drogas y alcohol

1	2	3	4	5
Dependencia. Renuencia a cambiar	Uso no diario, moderado. Desea uso discontinuo	Abstinencia o raro uso	Imposible de clasificar	

g) Adhesión a tratamientos previos

1	2	3	4	5
Poco implicado, poco interesado, no consulta médicos	Generalmente consulta a los médicos, utiliza remedios reconocidos, adhesión casi adecuada	Consulta a los médicos, atento, conserva informes y sigue las pautas indicadas	Imposible de clasificar	

IV. Grado de comprensión sobre el trasplante y el seguimiento

h) Grado de conocimiento y receptividad a la información

1	2	3	4	5
Ningún conocimiento sobre el proceso, ve el trasplante como una cura; no se hace composición a largo plazo	En general buen entendimiento, con algunas carencias (conocimiento o negociaciones)	Realista, capaz de establecer riesgos y beneficios	Imposible de clasificar	

Clasificación final del grado de idoneidad del candidato

(no haga media de las respuestas anteriores)

0	1	2	3	4
Cirugía contraindicada. Idoneidad pobre	Aceptable bajo ciertas condiciones. Idoneidad límite	Aceptable bajo ciertas condiciones	Buen candidato	Candidato excelente

¿Cuáles de los anteriores elementos contribuyeron con más peso a su calificación final? (Rodee)

a b c d e f g h

Enumere calquera factor que influíra na súa cualificación final diferente dos enumerados no apartado anterior:

Puede considerarse también el uso de test o cuestionarios de ansiedad (STAI) o depresión (BDI, MADRS) o mixtos como el HAD. En el supuesto de que tengamos información respecto de antecedentes de problemas cognitivos (particularmente relevante en el ámbito del trasplante de hígado si existen antecedentes de episodios de encefalopatía) debería valorarse con el MMSE y alguna prueba breve como el CTMT o el Stroop, u otra de características análogas y, en función del resultado, debería organizarse una exploración neuropsicológica más compleja.

Puesto que los trastornos de personalidad se han considerado como uno de los factores vinculados a incumplimiento o mal cumplimiento con tratamientos e indicaciones médicas en general y en el ámbito del trasplante en particular, si en la entrevista vislumbramos la posibilidad de existencia de problemas en ese ámbito sería conveniente profundizar en su estudio, por ejemplo, aplicando algún cuestionario de personalidad (MCMI-III o MMPI-2). Puede considerarse también el uso de algún cuestionario de apoyo social, en cuyo caso sería preferible el uso de aquellos orientados a la evaluación de la utilidad subjetiva, percibida por el paciente, de la red de apoyo.

2. Periodo preoperatorio. La espera

En el periodo preoperatorio los sucesos psiquiátricos más frecuentes son: los trastornos adaptativos, la depresión, la ansiedad y la encefalopatía. Muchos autores consideran que en gran medida la ansiedad y la depresión, de alta prevalencia en esta fase, tienen un componente reactivo a la propia situación. En los candidatos a trasplante de pulmón, durante el periodo de espera, suelen estar muy presentes los trastornos de ansiedad. En estos pacientes, los síntomas de ansiedad no correlacionan con hallazgos objetivos de obstrucciones respiratorias y más bien representan una respuesta catastrófica al cambio percibido en la función pulmonar (Surman, 1999). Si detectamos la existencia de depresión es muy importante considerar su margen de tratabilidad y estar muy atentos a sus implicaciones conductuales. Para aquellos pacientes que han padecido trastornos afectivos en el pasado es importante establecer en qué medida esto ha afectado al cumplimiento con las medicaciones y los tratamientos prescritos.

Esta fase en el procedimiento del trasplante presenta numerosas analogías con la que algunos autores han caracterizado como fase de crisis o de impacto inicial en estudios

acerca de la enfermedad crónica y la familia (Rolland, 1987, 1999; Navarro, 1995, 1998). En este sentido, al mismo tiempo que se explora y se comienza a trabajar con la comunicación intrafamiliar en relación al apoyo social, conviene abordar el tema de la colaboración del paciente y la familia con el equipo de trasplante, dentro del tópico de lo que han venido siendo consideradas intervenciones de “abogacía” de la familia o de mediación con el sistema médico.

Es de gran importancia trabajar las posibles dificultades de la familia en cuanto a los cambios de roles y el ajuste de la respuesta ante la situación de emergencia. Cuando esto sea así, deben incluirse desde el principio los posibles “descansos” del acompañante o cuidador primario (puestos en relación en esta fase con la espera y la hospitalización).

Debe considerarse también, si es posible, la remisión a grupos de apoyo (Soos, 1992) o el proceso de “modelado informal” que implica el mantener conversaciones con personas que ya han pasado este proceso; este aspecto puede abordarse de modo más o menos formalizado: desde la puesta en contacto con pacientes ya trasplantados (a través de las asociaciones de trasplantados) a la realización de grupos de orientación psicoeducativa que cuentan con la colaboración de trasplantados y familiares, que pueden tener en cuenta aspectos de estructura y procedimiento de los grupos multifamiliares de afectados por enfermedades crónicas (Steinglass, 1998).

En cuanto a las intervenciones, debe considerarse un amplio abanico desde un marco de intervención integrador que tenga en cuenta la situación del paciente en cada momento y sin perder de vista a los familiares y, en particular, al cónyuge. Desde este punto de vista deberíamos considerar el uso de las técnicas de autocontrol y manejo de estrés: relajación, visualización... para ayudar a afrontar la ansiedad. Para favorecer la percepción de control pueden considerarse técnicas de adquisición de habilidades: manejo de la ira, resolución de problemas... Para el manejo de las expectativas poco realistas pueden tenerse en cuenta las intervenciones cognitivo-conductuales.

2.1. Parada: una reflexión sobre la técnica y las intervenciones

Este programa, y por lo tanto el trabajo del psicólogo clínico en él, forma parte del trabajo de enlace por lo que voy a plantear una serie de apuntes que orienten una reflexión de carácter más general que pueda enmarcar las indicaciones y propuestas anteriores.

Nuestro enfoque del ámbito de lo que convencionalmente se ha venido denominando “Psicología de la Salud” estaría más cercano a las propuestas como las de Navarro Góngora, que pretenden tener en cuenta aspectos más globales y de marco, que de los “diseños de intervención” específicos, con frecuencia demasiado ligados a patologías concretas que al final presentan una cantidad considerable de apartados intercambiables (relajación, habilidades sociales...) que uno tiene la sensación de estar comiendo en un restaurante con “salsa de aliño monocorde”.

Dentro de estos aspectos enmarcadores consideramos de gran importancia los elementos que tienen que ver con la creación de la colaboración, de elaboración de las soluciones (en situaciones de pérdida y grave estrés), de establecimiento de redes relacionales, de funcionamiento del apoyo social, etc. Por esto debo señalar los elementos que me han resultado útiles a la hora de pensar el trabajo como psicólogo en un hospital en el marco del trabajo de interconsulta y enlace, entre ellos están:

1. La teoría de la crisis y la intervención en crisis y el concepto de duelo y trabajo/elaboración de duelo. Son marcos de referencia que permiten hacer inteligible el proceso de cambio/adaptación implicado por la presencia de una enfermedad/hándicap crónicos y que permiten estructurar el trabajo de reinversión personal implicado por el proceso de encaje de la enfermedad y la pérdida. Teniendo en cuenta que este trabajo suele desarrollarse en un contexto de importante limitación temporal (la duración de la hospitalización).
2. Puede considerarse también importante la formación y capacitación en formas de trabajo como el consejo psicológico o “counselling” (Barreto et al., 1997), además de la capacitación específica que uno pueda tener como terapeuta.

Para entender las peculiaridades que el funcionamiento de una institución como un hospital implica en relación a la situación de los pacientes en él ingresados es de particular importancia el trabajo desde esquemas que busquen potenciar la agencia/posición de actividad de los pacientes en el marco de esquemas de búsqueda de colaboración. En este punto las orientaciones de Anderson (1999), de Pakman (1995) y de los Griffith (1996,1997) me parecen de particular utilidad.

El hospital es una institución compleja. Por ello se revelan como particularmente importantes las claves analíticas que nos proporcionan autores del ámbito del análisis institucional y organizacional. Este sería uno de los nudos en los que establecer puente entre ámbitos convencionalmente muy separados como el de la Psicología Clínica y el de la Psicología de la Intervención Social.

En relación al proceso de inserción del psicólogo en los servicios con los que ha de colaborar y con el fin de contextualizar adecuadamente las propuestas de intervención y los programas de colaboración, teniendo en cuenta la posición de consultante en la que se accede a los casos y el funcionamiento del servicio donde se encuentra el paciente atendido, me parece que siguen manteniendo plenamente interés y actualidad los trabajos de Caplan (1993, 1997, 1999). Considero particularmente relevante la distinción que el autor establece, entre las dos fórmulas básicas del modo en el que se establece la relación del Psi- con los otros profesionales sanitarios, en particular con los médicos: la consulta y la colaboración (en la que el psicólogo suele estar incluido en el staff del servicio médico).

2.2. *El trabajo sobre las relaciones familiares*

Durante la entrevista de evaluación deben explorarse las pautas de la pareja en particular y de la familia en general en cuanto a dar y recibir apoyo.

El trabajo con la pareja debe comenzar en el momento de la evaluación. En realidad sabemos que la separación entre evaluación e intervención es más de carácter expositivo que una descripción del contexto real de intervención. Siguiendo lo señalado por Cutrona (1996), debemos explorar las diferentes formas de dar y recibir apoyo y cuáles son las más frecuentes en esta pareja. Debemos también explorar las diferencias individuales en el modo de reaccionar ante las adversidades y las preferencias por parte de cada uno de los cónyuges respecto del modo en el que prefieren recibir apoyo.

El trabajo en esta fase es fundamental de cara a como el paciente y la familia afrontarán el proceso y los problemas y exigencias característicos de cada una de sus sucesivos momentos.

En la fase inicial de evaluación y en la de espera es particularmente relevante el trabajo en relación a las formas de apoyo mutuo de la pareja en el contexto de enfermedad de uno de los cónyuges. A este respecto nos parecen relevantes los ámbitos / tópicos señalados por Cutrona:

FIG. 2. Cutrona apoyo social en la pareja / intervenciones en enfermedades crónicas. Conceptos básicos para la intervención preventiva (C. E. CUTRONA, 1.996)

El apoyo social es importante

1. Todos necesitamos saber que alguien se ocupará de cuidarnos y ayudarnos en momentos difíciles.
2. Si nuestro cónyuge nos falla en un momento difícil, nos sentimos especialmente enfadados, encolerizados y decepcionados.
3. No esperes a una gran crisis para ayudar a tu cónyuge: el apoyo día a día en los pequeños problemas es muy gratificante, y enriquece la relación.
4. Si muestras apoyo a tu cónyuge en problemas menores, confiará en que puede contar contigo cuando aparezcan problemas más serios.
5. Si tu cónyuge y tú os proporcionáis apoyo recíproco de forma consistente, es más probable que os perdonéis los pequeños errores; las tensiones de la relación no se inflarán hasta convertirse en problemas graves.

Comprende y respeta las diferencias

6. Para algunas personas es fácil pedir ayuda; para otras, es casi imposible.
7. Algunas personas prefieren hablar sobre acontecimientos adversos o problemas con su pareja justo cuando ocurren; otras prefieren esperar hasta que creen que ya ha pasado todo o hasta que empiezan a resolver el problema.
8. Los individuos afrontan el estrés y las calamidades de muchas maneras distintas; no hay un modo correcto o incorrecto.
9. Es importante entender cómo afronta el estrés tu cónyuge.
10. Se puede aprender de las diferencias entre el estilo de afrontamiento de tu cónyuge y el tuyo.
11. Los individuos tenemos preferencia por determinados tipos de apoyo; es importante aprender qué tipos de apoyo son más aceptables y útiles para tu cónyuge.

Otras personas también pueden proporcionar apoyo

12. Puede ser que tu cónyuge no pueda proporcionarte todos los tipos de apoyo que necesitas; búscalos fuera de la relación.
13. No es necesario que tu cónyuge cubra todas tus necesidades de apoyo; busca a personas que puedan proporcionarte ciertos tipos de apoyo sin dañar el matrimonio.

Es importante comunicarse claramente

14. Incluso aunque tu cónyuge no sepa qué es lo que va mal, notará que algo va mal.
15. Si no le dices cuál es el problema, tu cónyuge llegará a conclusiones erróneas.
16. Si no le dices a tu cónyuge qué va mal, no podrá ayudarte a solucionarlo.
17. Las personas piden ayuda de muchas maneras; aprende a conocer las señales de que tu cónyuge necesita tu apoyo.
18. Ni siquiera las personas que llevan casadas mucho tiempo son capaces de leerse la mente; ayuda a tu cónyuge diciéndole claramente qué es lo que deseas.

Usa las habilidades de apoyo durante las discusiones

19. Las habilidades de comunicación de apoyo puede ser útiles incluso durante las discusiones; escucha, comprende y, si es posible, acepta lo que tu cónyuge expresa.

Los momentos de intimidad –compartir pensamientos íntimos– son importantes

20. Comparte los sentimientos positivos con tu pareja –acerca de la relación, sobre él / ella, sobre la vida que habéis construido juntos.
21. Comparte tus pensamientos íntimos con tu pareja –tus esperanzas, sueños, decepciones.
22. Trata con cuidado las auto-revelaciones de tu cónyuge –escúchalas, valídalas, hazte cargo de ellas.

Afrontad juntos las crisis

23. En momentos de estrés grave o calamidad manteneos juntos emocionalmente: sufrid juntos, llorad juntos, gritad juntos. Luchad duro por permanecer unidos.
24. Combatid vuestra tendencia natural a encerraros en vuestro propio sufrimiento; forzaos a compartir vuestros pensamientos y sentimientos con vuestra pareja.
25. Planead una estrategia para sobrevivir a la crisis unidos: tomaos turnos para “derrumbaros”, haced listas de personas que puedan proporcionaros ayuda y consejo, esforzaos por encontrarle algún significado a la experiencia.

Cuando uno de los cónyuges enferma, ambos necesitan apoyo

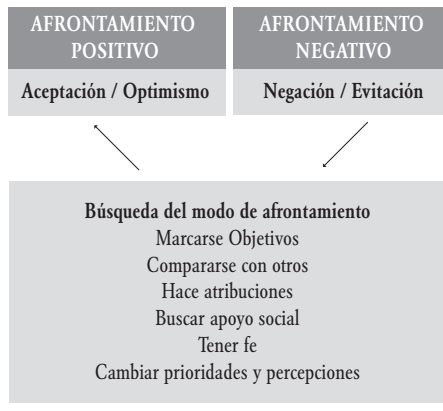
26. Si uno de vosotros enferma gravemente, recordad que la enfermedad también es una crisis para el otro; la salud y la supervivencia de uno afectan profundamente al otro.
27. Si uno de vosotros enferma gravemente, no os aterréis si ambos os irritáis; la enfermedad es injusta, y tenéis derecho a enfadaros.
 - a) Enfadaros con la enfermedad, no el uno con el otro.
 - b) Si te enfadas con tu cónyuge, explícale tan clara y específicamente como puedas qué es lo que te disgusta; sé constructivo e intenta encontrarle una solución al problema.
 - c) Si tu cónyuge muestra su enfado contigo, trata de escuchar y comprender; plantéate como meta resolver el problema y estrechar la relación, no defenderte o “ganar”.
28. Si uno de vosotros desarrolla una enfermedad seria, hablad abiertamente sobre vuestros miedos sobre el futuro; asustaros juntos, no por separado.
29. Si uno de vosotros está más cargado que el otro a causa de que uno de los dos está gravemente enfermo, hablad acerca de cómo os hace sentir esta falta de equidad; encontrad maneras de “empatar” si la inequidad supone un problema para vosotros.
30. Si estás gravemente enfermo, tu cónyuge puede asustarse o sentir repulsa; déjale hablar sobre ello; déjale ver que sigues siendo la misma persona y que sigues necesitándole, pero dale tiempo para que gestione sus emociones.
31. Si uno de vosotros enferma seriamente, hablad abiertamente sobre los problemas que causa la sobreprotección por parte del cónyuge sano; negociad, llegad a compromisos, poned límites; sed tolerantes.
32. Si uno de vosotros está en rehabilitación tras una enfermedad grave o alguna lesión, discutid abiertamente sobre cómo manejar el dolor; hablad acerca de los riesgos de actuar con excesiva permisividad ante el dolor que aparece asociado a la rehabilitación; proporcionad ánimo, elogiad los avances, reservad un tiempo para las quejas y la expresión de simpatía.

CUTRONA, C. E. *Social support in couples. Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, Sage, 1.996.

2.3 El afrontamiento

En el marco del contexto de evaluación uno de los aspectos a revisar es el de las estrategias de afrontamiento puestas en juego habitualmente por el paciente en el pasado y el grado de eficacia percibido por él. La presencia de estrategias centradas en la negación o la evitación es considerada por lo común de riesgo en relación a la adherencia al tratamiento y los cuidados (Kaba et al., 2000).

FIG. 3.



KABA, THOMPSON Y BURNARD, 2000

Kaba señala un posible esquema de trabajo aplicable en el contexto del tiempo de espera con el paciente y su cónyuge. Alude a la búsqueda de un modo efectivo de afrontamiento: desde el afrontamiento negativo (centrado en la negación y/o evitación) hasta el afrontamiento positivo (centrado en la aceptación y/u optimismo) habría unos pasos o etapas que se pueden trabajar estructurando tareas tales como marcarse objetivos, hacer atribuciones, cambiar prioridades y percepciones o buscar apoyo social.

2.4. La desmoralización

Griffith y Gaby (2005), plantean un esquema de trabajo respecto de cómo afrontar la desmoralización, desde la conceptualización de Slavney (1999), que aparece en los pacientes en el contexto de la enfermedad médica, y que es frecuentemente considerada (y tratada) como depresión, buscando potenciar las posturas de resiliencia, que incrementen la percepción de competencia y las capacidades del sujeto (y de su familia) para hacer frente al conjunto de elementos emocionales y relacionales que abren los procesos de enfermedad.

FIG 4: Posturas existenciales de vulnerabilidad y resiliencia frente a la enfermedad

Vulnerabilidad	Resiliencia
Confusión	Coherencia
Aislamiento	Comunión
Desesperación	Esperanza
Desamparo	Agencia
Falta de sentido	Determinación
Cobardía	Valor
Resentimiento	Gratitud

Esta lista de posturas existenciales no es exhaustiva, pero incluye la mayoría de las preocupaciones frecuentes en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica.

JAMES L. GRIFFITH, LYNNE GABY. *Psychosomatics* 2005; 46:109-116

3. El postoperatorio inmediato

En el perioperatorio es muy frecuente la aparición de delirium. Aunque el tratamiento del delirium sea básicamente médico no debe perder de vista la posibilidad de otras intervenciones, en el contexto del paciente, que aunque se sabe de su eficacia quizá no se llevan a la práctica con la frecuencia deseable (Crone y Gabriel, 2002).

Es ésta también una fase de transición en la que conviene considerar la vuelta a casa y prepararla adecuadamente (reorganización de los papeles familiares y de las relaciones en función del grado de recuperación del paciente).

De cara a los posibles problemas de cumplimiento deben ponderarse, y recordar al paciente y la familia, los efectos secundarios de las medicaciones inmunosupresoras y las precauciones que implican, así como tener en cuenta que estos efectos secundarios suelen disminuir con el tiempo. Debe tenerse en cuenta también el posible incremento de ciertos problemas psicológicos en el primer año del postransplante (Dew, 2001) y, en relación al cumplimiento, tener presente el riesgo de la obesidad.

Se ha planteado que el grado de estrés presente en el trasplante de corazón puede considerarse en gran medida análogo al de las fases agudas de las enfermedades cardíacas. Por lo que se puede considerar que en muchos aspectos el trabajo a realizar con el cónyuge en el proceso de trasplante es similar al que se señala para el "cónyuge cardíaco" mientras el paciente está en Cuidados Intensivos Coronarios (Delon, 1996).

El autor presenta un paradigma desarrollado después de años de trabajo con cónyuges de pacientes cardíacos, siendo su objetivo ayudarlos a lograr un afrontamiento más efectivo y a superar las crisis de modo más saludable. Para ello distingue una serie de fases a evaluar en relación al funcionamiento de la pareja.

FIG. 5. Programa de trabajo con el cónyuge del paciente en coronarias

Evaluación:

Estado de salud del cónyuge, exacerbación de enfermedades previas

Funcionamiento psicológico: existencia de enfermedades psiquiátricas previas.

Dinámica marital.

Apoyo social.

DELON M. The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse, en ALLAN R., SCHEIT S. (Eds.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*, Washington DC, American Psychological Association, 1996: 421-432.

Y da una serie de pistas sobre posibles intervenciones a desarrollar con el cónyuge.

FIG. 6. Programa de trabajo con el cónyuge del paciente en coronarias

Intervenciones:

Clarificación de problemas

Objetivos-marco

Promoción del afrontamiento efectivo.

Abogacía.

Movilización y apoyo.

Trabajo de duelo anticipatorio.

Intervenciones grupales.

DELON M. The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse, en ALLAN R., SCHEIT S. (Eds.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology*, Washington DC, American Psychological Association, 1996: 421-432.

El tipo de intervenciones señaladas van desde la movilización del apoyo así como el trabajo de mediación con el sistema sanitario. Es particularmente relevante el trabajo de

duelo anticipado cuando percibimos alguna de las manifestaciones con las que suele ir típicamente asociado.

Otro autor de peso en esta área y que también propone elementos de trabajo interesantes desde este punto de vista es J. Coyne (1995), que plantea un protocolo de trabajo con la pareja después del infarto de miocardio que puede ser de gran interés. De hecho, Coyne propone la terapia familiar como contexto conceptual para las intervenciones en problemas crónicos de salud. Dado que es evidente la existencia de vínculos fehacientes entre la calidad de las relaciones personales íntimas y las conductas de salud. Propone que la enfermedad y la relación familiar, particularmente la conyugal, se influyen mutuamente, limitando las posibilidades individuales de adaptación efectiva a las demandas de la enfermedad, la capacidad para interactuar con el sistema sanitario y el afrontamiento de las transiciones propias de la enfermedad. Las opciones de afrontamiento de las que dispone el individuo dependen de la flexibilidad y capacidad de adaptación de sus relaciones íntimas. Los objetivos de las intervenciones en las relaciones íntimas serían el de ayudar a los individuos afectados a manejar más eficazmente las demandas de la enfermedad, ayudarles a mejorar en su trato con el sistema sanitario, así como en las transiciones (como los cambios en el estilo de vida) implicadas por la enfermedad y ayudarles a “poner la enfermedad en su sitio”.

FIG. 7. Protocolo de pareja: post infarto de miocardio

I. Comprometer al cónyuge

- A. Explicar al paciente la utilidad de incluir, como práctica habitual, al cónyuge.
- B. Pedir al paciente que inste al cónyuge a asistir a la reunión programada.
- C. Si el paciente expresa interés pero duda de que venga el cónyuge, ofrecerle contactar directamente con él/ella.

II. Reunión conjunta

- Preguntar sobre el proceso de recuperación.
- Evaluación del estilo (asociativo-colaborativo, autónomo o conflictivo) y verificar la impresión a través de preguntas directas.
- Destacar que el proceso de recuperación es un reto para ambos.
- Preguntar sobre la adecuación de la información (hacer preguntas abiertas sobre la comprensión del paciente y su cónyuge y hacer seguimiento con preguntas sobre aspectos concretos):
 - Aspectos médicos del infarto de miocardio
 - Cambios requeridos en el estilo de vida
 - Cuán activo puede ser el paciente
 - Qué puede esperarse en el futuro
 - Cuánto estrés emocional puede manejar el paciente
 - Cómo puede ser de más ayuda el cónyuge para el paciente (invitar a la discusión sobre este tema en particular)

- El sexo después de un ataque al corazón
- Preguntar sobre áreas de desacuerdo o conflicto y evaluar la necesidad de cualquier acción.
- Informar sobre las actividades del grupo HC (grupo de apoyo) tanto para pacientes como para cónyuges.
- Elicitar el "feedback".

III. Acciones posibles

- No se requiere ninguna
- Dar sugerencias o consejos breves a la pareja
- Consejo de los pares a través de los grupos HC
- Remitir a terapia (counselling) de pareja o individual

COYNE J. C. Intervention in close relationships to improve coping with illness, en LYONS R. F., SULLIVAN M. J. L., RITVO P. G. with COYNE J. C. *Relationships in chronic illness and disability*, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 1995: 96-122.

4. Postransplante y seguimiento

El transplante se considera, más que una cura, un tratamiento alternativo a largo plazo que puede presentar sus propias complicaciones médicas y psicosociales. La mejora del pronóstico, gracias a los avances médicos, lleva a una mayor atención a la calidad de vida postransplante, donde la mayoría de los estudios se centra en aspectos físicos, si bien hay evidencias de que las mejoras de la calidad de vida en sus aspectos físicos o psicológicos no van necesariamente parejos.

Deben considerarse como indicadores la adherencia al tratamiento, como determinante de un buen resultado médico postransplante y la reincorporación laboral, como índice de recuperación del nivel premórbido de actividad. En nuestro entorno, donde son frecuentes los trasplantes en pacientes jubilados, el nivel de actividad se puede evaluar con indicadores alternativos (ej. grado de participación en tareas domésticas, tipo de actividad desarrollada en el tiempo de ocio, participación en actividades comunitarias, etc.).

4.1. El trabajo con la pareja

Ya desde el comienzo de la fase de evaluación hemos señalado la importancia del trabajo con la familia y en particular con la pareja del paciente. Bunzel et al (1999) en un importantísimo trabajo de investigación señalan ciertos aspectos particularmente relevantes en el trabajo a desarrollar en este ámbito en esta fase del proceso. En su estudio encontraron importantes diferencias, entre el paciente y su pareja, en cuanto a la percepción del proceso. Estando de acuerdo en observar cierto deterioro en la relación, los aspectos en los

que la ubicaban eran muy diferentes. Los pacientes percibían deterioro en cuanto a la comunicación acerca de las emociones, mientras que sus cónyuges dicho deterioro lo notaban en el desempeño de roles, la comunicación, la implicación emocional y los valores y normas.

Es particularmente importante el tema de los roles (y no hay que perder de vista que se considera que la capacidad de adaptación en nuevos roles es un requisito para desarrollar una relación saludable). Esta problema se hace particularmente agudo cuando el paciente (en una proporción muy alta, varón) regresa a casa. Generalmente, con la mejoría de su estado, suelen intentar volver a asumir los roles y obligaciones que mantenían antes del largo periodo de su enfermedad coronaria terminal y del trasplante. Pero esto puede producir (y de hecho en el estudio sucedía en un gran número de casos) graves conflictos relacionales, pues en ese periodo, habitualmente largo, de enfermedad y recuperación, la pareja ha asumido, y aprendido a manejarse, con nuevos roles, que no está dispuesta a abandonar.

Vemos por tanto que según se haya desarrollado el trabajo con la pareja en las fases anteriores, van a aparecer posibilidades de diálogo y acuerdo en este momento que permitan afrontar adecuadamente esta dinámica de renegociación de los roles, con potencialidades de graves conflictos según hemos visto.

4.2. Cumplimiento terapéutico

La falta de adherencia al tratamiento (particularmente al farmacológico con inmunosupresores) se relaciona con una tasa más alta de fracaso terapéutico subsidiario de retransplante, con las implicaciones físicas y psicológicas que esto tiene, y con una menor tasa de supervivencia a los dos años en los casos en que el incumplimiento terapéutico deriva en rechazo agudo tardío. Sin embargo, no es una variable que suela tenerse en cuenta en los ensayos clínicos o los estudios de caso. Conocer las características que constituyen factores de riesgo para el incumplimiento terapéutico permitiría programar intervenciones preventivas o restitutivas.

Greenstein y Siegal (1998) describen tres perfiles de pacientes incumplidores: los que olvidan las pautas de tratamiento (y se beneficiarían, en consecuencia, de programas de entrenamiento), los que tienen una cierta sensación de invulnerabilidad (y se beneficiarían de un flujo continuo de información oral y escrita al respecto) y los habituados a tomar decisiones por propia iniciativa (y se beneficiarían de su inclusión como parte del equipo terapéutico para la toma de decisiones).

Resulta primordial la evaluación individualizada que permita detectar la presencia de estos factores de riesgo y, en su caso, programar intervenciones de aumento de la adherencia, que podrían abarcar actuaciones educativas, conductuales y de apoyo social tanto a los pacientes como a las personas significativas para ellos.

Además de los factores individuales hay algunos relacionados con el sistema sanitario, como el grado de satisfacción laboral del médico, la sobrecarga de trabajo y la tendencia del médico a responder preguntas (asociado al grado de comprensión de las prescripciones médicas por el paciente).

Hay, por último, aspectos relativos al propio tratamiento, como su complejidad o los efectos secundarios, que pueden ir de la nefrotoxicidad al hirsutismo.

Algunos fármacos inmunosupresores (ej. esteroides) tienen efectos secundarios relacionados con otra de las indicaciones médicas con mayor incumplimiento: la contención del sobrepeso. Parte de los efectos secundarios pueden ser la redistribución lipídica y el aumento de apetito, con el consiguiente aumento de peso. Se ha observado que en los 3-6 meses postrasplante se produce un aumento de peso que, por otro lado, se asocia con un aumento de la tasa de mortalidad; aunque se pueden utilizar fármacos coadyuvantes en este sentido, el pilar fundamental para el control del peso siguen siendo la dieta y los cambios en el estilo de vida.

Una complicación añadida en este sentido es la combinación de elementos externos (medicación) e internos (estilo de vida) en el aumento de peso, lo que puede ser construido por el paciente como *coartadas* y traducirse en debilitar su compromiso con el tratamiento y derivar, por tanto, en incumplimiento (ej. desestimar el cumplimiento dietético, ya que es la medicación la que engorda, o desestimar el cumplimiento farmacológico –cuyos efectos no se ven– para facilitar los efectos –visibles– del régimen alimenticio).

Ayudar al paciente en esta área puede reducir la morbilidad y la mortalidad, mejorando su estado de salud. Se puede fomentar en el paciente el sentido, y la asunción, de responsabilidad sobre su propia salud, aumentar sus habilidades para reconocer estresores y manejarlos adecuadamente, y promover el establecimiento de relaciones cercanas e íntimas como parte del cambio hacia un estilo de vida más saludable.

4.3. Reincorporación laboral

Entre las razones que dan los pacientes para desear un trasplante destaca el aumento de autonomía e independencia, pero tras el trasplante aún han de enfrentarse a factores psicosociales potencialmente generadores de una mayor dis-

capacidad (reajuste de roles, cambios en la imagen corporal, temor a las infecciones y al rechazo, etc.) y a posibles complicaciones (por ejemplo, neurológicas) que aumentan el grado de dependencia. Todo ello repercute sobre su calidad de vida y dificulta la reincorporación laboral. Se ha observado que factores como la conducta emocional, la interacción social y los niveles de alerta y comunicación se ven disminuidos durante más tiempo que las dimensiones físicas.

Los datos sobre rehabilitación y vuelta al trabajo varían entre los distintos grupos de trasplante. Las tasas documentadas de reincorporación laboral oscilan entre el 82% (trasplante hepático) y el 37% (trasplante de pulmón), y esto no siempre correlaciona con los informes médicos sobre la capacidad del paciente para reincorporarse al trabajo.

A la hora de reincorporarse al trabajo también resulta relevante el grado de afectación neurológica.

En resumen, aunque aún son pocos, cada vez hay más estudios y más interés por las variables asociadas a la calidad de vida, también la psicológica, tras el trasplante, desde el momento en que se cuenta con instrumentos suficientes para reducir la incertidumbre sobre el resultado inmediato de la intervención. El reto siguiente consistiría en “dar vida a los años” siguientes al trasplante, labor que comienza al principio del proceso y continúa ayudando después al paciente a cumplir con las prescripciones médicas y a recuperar el nivel de actividad deseado, lo que requiere el uso combinado de estrategias generales y de evaluaciones e intervenciones individuales.

Bibliografía

- ANDERSON H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BARRETO P., ARRANZ P. y MOLERO M. (1997). Counselling: Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En MARTORELL M.C. y GONZÁLEZ R. (Eds.), *Entrevista y consejo psicológico* (pp. 83-104). Madrid, Síntesis.
- BUNZEL B., WOLLENECK G. (1994). *Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery?* *Thoracic Cardiovascular Surgeon*, 42:103-107.
- BUNZEL B., LAEDERACH-HOFMANN K. y SCHUBERT, M. T. (1999). Patients benefit-partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplant Int*, 12: 33-41
- CAPLAN G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona, Paidós.
- CAPLAN G., CAPLAN R. B. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental. Teoría y práctica*. Barcelona, Paidós.

- CAPLAN G. (1999). Psicología orientada a la población. Teoría y práctica. En Navarro Góngora J., Fuertes Martín A., Ugidos Domínguez T. M. (Coords.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 19-72). Salamanca, Amarú.
- COLLINS E. G., WHITE-WILLIAMS C. y JALOWIEC A. (1996). Impact of the heart transplant waiting process on spouses. *The J Heart Lung Transplant*, 15: 623-30.
- CONSENSUS CONFERENCE ON STANDARDIZED LISTING CRITERIA FOR RENAL TRANSPLANT CANDIDATES (1998): *Transplantation*, 66: 962-7.
- COYNE, J. C. (1995). Intervention in close relationships to improve coping with illness. En Lyons R. F., Sullivan M. J. L., Ritvo P. G., *Relationships in chronic illness and disability* (pp. 96-122). Thousand Oaks (Ca.), Sage.
- CRONE C. C. y GABRIEL G. (2002). **Psychiatric overview of solid organ transplantation.** En STOTLAND N. L. (Ed.), *Cutting-edge medicine. What psychiatrists need to know* (pp.67-112). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- CUTRONA C.E. (1996). *Social support in couples. Marriage as a resource in times of stress.* Thousand Oaks (Ca.), Sage.
- DELON M. (1996). The patient in the CCU waiting room: in-hospital treatment of the cardiac spouse. En ALLAN R., SCHEIT S. (Eds.), *Heart & Mind. The practice of cardiac psychology* (pp. 421-32). Washington DC, American Psychological Association.
- DEW M. A., ROTH L. H., SCHULBERG H. C., SIMMONS R. G., KORMOS R. L., TRZEPACZ P. T., GRIFFITH B. P. (1996a). Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18: 48S-61S.
- DEW M. A., ROTH L.H., THOMPSON M. E., KORMOS R. L., GRIFFITH B. P. (1996b). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *The J Heart Lung Transplant*, 15: 631-45.
- DEW M. A., KORMOS R. L., ROTH L. H., MURALI S., DiMARTINI A., GRIFFITH B. P. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *The J Heart Lung Transplant* 18: 549-62.
- ENGLE D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology*. 57:521-549
- GRADY K., JALOWIEC A., WHITE-WILLIAMS C., PIFARRE R., KIRKLIN J. K., BOURGE R. C., CONSTANZO M. R. (1995). Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *J Heart Lung Transplant* 14: 2-10.
- GRADY K. L., JALOWIEC A., WHITE-WILLIAMS C. (1998). Patient compliance at one year and two years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 17: 383-384.
- GREENSTEIN, S. M. y SIEGAL, B. (1998). Compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation*, 66: 1718-26.
- GRIFFITH J. L. y GRIFFITH M. E. (1996). *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo.* Buenos Aires, Amorrotu.
- GRIFFITH J. L. y GRIFFITH M. E. (1997). La somatización y la apertura del diálogo con pacientes y familias médicamente marginalizadas. En Pakman M. (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana* (vol. II: pp. 87-105). Barcelona: Gedisa.
- GRIFFITH J. L. y GABY, L. (2005). **Brief Psychotherapy at the Bedside: Countering Demoralization From Medical Illness.** *Psychosomatics* 46:109-116.
- HOUSE R. M. (1993). Transplantation surgery, en Stoudemire A, Fogel BS (Eds.), *Psychiatric care of the medical patient* (pp. 803-16) Nueva York: Oxford University Press.
- JALOWIEC A., GRADY K., WHITE-WILLIAMS C. (1994). Stressors in patients awaiting a heart transplant. *Behav Med* 19: 145-54.
- KABA E., THOMPSON D. R., BURNARD P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipient's methods of coping. *Journal of Advanced Nursing* 32:930-6.
- KAY J., BIENENFELD D. (1991). The clinical assessment of the cardiac transplant candidate. *Psychosomatics*, 32: 78-87.
- LEVENSON J. L., OLBRISCH M. E. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34: 314-23.
- LUCEY M. R., BROWN K. A., EVERSON G. T., FUNG J. J., GISH R., KEEFE E. B., KNETEMAN N. M., LAKE J. R., MARTIN P., RAKELA J., SHIFFMAN M. L., So S., WIESNER R. H. (1998). Minimal criteria for placement of adults on the liver transplant waiting list. *Transplantation*, 66: 956-62.
- MARTÍNEZ SANDE G. (2001). Intervención en el marco de la interconsulta y el enlace hospitalario. *Norte de salud mental*, 13: 69-82.
- MARTÍNEZ SANDE G. (2003). La intervención del psicólogo en el proceso de trasplante. En REMOR E., ARRANZ P., ULLA S. (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 371-393). Bilbao, Desclee De Brouwer.
- MAURER J. R., FROST A. E., ESTENNE M., HIGENBOTTAM T., GLANVILLE A. R. (1998). International guidelines for the selection of lung transplant candidates. *Transplantation*, 66: 951-6.
- McKAY M., DAVIS M. y FANNING P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés.* Barcelona: Martínez Roca
- MILLAR L. W. (1998). Listing criteria for cardiac transplantation. *Transplantation*, 66:947-51.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1995). Terapia familiar con enfermos físicos crónicos. En NAVARRO GÓNGORA J. y BEYEBACH M. (Comps.), *Avances en terapia familiar sistémica* (pp. 299-336). Barcelona, Paidós.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1996) Intervención en redes sociales y profesionales para enfermos físicos hospitalizados. En VV. AA., *III Jornadas: Orientación Familiar. Intervención en familias y grupos de personas afectadas por enfermedades o deficiencias* (pp. 75-86). Madrid, Univ. Pontif. Comillas – Fund. Mapfre Medicina.
- NAVARRO GÓNGORA J. (1998). El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. En Ríos J. A. (Coord.), *La familia: realidad y mito* (pp. 71-98). Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.
- OLBRISCH M. E., LEVENSON J. L., HAMER R. (1989) The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening of organ transplant candidates. *Clinical Transplantation*, 3: 164-9.
- OLBRISCH M. E., LEVENSON J. L. (1991) Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *The J Heart Lung Transplant*, 10: 948-55.

- PAKMAN M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En DELGADO J. M. y GUTIÉRREZ J. (Comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 359-77). Madrid, Síntesis.
- PARIS W., MUCHMORE J., PRIBIL A., ZUHDI N., COOPER D. K. C. (1994). Study of relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *The J Heart Lung Transplant*, 14: 424-32.
- ROLLAND J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 23: 203-21.
- ROLLAND J. S. (1999). El control de los desafíos familiares en las enfermedades serias y en la discapacidad. En NAVARRO GÓNGORA J., FUERTES MARTÍN A., UGIDOS DOMÍNGUEZ T. M. (Coords.), *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 305-38). Salamanca, Amarú.
- SALYER J., SNEED G., CORLEY M. C. (2001). Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients. *Heart & Lung*, 30: 445-457.
- SLAVNEY P. R. (1999). Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, 40:325-329.
- SLUZKI C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona, Gedisa.
- SKOTZKO C. E., STROUSE T. B. (2002). Solid organ transplantation. En Wise M.G., Rundell J. R., *The American psychiatric Publishing Textbook of consultation-liaison psychiatry. Psychiatry in the Medically Ill* (pp.623-655). Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- SHAPIRO P. A., WILLIAMS D. L., FORAY A. T., GELMAN I. S., WUKICH N., SCIACCA R. (1995). Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation*, 60: 1462-6.
- SOOS J. (1992). Psychotherapy and counselling with transplant patients. En CRAVEN J., RODIN G. M. (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 89-107). Oxford, Oxford University Press.
- STEINGLASS P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, 16: 55-70.
- SURMAN O. (1999). Psychiatric considerations of organ transplantation. En GINNS L. C., BENEDICT COSIMI A., MORRIS P. J. (Eds.), *Transplantation* (pp. 709-724). Malden (MA), Blackwell Science.

Algunas cuestiones psicológicas sobre pacientes quemados



Jorge García Fernández
Elizabeth Sánchez Cao

Complejo Hospitalario Universitario
A Coruña

1. Introducción

Puede resultar una obviedad afirmar que los pacientes afectados por grandes quemaduras tienen por delante una serie de dificultades que resolver tanto en el área de lo físico (un largo proceso de rehabilitación y reintervenciones), de lo psicológico (superación de un posible trauma y aceptación del nuevo aspecto y funcionalidad) y en el ámbito social (dificultades laborales y relacionales). Resulta profesionalmente muy atrayente la idea de que la intensa experiencia personal en relación al “incidente” causal de las lesiones pueda determinar un futuro emocionalmente complicado de los individuos lesionados. Por otro lado, cabe plantearse que un proceso duro y prolongado de hospitalización en condiciones de aislamiento e intensas molestias físicas debería de dificultar la recuperación ante dicha vivencia inicial y, por último, que los cambios a peor experimentados en relación a la nueva apariencia física y limitaciones funcionales determinarán toda una serie de secuelas psicológicas permanentes que sumar a las indelebles marcas provocadas por la materia caliente.

Sin embargo, con la observación cotidiana de éstas y otras catástrofes, no resulta aventurado aceptar la existencia de una capacidad biológica (incluyendo aquí la psicológica) de los individuos humanos (aludida con el término de resiliencia) (Gilboa, 2001; Noronha y Faust, 2007; Paris, 2000; Yule, 1999) que nos predispone a la superación espontánea de estas dificultades mediante mecanismos individuales y sociales, ofreciendo como resultado la recuperación de lo posible y/o el poder seguir adelante con lo puesto. Al asumir la posesión de esta capacidad inherente en la especie humana presuponemos también de manera automática que ésta, al igual que ocurre con los rasgos, se reparte de manera desigual en las personas, dando lugar a posibilidades peores y mejores de adaptación en función del tipo y de la calidad de los ingredientes que conforman esta pócima para la supervivencia ante la adversidad.

A lo largo de este artículo trataremos de comentar algunos datos extraídos de la revisión de alguna literatura sobre las cuestiones antes comentadas sobre sujetos quemados y

ofreceremos algunos argumentos sobre posibles líneas de intervención, basándonos en lo leído y sesgando conscientemente nuestros comentarios en base a nuestra práctica cotidiana con este tipo de pacientes.

2. La vulnerabilidad psicológica a las quemaduras

La cuestión sobre si existe o no el factor torpeza emocional o conductual en los pacientes afectados es una cuestión que ha interesado a la investigación sobre el tema. Algunos investigadores afirman que la mayoría de los pacientes presentan alteraciones psicológicas premórbidas que además pueden complicar la recuperación tras la lesión (Brezel, Kasenbrock y Stein, 1988; Davidson y Brown, 1985; Rockwell, Dimsdale, Carroll y Hansbrough, 1988; Williams y Griffiths, 1991). Otros autores mantienen que las personas accidentadas o víctimas de quemaduras formarían parte de la población normal (Partridge y Robinson, 1995; Watkins, Cook, May y Ehleben, 1988). Lo primero supondría aceptar la hipótesis de que la presencia de algún tipo de psicopatología incrementa la probabilidad de sufrir lesiones de este tipo. Sujetos que consumen tóxicos, sufren algún tipo de deterioro cognitivo y presentan comportamientos autolesivos, formarían parte de este grupo con problemas psicológicos permanentes que, según las muestras estudiadas, abarcaría una cifra entre el 28 al 78% del total de los pacientes quemados. Sin embargo, estas cifras podrían estar sobreestimadas debido a que en muchos casos la tarea de detección de alteraciones psicológicas en este tipo de pacientes se ha realizado en los momentos inmediatamente posteriores a la lesión, en los cuales la cercanía emocional del accidente, el sufrimiento físico y las duras condiciones de hospitalización cuestionan seriamente la consideración como crónicas de este tipo de condiciones psicopatológicas. A pesar de estas matizaciones, bajo nuestro punto de vista, resulta claramente notorio que la población con psicopatología previa se quema más (no necesariamente más veces) y por lo tanto seguirá presentando posiblemente alteraciones futuras. La aceptación de una determinada predisposición psicológica a quemarse dejaría en entredicho que las secuelas emocionales sean efectos únicos de la lesión y por tanto que éstas causen con frecuencia alteraciones a más largo plazo de la hospitalización o a partir del primer año de rehabilitación. En todo caso, quedaría pendiente la pregunta sobre cuál es el tipo de trastornos y en qué pacientes y rodeados de qué condiciones es más probable que esto ocurra.

3. Los diferentes momentos del proceso de recuperación

Si consideramos los momentos inmediatamente posteriores a la lesión como el principio de un período que continúa durante años, podemos de manera más o menos artificial describir etapas por las que pasan (o podrían pasar) los sujetos en el proceso de recuperación de su piel, de su funcionamiento y de su bienestar personal. Tomando como base las estas etapas descritas por Watkins y cols., 1988, incluiremos alguna información acerca de asuntos que consideramos relevantes y sobre la realización de posibles actuaciones psicológicas (no necesariamente de psicólogos) sobre los sujetos. Dicha clasificación se ha basado en la cuestión primordial que recibe la focalización atencional del sujeto en cada uno de los momentos posteriores a la quemadura. Nos hemos permitido la libertad de modificar los epígrafes para adaptarlos a nuestro contexto cultural y presentar un lenguaje en nuestra opinión más descriptivo.

Etapas 1. Confusión e interés por vivir

En consonancia con la popular frase “tú tranquilo, que no pasa nada” pronunciada en un tono de voz elevado por diferentes personas visiblemente alteradas, los primeros instantes tras el accidente están rodeados necesariamente de una gran emotividad y suponen un conjunto de experiencias nuevas marcadas por una elevada confusión y un foco atencional reducido al miedo a perder la vida. Esta elevada activación emocional, unida a un estado de desconcierto general y propio y habitualmente acompañados por un nivel de conciencia alterado por la lesión, sólo permite actuar a la llegada al hospital mediante mensajes simples y concretos informando al sujeto de lo que ha pasado (sin describir los hechos de manera detallada), donde se encuentra y el plan a seguir en las próximas horas con el fin de aliviar el sufrimiento. Estas marcas de contexto próximas resultan más recomendables que entrar en planteamientos de futuro más inciertos. Hablar sobre “el después” más inmediato en estas condiciones supone otorgar un margen a la vida que resulta tranquilizador para el paciente.

Etapas 2. Las molestias físicas intensas en un entorno extraño

Una vez superado este momento inicial y habiendo delimitado la situación presente, el foco de atención del paciente se centra principalmente en el dolor, generalmente intenso, provocado por las lesiones y más aún las curas regulares en un contexto de asilamiento estimular y pocas posibilidades de acompañamiento de figuras significativas. En este ambien-

te desconocido, el alivio del dolor con medidas analgésicas puede resultar dificultoso al presentarse conjuntamente con intensos sentimientos de angustia y desamparo. Antes de que el lugar se convierta en familiar y el personal sanitario en compañía habitual es preciso legitimar los sentimientos de indefensión de esta fase aguda y enfatizar la temporalidad del problema a menudo agravado por inmovilidad extrema y, en ocasiones, dificultades de comunicación que hay que tratar de compensar con métodos alternativos y especialmente con dedicación de tiempo por parte del personal asistencial.

Etapas 3. Búsqueda de explicaciones y “pensamientos molestos”

Una vez que los síntomas van perdiendo protagonismo, los pensamientos y sentimientos giran en torno al examen del suceso que provocó la lesión. Aparece aquí un relato detallado y repetitivo de los sucesos que rodearon el incidente, junto a intentos de alcanzar una explicación comprensible y lógica de la cadena de hechos que lo originaron. El paciente trata con ésto de buscar una conexión causa-efecto que sea racional y emocionalmente tolerable para él dentro de su estructura mental y su marco experiencial y cultural. La intervención consiste en validar: ayudar al paciente a encontrar su propia respuesta coherente, a través de la escucha activa y de aceptar y manejar propuestas sobre todas las explicaciones alternativas que el paciente considere.

Algunos pacientes con quemaduras graves presentan amnesia parcial o total del episodio, por lo que sus explicaciones iniciales pueden basarse en datos incompletos o suposiciones, lo que retrasa la superación de esta fase en caso de no rellenar estas lagunas con los datos que faltan.

La resolución de esta tarea se considera de primordial importancia adaptativa. Se postula que los pacientes que no la completan con éxito desarrollarían posteriormente un cuadro de estrés postraumático. La focalización cognitiva y afectiva prolongada e intensa en los hechos en torno al evento daría lugar a las rumiaciones sobre el suceso traumático, las pesadillas y los flashbacks que, asociados a la intensa ansiedad que los acompaña, provocan una sucesiva “retraumatización” y perpetuación del problema en estos sujetos que se ejercitan continuamente en esa cinta de *fitness* sin llegar a ninguna parte (Watkins y cols., 1988).

Etapas 4. El principio de volver a funcionar

Comienzan las ideas sobre la recuperación, motivadas por la necesidad de conocer el plan de rehabilitación junto a los pasos graduales para recuperar primero funciones bá-

sicas de autonomía y luego habilidades instrumentales. Tan desconcertante resulta no establecer tiempos previstos como irreal hacerlo de manera demasiado rígida y meticulosa. Calcular de manera “generosa” los logros a alcanzar resulta una manera seguramente más apropiada de mantener las ganas y el equilibrio. Conocer primero para tratar de modificar después las expectativas poco realistas es un buen punto de partida. La aceptación de los sentimientos de dependencia un par de minutos antes de solicitar un nuevo reto “posible” son nuestra receta para este momento. Creemos importante resaltar que la amenaza de perder los apoyos con la mejora de la independencia en este ambiente hospitalario hostil dificultan en ocasiones el avance, por lo que resulta conveniente explicitar de antemano el mensaje de “mientras tu trabajes lo haremos nosotros” y de “estaremos contigo aunque continúes mejorando”.

Etapas 5. Contabilizando y analizando las pérdidas

Un buen parte de bajas parece la mejor manera de comenzar a plantearnos como recuperarnos con lo que nos queda. A medida que avanza la recuperación, las limitaciones van tomando mayor relevancia. La primera respuesta ante la conciencia de la pérdida, tras una primera fase de resistencia, es indudablemente la tristeza. Existen pérdidas rápidamente observables como el aspecto, otras de aparición gradual como la funcionalidad y algunas que sólo son una simple amenaza pendiente de confirmación a largo plazo, como es la pérdida de relaciones, asuntos laborales y relaciones sentimentales. Cada una de estas pérdidas debe ser medida, comprendida o aplazada y acompañada por un mensaje de seguridad de los otros más cercanos de que “pase lo que pase, seguiremos adelante”.

Permitir las reacciones emocionales y ofrecer la oportunidad de hablar sobre las pérdidas no resulta más complicado que dar respuestas con frases más o menos elaboradas con el significado de “no es para tanto”. En caso de que la autovalía (la sensación de merecer el aire que uno respira) no esté seriamente comprometida con las consecuencias de la lesión, el paciente irá mejorando. En caso contrario, una laboriosa transformación de valores y objetivos vitales es un asunto todavía por delante. Una pesada ancla colocada en el pasado y la percepción de una distancia insalvable entre lo que fuimos, lo que somos y lo que podremos continuar siendo (no exactamente volver a ser) aumentan las posibilidades de padecer un trastorno psicopatológico. Si queremos ser ordenados podemos hablar de lo anterior en todos los ámbitos que aparezcan: lo social, lo lúdico, lo físico, lo laboral...

Etapas 6. Recuperarse con cambios

Poco a poco tendrá que ir apareciendo un nuevo estilo de presentarse ante uno mismo y frente a los demás. Mucho de lo que hacemos formará parte de lo que ya hacíamos (posiblemente fruto de un gran esfuerzo necesario) pero cuanto mayor sea el alcance de la lesión será preciso que nuevos intereses y tareas aparezcan dentro del guión de vida del paciente. A medida que las funciones se van recuperando aparecerán más de cerca nuevos retos que tras un período de *x* intentos deberán resolverse con una “sana renuncia” (“tampoco era tan importante”), un aplazamiento o una superación del obstáculo. Las mejoras de las habilidades, basada en la transformación de la manera de hacerlo, y las adaptaciones del ambiente son posibles soluciones. Un razonable cálculo coste-beneficio puede resolver el fracaso con la idea de “puedo, pero no me compensa”.

Curiosamente, aquellas lesiones más leves presentan con el tiempo mayores dificultades al ir acompañadas por unas expectativas más elevadas de alcanzar la recuperación total. Los más dañados se agarran con más fuerza al “haber conseguido sobrevivir” (Blumenfeld y Reddish, 1987; Pallua, Künsebeck y Noah, 2003)

Etapas 7. Un buen resumen con punto y seguido

El impacto de lo ocurrido sobre el mundo personal y el tamaño de las consecuencias funcionales sobre él, permitirá en algunos casos concluir que uno “es la misma persona” o que es “otra persona distinta”. La coherencia entre lo que uno es y lo que hace podría resultar un buen indicador de haber resuelto con éxito el crucigrama. Nuestro trabajo consiste en reconocer el derecho de la persona a ver su vida desde su propia perspectiva y a vivirla como mejor encaje en ésta. Cualquier opción mejor que la de “mi vida ha acabado” dejará misiones por cumplir, deseos personales que alcanzar o vigente la tarea importante de observar activamente y con interés como alcanzan los otros relevantes sus deseos.

Hasta aquí, hemos descrito (posiblemente de forma desordenada) un supuesto proceso normal de adaptación psicológica aplicable a sujetos quemados. Confiamos en su desarrollo espontáneo con sólo buenos cuidados y apoyo de los otros, pero también consideramos que puede facilitarse o retrasarse con intervenciones específicas de profesionales (especialmente psicólogos). En no pocos casos, las dificultades emocionales y/o conductuales de los sujetos reclaman una intervención específica por parte de especialistas en estas cuestiones y que suelen relacionarse con problemas que a continuación trataremos de exponer.

4. Complicaciones psicológicas para psicólogos en sujetos quemados

Resultaría atractivo encontrar indicadores de necesidad de intervención fiables en el momento del ingreso, pero los estudios con el afán de informar sobre predictores de mala adaptación, y a pesar de algunos datos sobre la mayor competencia de sujetos “expresivos” (extrovertidos, menos alexitímicos, con apertura a la experiencia, etc.) (Cromes, Holavanahalli, Kowalske y Helm, 2002; Fauerbach, Lawrence, Smith, Munster y Costa, 2000; Fukunishi, Chishima y Anze, 1994; Lawrence y Fauerbach, 2003), no resultan convincentes hasta el punto de “poder cruzar la carretera sin mirar confiados en el poco tráfico”. Otros trabajos acerca de la “valoración cognitiva” del sujeto sobre la situación, las condiciones del entorno social y su reacción emocional ante el trauma como “predictor de” no sirven desde el momento en que estas variables son medidas *a posteriori* y se encuentran contaminadas por la situación emocional presente (Gilboa, 2001; Gilboa, Bisk, Montag y Tsur, 1999; Partridge y Robinson, 1995). Quizá debido a nuestra labor cotidiana en este campo con profesionales competentes en sentido amplio no hemos insistido demasiado en la tarea psicológica especializada, a menudo no necesaria cuando las cosas se hacen bien, y optamos simplemente por observar y/o esperar a que salte alguna alarma. Nos mantenemos cerca para atender pronto las emergencias.

Lo normal en el caso de quemaduras psicológicamente complicadas es la aparición de dificultades en “evolucionar” o “anclaje” en alguna de etapas apuntadas anteriormente dando lugar al trastorno por estrés postraumático y a problemas en torno a la imagen corporal presentados en forma de trastornos afectivos y de ansiedad.

4.1. Los síntomas postraumáticos en pacientes quemados

El alto interés de los investigadores en el estudio de este trastorno en pacientes quemados ha dado como resultado una gran discrepancia entre los diversos estudios.

Al menos podemos afirmar que una minoría significativa tienen dificultades para manejar su lesión y las consecuencias físicas psicológicas y sociales asociadas. (Baur, Hardy y Van Dorsten, 1998; Cromes y cols., 2002; Gilboa, 2001; Watkins y cols., 1988)

Resulta común que aparezcan síntomas de estrés postraumático (EPT) en momentos inmediatamente posteriores al suceso. El primer día de ingreso es habitual que se presenten una amplia gama de recuerdos intrusivos y recurrentes, problemas del sueño, de concentración, flashbacks e hiperreac-

tividad (Ehde, Patterson, Wiechman y Wilson, 1999, 2000; Lawrence y Fauerbach, 2003). Los síntomas más frecuentes son los del grupo de la re-experimentación, seguidos de la excesiva activación (esta última coherente con el reciente ingreso en el hospital). La percepción de mayor intensidad de dolor en este momentos se puede asociar con este tipo de síntomas (Perry, Cella, Falkenberg, Heidrich y Goodwin, 1987a,b; Ptacke, Patterson, Montgomery y Heimbach, 1995; Taal y Faber, 1998b; Van Loey, Faber y Taal, 2001). La mayoría presentan ciertos síntomas hasta el alta y un porcentaje reducido y muy variable según los estudios (entre el 5 y 25% de los sujetos) los mantienen más a largo plazo. Algunos trabajos informan de datos entre el 13 y 45% de los sujetos que desarrollan síntomas de EPT. Estas cifras se van reduciendo: un 21% al mes y un 19% más al año de seguimiento. Un 25% de pacientes se encuentra totalmente libre de síntomas en todo momento. No obstante, los trabajos se realizan sobre la detección de síntomas aislados en lugar de criterios diagnósticos, con lo cual resulta dificultoso calcular la severidad de estas condiciones psicopatológicas.

La posibilidad de experimentar EPT se incrementa de función de traumas previos, inestabilidad familiar, exposición intensa y prolongada al estresor, percepción de intensa amenaza, etc. La alexitimia se ha relacionado con el EPT, así como la presencia de delirium durante los primeros días. Se consideran factores protectores una personalidad estable y “abierta” (bajo neuroticismo, apertura a la experiencia, afabilidad, extraversión), estrategias de afrontamiento activas, elevado apoyo social y ausencia de otros eventos vitales adicionales. Otras variables como psicopatología previa, género, tamaño de las lesiones o superficie total quemada no parecen de utilidad para predecir la aparición de un EPT (Baur y cols., 1998).

En relación al modo en que las personas manejan el estrés, las estrategias de *acercamiento* y no las de *evitación* parecen resultar más saludables (Bryant, 1996; Florian, Mikulincer y Taubman, 1995; Lawrence y Fauerbach, 2003; Skodol, 1998; Willebrand, Anderson, Kildal y Ekselius, 2002). Los modelos cognitivos afirman que la conducta de evitación es una reacción predominante a la tensión tras el trauma, que contribuye a la persistencia de las intrusiones, aparte de bloquear la búsqueda de ayuda o el empleo de otras estrategias. Esta ocultamiento de emociones provoca que muchos individuos pasen desapercibidos. No obstante, debemos ser cautelosos y saber interpretar este estilo en función del momento en que ocurre. Ciertas estrategias de evitación (retirada, no hacer nada) son adaptativas y efectivas para manejar el estrés y resulta un error tomarlas como problema en lugar de

una “cuestión de ritmos”. Más problemático parece resultar el empleo de un estilo de afrontamiento ambivalente que utiliza una combinación desordenada de estrategias de acercamiento y evitación, ya que se asocia con mayor estrés postraumático, mayor insatisfacción corporal y síntomas depresivos (Fauerbach y cols, 2002; Fauerbach, Lawrence, Bryant y Smith, 2002; Fauerbach, Richter y Lawrence, 2002; Lawrence y Fauerbach, 2003). No profundizaremos en cuestiones de intervención sobre este problemas al entender que no existen especiales variaciones con respecto al trato de pacientes no quemados. La literatura al respecto indica una reducción progresiva de los síntomas de manera natural, que en la inmensa mayoría de los casos no dificulta el funcionamiento cotidiano del sujeto. En nuestra opinión, posponer al alta la intervención sobre estos síntomas es sin duda la actuación más prudente.

4.2. Las dificultades con el nuevo aspecto físico

La imagen popular de un paciente quemado consiste en la representación mental de un rostro desfigurado, extremidades deformadas, algunas cicatrices anchas, trozos de piel oscura y tirante... por lo que de poco servirá comenzar diciendo que la apariencia no importa cuando a menudo la mayoría de nosotros, incluso los autores de este trabajo, hemos experimentado un intenso malestar en contacto con algunos de estos pacientes “feos”.

Al definir la imagen corporal como la valoración sobre cómo percibimos nuestro cuerpo, deberemos incluir en la ecuación la puntuación que le damos en relación a otros campos para obtener como resultado nuestra puntuación total de valía personal. Por supuesto, como su nombre indica, se trata de una cuestión muy personal que depende de nuestras experiencias previas y cuestiones estético-culturales que determinan nuestra adaptabilidad a los cambios corporales. Transformar el derecho a “ir con la fealdad por delante” en un valor, no resulta compatible con potenciar el ya conocido lema de “la belleza está en el interior”.

Las primeras señales de alteración de la imagen corporal y las reacciones emocionales asociadas suelen aparecer cuando se aproxima el alta hospitalaria y el paciente comienza a comprobar el aspecto con que tendrá que salir a la calle. Aunque previamente podríamos hablar de dos momentos claves: el momento de enfrentarse con el espejo y de enfrentarse al público.

El espejo permite la observación de los cambios “desde fuera” y supone la confrontación, con resultado de confirmación o desconfirmación, de lo ya supuesto o contado por otros. La falta total de “reconocimiento” representaría el polo

máximo del problema. Una buena descripción previa del estado del rostro y en algunos casos severos la realización de aproximaciones visuales sucesivas con ayuda de editores gráficos facilita la reducción del impacto emocional asociado a este momento. En cuanto a las reacciones de los otros, comentar que, junto a cuestiones cognitivas y estéticas, las modificaciones de la voz y capacidad de expresión gestual se añaden a la pérdida de nuestra principal señal identificativa e incluso de nuestra documentación antes de la fecha de caducidad. Darse cuenta de que el aspecto (cuando menos) llama la atención de otros resulta inevitable. De poco sirven palabras amables con tanta evidencia en contra. Sí, en cambio, mirar, tocar y acicalar como muestra de aceptación sin dejar de escuchar, si hay, la verbalización de sentimientos. Muchas veces los sentimientos de rechazo se infieren de señales no verbales en forma de conductas de evitación social y de rechazo a la autoexposición o exposición a otros del cuerpo.

La anticipación del rechazo de los demás, con o sin suficientes motivos objetivos, provoca reacciones de irritabilidad o vergüenza. Los estudios no aclaran si el tamaño y visibilidad de las cicatrices se asocia a más vergüenza y evitación social. El rasgo Introversión podría emplearse como posible explicación (Taal y Faber, 1998a) de esta cuestión tan personal. El hecho de que la visibilidad sea un predictor estadístico de sintomatología depresiva (Pallua y cols., 2003; Riis, Andersen, Pedersen, y Hall, 1992; Van Loey y Van Son, 2003; Williams y Griffiths, 1991) no nos exime nuevamente de indagar lo que el paciente piensa. Cuando la adaptación a estos cambios comienza de manera lenta a través de la no atención (no hablar sobre) o minimización de los cambios “nada va a cambiar”, no queda más remedio que respetar el ritmo y esperar.

No debemos olvidar que la cirugía reparadora puede paliar los efectos y es posible aplazar el comienzo de la adaptación con la esperanza de una solución mágica que, en ocasiones, ofrece resultados un tanto decepcionantes para los sujetos con expectativas excesivas sobre el resultado de su reconstrucción. Un cierto equilibrio entre negación, ilusión y esperanza, deseo de mejorar y capacidad de aceptación cuando la situación no da para más pueden ser los ingredientes de la pócima. El tiempo y la buena compañía harán el resto. Hacia el final, las valoraciones de las consecuencias pueden ser positivas (valorar más la vida, disfrutar de lo pequeño, darse cuenta de los afectos), pero lamentablemente las puntuaciones negativas caen en lo terreno de lo interpersonal, social y ocupacional. Es posible que la posibilidad de realizar una psicoterapia social sea la mejor solución a esto.

5. Conclusiones

Desearíamos, aún a riesgo de reiterar las ideas ya expuestas en este artículo, resaltar algunos puntos a modo de conclusiones sobre el buen trato psicológico de los pacientes quemados en el entorno hospitalario. Hemos destacado la necesidad de centrarnos en las dificultades actuales y expresadas de los pacientes en cada momento del proceso, anticipando problemas lo estrictamente necesario. De manera progresiva trataremos de colaborar a construir una historia coherente y sana de lo ocurrido al estilo del paciente, aplazando intervenciones sobre cuestiones traumáticas (potencialmente retraumatizadoras) a momentos posteriores al alta. A riesgo de resultar malos negadores, no queda otra opción que aceptar la evidencia y reconocer las realidades estéticas que justifican el rechazo de la imagen corporal propia y ajena como punto de partida a la defensa del derecho a “parecer feos”, al tiempo que contribuimos a facilitar la expresión emocional, la confianza en el equipo médico y el “trato familiar” que funcione como elemento protector (de apoyo social) ante una hospitalización prolongada. Finalmente creemos que resulta útil promover en el paciente y su entorno inmediato “la idea de proceso” que resulta tranquilizadora ante la expresión de emociones y actitudes negativas que son “necesarias” y muy posiblemente “provisionales”. Ante la imposibilidad de poder adivinar la evolución de los pacientes, el recurso de la “espera activa” protege de intervenciones yatrogénicas o excesivamente invasivas al confiar en los mecanismos curativos del paciente que va dosificando el afrontamiento de estas cuestiones tan duras y complicadas muy habilmente en su conciencia.

Referencias bibliográficas

- BAUR, K. M., HARDY, P. E. y VAN DORSTEN, V. (1998) Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of the literature. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 19, 230-240.
- BLUMENFIELD, M. y REDDISH, P. M. (1987) Identification of psychologic impairment in patients with mild-moderate thermal injury: Small burn, big problem. *General Hospital Psychiatry*, 9, 142-146.
- BREZEL, B. S., KASSENBRICK, J. M. y STEIN J. M. (1988) Burns in substance abusers and in neurologically and mentally impaired patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 169-171.
- BRYANT, R. A. (1996) Predictors of post-traumatic stress disorder following burns injury. *Burns*, 22, 89-92.
- CROMES, G. F., HOLAVANAHALLI, R., KOWALSKE, K. y HELM, P. (2002). Predictors of quality of life as measured by the Burn Specific Health Scale in persons with major burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23 (3), 229-234.

- DAVIDSON, T. I. y BROWN, L. C. (1985) Self-inflicted burns: a 5-year retrospective study. *Burns*, 11, 157-160.
- EHDE, D. M., PATTERSON, D. R., WIECHMAN, S. A. y WILSON, L. G. (1999) Post-traumatic stress symptoms and distress following acute burn injury. *Burns*, 25, 587-592.
- EHDE, D. M., PATTERSON, D. R., WIECHMAN, S. A. y WILSON, L. G. (2000) Post-traumatic stress symptoms and distress 1 year after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21(2), 105-111.
- FAUERBACH, J. A., HEINBERG, L., LAWRENCE, J. W., BRYANT, A. G., RICHTER, L. y SPENCE, R. J. (2002) Coping with body image changes following a disfiguring burn injury. *Health Psychology*, 21(2), 115-121.
- FAUERBACH, J. A., LAWRENCE, J. W., BRYANT, A. G. y SMITH, J. H. (2002) The relationship of ambivalent coping to depression symptoms and adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 47, 387-401.
- FAUERBACH, J. A., LAWRENCE, J. W., SMITH, C. W., MUNSTER, A. y COSTA, P. T. (2000) Personality predictors of injury-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188 (8), 510-517.
- FAUERBACH, J. A., RICHTER, L. y LAWRENCE, J. W. (2002) Regulating acute posttrauma distress. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 23, 249-257.
- FLORIAN, V., MIKULINER, M. y TAUBMAN, O. (1995) Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 687-695.
- FUKUNISHI, I., CHISHIMA, Y. y ANZE, M. (1994) Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. *Psychological Report*, 75, 1371-1376.
- GILBOA, D. (2001) Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 27, 335-341.
- GILBOA, D., BISK, L., MONTAG, L. y TSUR, H. (1999) Personality traits and psychosocial adjustment of patients with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 20, 340-346.
- LAWRENCE, J. W. y FAUERBACH, J. A. (2003) Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors. A path analysis. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 24, 63-72.
- NORONHA, D. O. y FAUST, J. (2007) Identifying the Variables Impacting Post-Burn Psychological Adjustment: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (3), 380-391.
- PALLUA, N., KUNSEBECK, H. W. y NOAH, E.M. (2003) Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns*, 29, 143-152.
- PARIS, J. (2000) Predispositions, personality traits and post-traumatic stress disorder. *Harvard Review Psychiatry*, 8 (4), 175-183.
- PARTRIDGE, J. y ROBINSON, E. (1995) Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21, 453-456.
- PERRY, S. W., CELLA, D.F., FALKENBERG, J., HEIDRICH, G. y GOODWIN, C. (1987a) Pain perception in burn patients with stress disorder. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 29-33.
- PERRY, S. W., CELLA, D. F., FALKENBERG, J., HEIDRICH, G. y GOODWIN, C. (1987b) Pain perception versus pain response in burn patients. *American Journal of Nursing*, 87 (5), 698.
- PTACKE, J., PATTERSON, D., MONTGOMERY, B. y HEIMBACH, D. (1995) Pain, coping and adjustment in patients with burns: preliminary findings from a prospective study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 446-455.
- RIIS, A., ANDERSEN, M., PEDERSEN, M. B. y HALL, K. W. (1992) Long-term psychosocial adjustment in patients with severe burn injuries: a follow-up study. *Burns*, 18, 121-126.
- ROCKWELL, E., DIMSDALE, J. E., CARROLL, W. y HANSBROUGH, J. (1988) Preexisting psychiatric disorders in burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9, 83-86.
- SKODOL, A. E. (1998) Personality and coping as stress-attenuating or amplifying factors. En B.P. Dohrenwend (Ed.), *Adversity, stress and psychopathology* (pp.377-389). New York: Oxford University Press
- TAAL, L. y FABER, A. W. (1998a) Posttraumatic stress and maladjustment among adult burn survivors 1 to 2 years postburn Part II: The interview data. *Burns*, 24, 399-405.
- TAAL, L. y FABER, A. W. (1998b) Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*, 23, 545-549..
- VAN LOEY, N.E., FABER, A. W. y TAAL, L. A. (2001) Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results. *Burns*, 27, 103-110.
- VAN LOEY, N. E. y VAN SON, M. J. (2003) Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (4), 245-272.
- WATKINS, P. N., COOK, E. L., MAY, S. R. y EHLEBEN, C. M. (1988) Psychological stages in adaptation following burn injury: A method for facilitating psychological recovery of burn victims. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9 (4), 376-384.
- WILLEBRAND, M., ANDERSON, G., KILDAL, M. y EKSELIUS, L. (2002) Exploration of coping patterns in burned adults: cluster analysis of the coping with burns questionnaire (CBQ). *Burns*, 28, 549-554.
- WILLIAMS, E. E. y GRIFFITHS, T. A. (1991) Psychological consequences of burn injury. *Burns*, 17, 478-480.
- YULE, W., editor (1999) *Post-traumatic stress disorder: concepts and therapy* (pp. 92-115) New York: John Wiley

La verdad soportable: Comunicación en cuidados paliativos



Irene Esperón Rodríguez

Psicóloga Clínica CHUVI

“La verdad puede ocultarse, pero no extinguirse”

FRANK LLOYD WRIGHT

Este trabajo fue presentado el 8 de Julio de 2008 en el curso. “Como transmitir malas noticias: aspectos psicológicos, clínicos y ético-jurídicos”, dentro de los cursos de verano de la Universidad de Santiago de Compostela.

Las verdades que no se piden pueden resultar tan destructivas como aquellas que no se dan cuando se solicitan. Hay verdades que como al sol no se las puede mirar de frente sin artilugios adecuados que impidan daños irreparables en nuestros ojos, en palabras de Javier Barbero, psicólogo adjunto del servicio de Hematología del Hospital Universitario de la Paz: “La muerte es como el sol, no puedes estar mirándolo permanentemente, sabes que está ahí, iluminando el final de tu vida, pero no puedes estar mirándola continuamente”. Hay verdades a medias que parecen mentiras y hay silencios que provocan soledades. La muerte en nuestra sociedad occidental continúa siendo un tabú, y lo que determina el mantenimiento de un tabú es que no se hable acerca de él. Si la verdad significa decirte que lo que te pasa no tiene cura, que

la muerte es una amenaza real y no incierta, entonces puedo temer tu reacción, y más todavía, puedo temer que yo no sepa cómo reaccionar ante ella. Es algo parecido al llanto, que cuando surge solemos imponerle al otro que cese, no porque le vaya a perjudicar sino porque a uno puede ponerle en una situación incómoda. Todos sabemos que para el que llora el mejor consuelo es, sin duda, llorar.

La medicina del siglo XXI exige de sus profesionales actitudes, conocimientos y habilidades que no sólo tienen que ver con los múltiples avances científicos. La legislación vigente y el marco bioético en el que se inscribe su ejercicio profesional obligan hoy más que nunca a los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, celadores, psicólogos... etc) a ser expertos en COMUNICACIÓN. Si este aspecto resulta fundamental en cualquier patología a la que hagamos referencia, adquiere un dimensionamiento especial cuando hablamos de enfermedades avanzadas complejas, es decir, de procesos graves que hacen necesario pasar del ámbito curativo al paliativo.

A lo largo del tiempo y en las distintas tradiciones médicas a nivel mundial el tema de la comunicación diagnóstica / pronóstica en cuidados paliativos ha sido controvertido. Hoy día podemos decir que hay entre los expertos un consenso

acerca del proceder correcto con este tipo de pacientes, donde el concepto de VERDAD SOPORTABLE adquiere su protagonismo. En aras de la autonomía del paciente (uno de los principios bioéticos básicos), éste debe tener en su poder la información que precise y solicite acerca de su enfermedad y de su pronóstico, entendiendo que igual que somos dueños de nuestro modo de vivir también deberíamos ser los absolutos protagonistas de nuestra muerte. Existen tantas “verdades soportables” como seres humanos, como individualidades. Estas verdades han de ser dispensadas en el momento oportuno y de la manera adecuada, siempre gradualmente, entendiendo la muerte como un proceso que no siempre sigue una línea continúa.

En la literatura de todos los tiempos y en la filosofía son numerosas las citas que hacen referencia al concepto de verdad en términos generales y que nos introducen en el tema en cuestión que estamos tratando. Así, Marco Tulio Cicerón dice: “La verdad se corrompe, tanto con la mentira como con el silencio”; Platón añade: “Hay que tener el valor de decir la verdad, sobre todo cuando se habla de la verdad”; Jacinto Benavente avisa sabiamente: “La peor verdad sólo cuesta un gran disgusto. La mejor mentira cuesta muchos disgustos pequeños y al final, un disgusto grande”; Manuel Vicent evidencia el peligro: “El que busca la verdad corre el riesgo de encontrarla”, Baltasar Gracián señala el desgaste del engaño en su cita: “Es tan difícil decir la verdad como ocultarla”, y Mark Twain advierte con mucha razón: “Si dices la verdad, no tendrás que acordarte de nada”. En la filosofía antigua: “verdadero” es lo que permanece, lo inmutable, lo que siempre es de la misma manera; lo cambiante es meramente aparente. La verdad es la idea (Platón) o la forma (Aristóteles) que se halla oculta tras el velo de la apariencia. En la filosofía contemporánea, la verdad es definida como utilidad: es verdadero lo que es “expeditivo” en nuestro modo de pensar, lo que introduce un “beneficio vital” que merece ser conservado; el concepto “verdad” se aplica a las ideas según sea su utilidad y no a los objetos, parafraseando a William James.

En conclusión y ya ateniéndonos a modernas definiciones del concepto en los diccionarios de lengua castellana al uso, “verdad” es la conformidad existente entre lo que se expresa y la situación real de algo o el concepto real que se tiene acerca de un tema.

Recientemente en el diario “El País”, en Junio de este mismo año al hilo de lo que hablamos, las periodistas Mónica L. Ferrado y Bárbara Celis escriben un interesante artículo divulgativo que compendia las opiniones de los grandes expertos a nivel nacional en este tema. Introducen acertadamente

el tema hablando acerca de la muerte de la gran Marlene Dietrich: “Cuenta la leyenda que días antes de morir, la actriz tuvo un encuentro con un sacerdote al que un amigo suyo coló en su casa con la esperanza de salvarla del infierno. Pero ella, en su lecho de muerte, con la fuerte personalidad que siempre la caracterizó, al verle, le echó sin contemplaciones: –Largo. ¿De qué voy a hablar con usted?. Tengo una reunión importante con su jefe!– Dietrich murió sin sobresaltos por una insuficiencia renal pocos días después; pareció presentir su muerte: se metió en la cama y llegó incluso a llamar a varios amigos para despedirse días antes de fallecer en 1992”. En España, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, contempla que todo enfermo tiene derecho a estar informado y a tomar decisiones autónomas. Lo segundo resulta lógicamente impensable sin lo primero. Es relativamente frecuente en los Hospitales escuchar a los médicos decir que un paciente no ha querido ser informado, esta aseveración ha de darse y sobre todo confirmarse, tras haber dado al enfermo la posibilidad de preguntar. Esta posibilidad hace referencia a haber buscado el lugar adecuado y el momento oportuno; un pasillo no es el lugar por ejemplo y con un malestar físico importante no es el momento tampoco. En el citado artículo aparece en primer lugar Javier Barbero, que afirma que: “Existe el derecho a saber, pero también a no saber. Un paciente puede desear saberlo para despedirse, arreglar asuntos prácticos, pero también puede querer ignorarlo porque es incapaz de convivir con una realidad amenazante y de estar sereno todo lo que le quede de vida”. Josep Porta, jefe del servicio de Cuidados Paliativos del Institut Català de Oncologia (ICO), puntualiza además un aspecto muy importante, el de entender la comunicación como algo procesual: “Se trata de un proceso, no de un mero acto informativo. Debemos de ser progresivos, adaptarnos al ritmo y a la realidad del paciente, involucrar a la familia. Se necesita dedicar tiempo y, en definitiva, recursos sanitarios...”; este mismo autor afirma que entre un 45% y un 65% de los pacientes pregunta abiertamente si va a morir, que no pregunten no significa que no lo sepan o lo sospechen: “una cosa es saberlo, y otra querer hablar de ello”. Entre los estudios publicados reseñados, destacan el del año pasado en el New England Journal of Medicine, donde se afirma que al menos 40 millones de estadounidenses se enfrentan diariamente con médicos que no se sienten obligados a decir a sus pacientes cuáles son sus opciones ante una enfermedad terminal, ya sea porque se sienten incómodos ante ese tipo de conversación o porque no creen que sea necesario; en otro

estudio presentado este año también en el último congreso de la Asociación Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO), en Chicago, realizados por médicos del Massey Cancer Center con 603 pacientes, indica que sólo el 37% de ellos había sido informado por su especialista; el estudio revela que muchos de los que sí recibieron información renunciaron a cuidados intensivos; entre los que no la recibieron, el 20 % prolongó la quimioterapia hasta una semana antes de morir. En este tema que nos ocupa existe como en el tema del suicidio una percepción errónea, así que al igual que hay consenso en pensar que hablar del suicidio con una persona no aumenta la probabilidad de que vaya a cometerlo, de la misma manera, puede pensarse que hablar de la muerte con un paciente puede llevarle a la depresión. Sin embargo, los datos de este último estudio también revelan lo contrario: no están más deprimidos quienes saben con certeza cuánto tiempo de vida les queda que quienes no lo saben; tampoco están más nerviosos, sus miedos y ansiedades son los mismos. No se puede reducir la acción a informar como si de un telediaro se tratase, sino que se trata de saber además el proceso emocional que la información va a causar en la persona, a este respecto es importante reparar en el concepto de esperanza, que ha de conservarse siempre, siendo el paciente el que en su proceso vaya dimensionándola según sus necesidades y querencias, en palabras de Porta: “Nosotros siempre tenemos que dar sentido a la esperanza, aunque sin levantar falsas expectativas. Durante todo el proceso, la palabra va adquiriendo un nuevo sentido. La esperanza no sólo es vivir. Cuando a alguien se le diagnostica un cáncer, la esperanza se fija en la curación. Cuando ya no hay cura, la esperanza es que la enfermedad avance lentamente. Cuando avanza, la esperanza es minimizar el sufrimiento, y si continúa, entonces la esperanza es morir en paz”. Viene a mi mente una paciente hace años a la que por un error se le informó “crudamente” acerca de su proceso pensando que no era ella misma la interlocutora que solicitaba la información acerca de él (estas cosas por extrañas y tristes que parezcan suceden en un sistema público a veces saturado, donde los pacientes pasan a ser números de una historia clínica), se murió a los pocos días, la poca esperanza que tenía se le derrumbó y ya no tuvo sentido luchar más.

Se hace necesario adaptar la información a la realidad de cada enfermo, es muy importante saber qué quiere saber y hasta dónde. Francisco Gil, coordinador del Servicio de Oncología del ICO, aconseja a este respecto: “Si el paciente te pregunta si tiene curación, la respuesta es: su enfermedad es tratable, pero no curable. Es una manera de decirlo menos dolorosa. Pero cuando no pregunta, entonces le inci-

tas tú mismo diciéndole si tiene alguna duda. El camino no es sencillo. Muchos pacientes te dicen: a mí no me importa el pronóstico, lo que quiero saber es si voy a sufrir o no, es decir, que sólo quieren que les expliques las opciones de tratamiento”. En nuestra sociedad, a diferencia de los países anglosajones, el trabajo con las familias es fundamental a este respecto; en España el núcleo familiar se involucra mucho en los cuidados del enfermo, pero en consecuencia suele ser más proteccionista y con frecuencia piden al médico que esconda información que pueda resultar amenazante a su familiar, la llamada en el ámbito paliativo “conspiración del silencio”. Todavía hoy día sorprende ver como algunas familias han llegado a falsificar informes médicos que dan a los pacientes, con el consiguiente peligro que esta acción conlleva, no sólo desde el punto de vista ético ó moral, sino también desde lo estrictamente médico. Es difícil mantener las mentiras cuando la realidad se impone, cuando la enfermedad se manifiesta abiertamente, porque el deterioro físico es imposible de “disimular”. En consecuencia de esta acción, que pretende ser proteccionista, el paciente puede sentirse engañado y se aísla, no queriendo participar en la pantomima impuesta. No confundamos el mecanismo de negación del paciente con este tema, una cosa es que yo voluntariamente elija no querer saber y otra muy distinta es que me oculten la verdad. Gil, afirma a este respecto: “En nuestra sociedad, la familia es una oportunidad, pero también puede ser una barrera. Tienen derecho a conocer la situación, pero eso no quiere decir que la información les pertenezca”. Por eso, resulta fundamental que todos los que trabajamos en este ámbito entendamos a la familia junto con el paciente formando un todo objetivo de nuestra intervención, Barbero reflexiona acerca de ello: “Poco a poco se van dando cuenta que ocultar la realidad acaba trayendo más problemas que beneficios. Les decimos que al enfermo le explicaremos cuáles son las opciones terapéuticas y en qué consisten, y que si llega el momento en que nos pregunta sobre el pronóstico, vamos a responderle siempre”.

En lo que respecta a la revelación del diagnóstico, el código de ética y deontología médica de 1990 establece en su artículo 11: “Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad y el médico debe esforzarse en posibilitárselo con las palabras más adecuadas”; en el punto 4 de ese mismo artículo: “En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su enfermedad y le informará con delicadeza, circunspección y sentido de responsabilidad del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o alle-

gado o a otra persona que el paciente haya designado para tal fin”; en el punto 5 se añade un aspecto muy importante: “En beneficio del paciente puede ser muy oportuno no comunicar inmediatamente un pronóstico grave. Aunque esta actitud debe de considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente a decidir sobre su futuro”. Cada paciente y cada familia son únicos: la información será lo más individualizada posible de acuerdo a la personalidad, deseos y puntos fuertes y débiles de la persona interesada. Muchos familiares que se oponen en principio a que el paciente se le dé información, se tranquilizarán si se les dice que no se le mentirá nunca al paciente y que éste no será enfrentado a una información que no ha pedido, dándosela sólo cuando él la demande o existan muestras de estar listo para recibirla. Para decidir si se revela ó no un diagnóstico, qué decir y cómo hacerlo, es necesario conocer que existen las siguientes situaciones, en las cuales el paciente puede:

1. Saberlo ya ó sospechar la verdad sin que se lo haya dicho nadie. Esto sucede en la mayoría, a veces desde el inicio de la enfermedad: es preferible dejar que el paciente lo plantee, si es su deseo.
2. Desear sinceramente conocer la verdad y hablar del tema, por lo que ésta puede revelarse con cautela y sin que ni el enfermo ni el médico se sientan molestos. Hay personas que una vez conocen la verdad, se quedan tranquilos y en paz y consuelan ellos mismos a los familiares. La incertidumbre puede producir ansiedad e inhibir el ajuste psicológico.
3. Estar muy asustado y preferir que se le tranquilice más que decir la verdad, aunque lo esté preguntando directamente. Si este fuera el caso, se decidirá.

En ocasiones puede ser necesario preguntarle si está preocupado sobre el curso que lleva su enfermedad, qué le han dicho sobre ella y sobre lo que piensa de cómo van las cosas hasta ahora, para saber lo que conoce, si se da cuenta de su situación y si le interesa conocer más. Charles Edwards y Selby, establecen una serie de principios claves para hablar con los pacientes paliativos, que a pesar de redundar en lo mismo que hemos mencionado, introduzco a modo de resumen, subrayando aspectos muy importantes:

1. Escuchar bien: si hacemos lo posible por ser buenos oyentes, el paciente nos dirá lo que conoce, lo que quiere conocer, el ritmo y la cantidad de información que requiere.
2. No mentir nunca a los pacientes: la verdad variará dependiendo de la disposición del paciente a escuchar. El paciente se sentirá aliviado al saber que quienes le ro-

dean son honrados con él y no pretenden hacerle creer que van a recuperarse de nuevo.

3. Evitar o procurar que no se produzca una “conspiración del silencio” entre el paciente, sus familiares y el médico; porque ésta introduce un elemento de represión y aislamiento emocionales en unos momentos clave en los que el enfermo precisa de comprensión, consuelo y compañerismo.
4. No descartar nunca una posible esperanza: puede haber esperanza por una remisión, por una cura milagrosa, unas semanas libres de dolor o por una vida mejor después de la muerte.
5. Evitar la falsa alegría tanto por parte del sanitario como por parte de los visitantes ó familiares. Raramente llega a ser convincente y lo que esa persona necesita es comprensión, no distracción.

Una vez que se ha decidido informar es importante hacerlo gradualmente para dar tiempo a paciente y familia a adaptarse a la nueva situación, absorberla y que se originen preguntas sobre ese aspecto. No decir la verdad a quien no desea saberlo o quién no esté preparado para ello, ya sea psicológica ó emocionalmente, porque puede convertirse en una experiencia frustrante que hará sus últimos días más angustiosos. Otro aspecto muy importante es que se ha de asegurar la confidencialidad de la información tanto a los miembros del equipo, como al paciente y a su familia; es esencial y apropiado que los familiares reciban información y sean consultados sobre todos los aspectos del manejo médico y de enfermería, pero esto debe ser además de la información que reciba el paciente y no en su lugar. Se conseguirá pues el permiso del paciente antes de divulgar una información a cualquier persona, y sus deseos deberán ser seguidos aún cuando la persona con la que se tenga que tratar del tema sea consanguínea.

Kessler, en su libro “El derecho a morir en paz y con dignidad”, en 1997, compendia los derechos que debería de tener un enfermo paliativo, todos ellos directa ó indirectamente relacionados con el tema de la comunicación:

- El derecho a ser tratado como un ser humano digno.
- El derecho a mantener una actitud esperanzada, por muy cambiante que pueda ser su orientación.
- El derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una actitud esperanzada, por muy cambiante que pueda ser.
- El derecho a expresar sentimientos y emociones sobre la muerte a nuestra propia manera.

- El derecho a participar en todas las decisiones concernientes a nuestro cuidado.
- El derecho a ser cuidado por personas compasibles, sensibles y bien informadas que intenten comprender nuestras necesidades.
- El derecho a esperar atención médica continuada, aunque los objetivos pasen de curativos a paliativos.
- El derecho a recibir una respuesta honesta y completa a todas nuestras preguntas.
- El derecho a buscar espiritualidad.
- El derecho a no padecer dolor físico.
- El derecho a expresar sentimientos y emociones sobre el dolor a nuestra propia manera.
- El derecho de los niños a participar de la muerte.
- El derecho a comprender el proceso de la muerte.
- El derecho a morir.
- El derecho a morir con paz y con dignidad.
- El derecho a no morir solo.
- El derecho a que se respete el cuerpo después de la muerte.

Actualmente, es grato pensar, el que aún quedando mucho por andar, estos derechos resultan cada vez más obvios y mejor respetados en la medicina. Las Unidades de Cuidados Paliativos, como dispositivos específicos, aunque no sólo, tratan de contemplar estos derechos como objetivos a conseguir.

Los que trabajamos en cuidados paliativos sabemos que “cada uno se muere como vive”, hemos de saber respetuosamente cómo han vivido las personas su vida y ayudarles a vivir su muerte como elijan, y para elegir debo saber a qué me enfrento y a la irreversibilidad de lo que me sucede.

Mientras preparaba este tema me han venido a la mente múltiples pacientes, personas que me han dado el privilegio de compartir su intimidad en un momento de extrema vulnerabilidad psíquica como es el padecimiento de una enfermedad terminal. Recuerdo de modo especial uno de los primeros pacientes, a la que su oncóloga pidió colaboración del psicólogo, pues ante su pregunta de qué es lo que quería saber acerca de su enfermedad, contesto: “Dra, yo sólo quiero saber un poquito”. Mi primera entrevista con Manuel consistió en saber cuánto era ese “poquito”. Concluimos que lo que quería saber era si se iba a curar, nada más, la Dra le dijo que no. Manuel nunca preguntó nada más, se murió dos meses más tarde, tranquilo, acompañado de su familia y arreglando sus cosas, que sólo él sabía como arreglar.

Si en una cinta de maletas del aeropuerto nos permitiesen hacer un estudio y pudiésemos ver el interior de cada una de

ellas, nos sorprendería la diferente manera de viajar de cada persona y qué es lo que cada quién necesita. Morir es partir también, a la nada o a cualquier sitio, dejemos que cada quien haga su maleta, o en ocasiones que manifiesten expresamente que otro se las haga. De igual manera hay personas que odian despedirse y que nunca se les verá en ninguna estación de tren y otras, al contrario precisan de un último abrazo y de mirarse. Respetar es informar, tratar es dejar decidir y decidir bien sólo lo hace quien cuenta, no con toda la información disponible, sino con la que necesita.

Acabo, con unas palabras de Bayés, eminente psicólogo que ha dedicado buena parte de su carrera profesional al estudio de la temática expuesta:

La comunicación de malas noticias, si se lleva a cabo de forma adecuada, a pesar de los riesgos que supone enfrentar al individuo con su muerte psicológica, tras una primera etapa de conmoción y aturdimiento suele disminuir la percepción de amenaza al incrementar la percepción de control del enfermo sobre algunos aspectos relevantes de un fenómeno aversivo que necesariamente va a tener que afrontar.

Bibliografía:

- GÓMEZ SANCHO M. et al: *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas. ICEPSS. 1994.
- GÓMEZ SANCHO M.: *Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales*. Las Palmas. ICEPSS. 1998.
- KÜBLER-ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Grijalbo. 1972.
- ASTUDILLO, W. y MENDINUETA, C.: *¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?*. Ars Médica, Vol 11, Nº 11.
- ASTUDILLO, W. et al: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona. Euiinsa. 2002.
- ARRANZ, P. et al: *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona. Ariel Ciencias Médicas. 2005.
- FLÓREZ LOZANO J. A.: *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Barcelona. Astra Zeneca. 2001.
- GARCÍA CAMBA, E.: *Manual de psicooncología*. Madrid. Aula Médica ediciones. 1999.
- COSTA y LÓPEZ: *Consejo psicológico*. Madrid. Síntesis. 2003.

Sobre la psicooncología



Jorge García Fernández

Psicólogo Clínico
Complejo Hospitalario Universitario
A Coruña

Sobre el extraño fenómeno de padecer un cáncer

En este lugar, donde existe el derecho a sentirse especial por tener problemas, la enfermedad oncológica ocupa el primer puesto en el *ranking* de dificultades con capacidad de alterar la trayectoria vital de los individuos habitualmente prevista de una duración próxima a la eternidad.

La sorprendente noticia de recibir un diagnóstico de cáncer contrasta enormemente con las cifras de prevalencia de este tipo de problemas. Con los números en la mano, parece bastante probable que algún vecino de nuestro bloque de viviendas fallezca a causa de un cáncer de próstata; mucho más normal que la causa de su muerte haya sido una neoplasia de mama, colon o hematológica y estadísticamente vulgar que un conocidísimo vecino haya acabado su vida de un cáncer de pulmón. Un gran número de otros tipos muy frecuentes se sumaría a los antes citados para representar algo más de la cuarta parte de las causas de muerte en nuestro país. Una cifra bastante similar se correspondería a otros casos de personas con la enfermedad en remisión o en desarrollo y que ven interrumpida su existencia por otro tipo de patologías. En definitiva, que al menos la mitad de nuestra convecinos sufrirá en algún momento de su vida un sorpresivo e inesperado diagnóstico con el título de cáncer y se verán obligados

a sobrevivir el resto de su tiempo mientras la enfermedad remite, se desarrolla o se acompaña de nuevos males que inevitablemente irán apareciendo.

Y sin embargo, la apabullante normalidad de estos acontecimientos no parece que haya provocado en nosotros un fenómeno de habituación al igual que ocurre con el asunto clásicamente conocido como muerte y que en la actualidad ha tomado el nombre de fallecimiento, deceso, *éxitus* u otros seudónimos más o menos borrosos que dificultan la obligada puesta en contacto con el asunto, tan necesaria para perderle el miedo. La asociación automática entre estos dos conceptos y su abordaje de forma tan similar en nuestra cultura, con un estilo muy próximo a la absoluta negación, a base de exposiciones breves y ocasionales, no facilitará posiblemente la lectura de este artículo sin experimentar cierto grado de malestar y angustia ante la brusca apertura de la ventana de la más transparente evidencia.

Sobre las primeras emociones del cáncer

En la línea de lo anterior, la aparición de un acontecimiento altamente aversivo e intensamente inesperado no puede causar una pronta respuesta de adaptación por parte de los

sujetos. Frente a las tan certeras expectativas de continuidad en la trayectoria vital de los sujetos y la aparición en pantalla de la repentina posibilidad de un desenlace fatal (como si existiese otro), la noticia de padecer algún tipo de cáncer más o menos malo desmonta bruscamente la estructura personal sustentada sobre los pilares de la salud y el tan imprescindible bienestar. Cuando las reparaciones son tantas es posible que resulte más sencillo derribar por completo el edificio para incluir elementos difíciles de integrar en el espacio actual. Sin embargo, esa visión de una vida en forma de escombros, mientras no son retirados y comienzan los nuevos cimientos, no provoca otra cosa que una sensación de intenso vértigo. La conceptualización como duelo o crisis no supone una gran diferencia a la hora de describir la sensación de caos que acompaña este momento. La necesidad de dosificar el cambio en forma de negación o dudas poco razonables, aplaza el proceso de poner en marcha los mecanismos de demolición y permite ganar tiempo para obtener apoyos emocionales, informativos y materiales que colaboren en la tarea de diseñar los bocetos de la nueva vivienda y así dulcificar el trago del derrumbamiento del hogar actual. Blasfemar y patear ante la mala suerte, fenómenos psicológicamente derivados de la frustración por no obtener lo esperado, forman parte del inicio de este camino (y también de los derechos personales). El momento tan deseado de la completa aceptación nunca llega. Se irán atenuando de forma intermitente las lamentaciones dejando paso al principio de las obras siempre compatibles con la idea de “lo tan bonita que era la casa antigua”.

Sobre los diferentes modos de avanzar con cáncer

No todos los individuos prefieren conducir durante un largo viaje. Sin duda disfrutar de *esa sensación de potencia en tus manos* resulta atractiva para un gran número de clientes pero indudablemente muchos otros se abandonan en manos de pilotos que consideran experimentados mientras leen, escuchan música, dormitan y observan el paisaje. Ilusionarse con una estrecha dirección de las obras puede que no tenga mejores resultados que programar una estupenda jornada de playa realizando un continuo seguimiento de la dirección de las nubes. La tan renombrada lucha contra el cáncer puede que resulte más interesante para los biólogos, sus industrias y para los números del cáncer que para muchos individuos enfermos que optan por mantenerse también alerta a otras cuestiones infinitamente más lúdicas. Promover una saludable actividad física jadeando unos pocos kilómetros tras la

quimioterapia compite con la atrayente idea de abandonarse al cáncer postrado en la *chaisse longue* cubierto con una aterciopelada manta de cuadros. Sin duda la calidad del libro, la peli y el zumo de naranja (preparado por otro, claro), se sumarán al resto de los síntomas en la puntuación de la calidad de vida de esa más onco-“lógica” tarde de domingo. La aceptación del obligado malestar y en alguna medida de la tristeza como parte del trayecto resulta sin duda más rentable que creer en lo difícil de poder sobrevivir por el hecho de no conseguir sentirse más animado y con más ganas de gresca.

Esa famosa actitud activa y de control denominada *espritu de lucha* y que cuenta con numerosos adeptos entre nuestros congéneres psicólogos como tratamiento biológico del cáncer no resulta tan clara para la literatura experta en estas cuestiones. La atrayente sensación de control sobre la vida parece ilusionar mejor a este tipo de seres humanos que al resto de los profesionales de la salud y desde luego a un gran número de pacientes de cáncer. Resulta también evidente, aunque un fenómeno menos iluminado, que las otras estrategias, centradas en mantenerse atento a otros asuntos vitales además de la enfermedad, son un planteamiento cuando menos igual de sano. La propia denominación de estos caminos como negación, evitación o estrategias pasivas sugiere que las personas están huyendo o se encuentran paralizadas al no saber comportarse contra la enfermedad como es debido. *Valientes contra cobardes* podría haber sido el título de este apartado. En ese caso, el que escribe no sabría con qué adjetivo calificar a cada uno de estos dos tipos de estilos.

Sobre el fracaso de sobrevivir luchando contra el cáncer

La pérdida de la esperanza en curarse, mejorar o simplemente seguir tirando se considera el *novamás* del fracaso de los sujetos enfermos. El término desesperanza, construido en experimentación animal mediante descargas inescapables aplicadas por un hombre de bata blanca, se define en este otro contexto como la creencia y los sentimientos asociados a estar *jodidos sin remedio*. Pero el agazapamiento inventado por las ratas de Seligman no representa la pérdida de fe en el después, la evaporación de motivos y proyectos personales ni el apagón de las ganas de tirar de un cuerpo que no quiere continuar avanzando. Sin duda aquellos roedores no tenían más asuntos pendientes aquel día que regresar a su apacible jaula sin parrilla ni palanca. La esperanza, la fe, algo así como la amplia certeza de que algo va a ocurrir, se diluye cuando los individuos al fin se percatan de que pueden no

ser capaces de hacer algo y/o aunque así fuera no serviría de mucho (algo más próximo a los dos tipos de expectativas que conocemos). Cuando uno y/o los demás esperan poder realizar siempre acciones combativas y salvarse mediante ellas, la resistencia de su fe ante las sucesivas adversidades resulta tan vulnerable como la de un jefe siux en Manhattan. Sólo aquellos creyentes de élite resistirán el envite de observar un gran marcador con varios goles en contra. Para explicar que la motivación para remontar se incrementa con el tamaño de la derrota no hemos encontrado teorías. No disponemos de argumentos para su defensa si estos individuos son acusados de muy “raritos”. Claro que podemos chancullar el marcador y presentar siempre un empate o un solo gol de churro como desventaja. No resultará nada complicado que los otros componentes del equipo participen del *tocomocho* en aras de la moral del pichichi tan necesaria para la victoria final. El aclamamiento popular y los ruidosos cánticos no dejarán entrever un solo atisbo de duda sobre la posesión de ese glamuroso estatus. Con el transcurso del tiempo los otros estarán pidiendo con sutiles señas el final del partido. La interpretación de la desidia de los compañeros como cansancio o pájara provisional precisará de un incremento de dioptrías, un hecho nada infrecuente pero tan necesario para continuar la interminable cadena de medias milongas. Cuando las cosas se complican, la brusca transformación del intenso espíritu de lucha en la más absoluta negación de lo que hay, no cuenta con evidencia científica pero juro haberla presenciado en muchas ocasiones. La creencia en estilos puros y estáticos no deja de ser una media patraña más para presentar una realidad más linda de la predecible conducta humana.

Cuando el eterno fracaso reiterado de tratamientos y el obligado agotamiento sólo puede ser paliado con eternas soluciones alternativas y períodos de descanso artificiales, el desenlace de este *Show de Truman* dependerá sin duda, tanto de la cuidosa programación del guión cotidiano como de la poca curiosidad del protagonista. El deterioro espontáneo o compasivo del nivel de conciencia en los últimos días ayudará a escribir un final feliz.

Sobre los argumentos de los mas inconscientes vividores

Para otros, la capacidad para viajar incómodo y conformarse con llegar hasta donde alcance el límite de la actual visa les libera de solicitar alguno de esos rápidos créditos trampa que ahogan inexorablemente el afán de perpetuar el viaje. Ganar el tiempo que permita seguir ganando tiempo no parece mejor argumento que perder el tiempo como forma de

vivir el tiempo. No será necesario recurrir a ningún relato sufi para hablar sobre la infinitud del tiempo y la incapacidad de conseguir un cubo lo suficientemente grande para recogerlo. Tampoco sobre si la vida de la mariposa es más o menos larga que la de la tortuga teniendo en cuenta la inmensa cantidad de vida que a ambos les ha restado por vivir. Incluso ese afán etológico de prolongar el día podría ser matizado simplemente por la sensación de haber dejados hechos lo deberes, la cocina recogida, y según los casos la ropa de mañana preparada. Entender que existe un momento en el que debemos de bajarnos del ti vivo sin rechistar cuesta trabajo por muchas que sean las razones a esgrimir: que hay más gente en la cola, que se termina el dinero, que hay que ir a otro sitio, que nuestros cuidadores están cansados de estar de pie o simplemente porque ya es demasiado tarde. Es una pena no poder dar una vuelta más pero sin duda ha estado bien el viaje... Construir más argumentos del estilo no es muy difícil y la fe para creer en ellos puede conseguirse a base de observar detenidamente el funcionamiento repetido de la feria.

Muchos evitadores y buenos negadores se empeñan en pensar que “ya que hay que marchar mejor contentos” y muchos con buena salud hasta el final pueden incluso disfrutar en esa apacible tarde de domingo, de la última vuelta. Repasar los deberes terminados suele resultar una lista más larga que los aún pendientes y luchar mucho por seguir no es el principal y único plan. Interpretar como hemiagnosia o negligencia atencional la ausencia de berrinches y la actitud poco combativa resulta injusta e incluso insultante para estos más expertos *vividores*.

Así, el fracaso de mantener la fe resulta menos condicionado al diseño de un buen guión, de la azarosa evolución de la enfermedad, e incluso puede dotar a los sujetos de esa fantástica sensación de control sobre sus momentos pendientes. Centrarse en aquello posible hoy y respirar con el trozo de pulmón que queda no parece mala solución. Lo difícil de vivir con cáncer para ellos suele estar relacionado con intensas dolencias físicas que salpican los cristales limitando la capacidad para observar mucho de lo que ocurre ahí afuera; de presenciar toda esa gran cantidad de nimiedades cotidianas con las que llenamos el cubo. Afortunadamente las pócmas médicas van avanzando para poder pasear por el jardín, conversar o dormir placidamente hasta el último día. Los otros mientras, acompañan el paseo como siempre sin necesidad de repetir constantemente lo bien que va todo y lo afortunado que debe sentirse uno por mejorar tanto a pesar de que el maldito servicio de lavandería del hospital envíe pijamas cada vez más grandes.

Sobre la penosa tarea de no tratar el cáncer

Sin duda que, una vez subidos a la chalana, remar de espaldas al destino es la manera más adecuada para avanzar con más fuerza. También resulta la forma más fácil de perder de vista el objetivo y más aún cuando este varía con frecuencia de posición. No queda más remedio que hacerlo mirando hacia delante sobre la estela de la nave capitana en esta travesía en grupo donde somos simplemente uno más. El paciente con la gorra adornada de anclas doradas y sus galones lustrosos guía, con la ley en la mano, su propia república bananera. De acuerdo con estas condiciones, una actitud sumisa ante la autoridad destinada a conseguir “permiso para preguntar” resultaría adecuada como punto de partida. La aceptación de dicha propuesta seguida de innumerables salidas por peteneras más o menos elegantes representa para algunos el reto de vencer la resistencia mientras que para uno, con la ley en la mano, es la inequívoca señal, cuando menos, de alejarse un par de millas en espera de nuevas instrucciones.

Otras veces, el ingenio marino nos habla de esa inflamación tan resistente que ha requerido un tratamiento tan intenso dejando en manos de los que tanto saben el devenir del asunto. En buena compañía y sin otros problemas vitales o angustias especiales nos atiende cordialmente y nos invita más o menos explícitamente a quedarnos a una sola milla de distancia. En situaciones similares puede incluso aparecer alguna demanda sobre cosas de nervios que alteran el sueño, aburrimiento o cuestiones interpersonales tangenciales a la enfermedad y solicitan un tratamiento *light* que podemos realizar de forma poco invasiva al estilo de cada cual y mejor aún si nos acompaña algún avezado compañero especialista en boticas *flash*.

Cada vez son más los que hablan sobre lo que ocurre con nuestro mismo lenguaje, llaman a las cosas por “su nombre” (igual que nosotros) y pueden hasta incluso hacerlo a nivel microscópico. Casi siempre una llamada de móvil nos interrumpe la cháchara. Les pido que atiendan la llamada mientras señalo la puerta levantándome para respetar la intimidad de la conversación. Generalmente sorprendidos, me piden que espere mientras les indico señalando mi reloj que no hay prisa. Mientras hablan aprovecho el tiempo para registrar algunos datos estadísticos o simular que reviso algunas notas a fin de no incordiar. Por supuesto que los comportamientos son muy diferentes. Un educado “estoy con un doctor, luego me llamas” nos deja sin información nueva. El relato de un parte médico detallado contrasta con conversaciones donde un breve “vamos tirando” va seguido de frivolidades diver-

sas de la vida cotidiana. Manteniendo como factor constante el tipo de interlocutor, las respuestas de los enfermos algo sugieren sobre su estilo de presenciar su problema. Una vez distendido el ambiente, en ocasiones varias breves visitas, podemos comprobar que los relatos varían de temática, siendo posible mantener conversaciones muy ajenas al obligatorio foco problemático supuestamente más intenso. Empeñarnos en la árdua tarea de detectar problemas de diferente índole, más que en rastrear sigilosamente asuntos en que ayudar, en nada contribuye a distraer la atención sobre la adversidad que tan hábilmente realiza nuestro capitán.

Con frecuencia, y mejor cuando las cosas aún van bien, es un buen momento para conocernos, mostrar cuales son las reglas, contribuir a aclarar dudas, aportar confianza en su asistencia, saber sobre asuntos de familia... y absolutamente nada más. Podríamos llamar a esto técnicamente la psicoterapia de no intervenir en pacientes con cáncer.

Sobre como mejorar los modales y el saber estar con las personas con cáncer

La decisión de actuar aparece cuando nos indican que rememos con fuerza y nos pongamos durante un momento a la par de la nave que guía. Una repentina y manifiesta crisis de fe o una más *enmascarada* exhibición de síntomas de los nuestros, habitualmente relacionada con el incremento de molestias internas o externas o ambas cosas según los casos. En términos pugilísticos suele bastar un poco de permiso para reposar legitimando el necesario descanso del guerrero en el rincón entre asalto y asalto. Con los más vividores, al ver reducida su capacidad para vivir del presente día, poco más queda que plantear el asunto como provisional y aliviar el sufrimiento como sea. Toda aparición de ideas sobre el futuro de esta guisa mejor dejarlas y trabajar sobre un mejor presente resulta un buen plan. Un experto camionero habló de no poder mirar lejos con tanta niebla a riesgo de “meterse” y que cuando la cosa se pone fea mejor detenernos en el arcén y subir la radio. Aprovecharemos mejor la jornada laboral gastando el limitado tiempo de conducción más tarde. Con las reiteradas acometidas y sucesivos amagos de leve mejoría, las fuerzas se agotan en el intento de arrancar y parar en rampa sin llegar a meter nunca la segunda. Un objetivo muy modesto sobre la distancia a avanzar hace mucho más liviano el mal trago.

La retirada de la alta competición es siempre una difícil decisión si supone la pérdida de la popularidad, la separación

de los compañeros de equipo y de los motivos para madrugar y para cuidarse. Terminar la carrera deportiva como defensor patético en el mejor equipo de Groenlandia puede ser un ejemplo de estilo de afrontamiento “congelado”. Fletar autobuses para los *fans* incuyendo a un par de amigos periodistas es una buena receta para mantener viva la autoestima, si es que no queda otro remedio.

Pero algunos opinamos que resulta mejor, si puede ser, pasarse al plan B de recolectar folletos de viajes, comprar puzzles difíciles o algunas lecturas sobre ingeniería fácil que permitan supervisar de forma interesante las obras de enfrente de casa. Una muy lenta transformación del discurso (con los guantes colgados tras la puerta) puede ser acompañada por un experto conversador (un psicólogo, por ejemplo) que evite la aparición de los malos sentimientos en el tránsito y ponga freno a las reacciones de la chusma que apuntan hacia un impulsivo linchamiento.

En defensa del rango de capitán habrá que mantenerse a las órdenes, colocar la vela en la dirección del viento y orientar al resto de los soplidos para que impulsen en la misma dirección.

Y sobre el comienzo del trabajo en el proceso de adaptación a la experiencia de padecer cáncer

A estas alturas, valoraría como un estrepitoso fracaso que el lector no adivinase el argumento de este apartado. La tentación de dejar unas líneas en blanco a modo de *lee y completa* ha sido desestimada a riesgo de parecer poco formal. En todo caso seré muy breve argumentado que resulta evidente que no disponemos de muchos modelos de morir, simplemente porque no los vemos. Que es evidente que la prensa habla de lucha y de derrota como único titular, simplemente porque es lo único que vende. Que es evidente que no sirve una sólo y rígida respuesta inamovible ante la enfermedad, simplemente porque cambia y sirven otras. Que es evidente que las cosas psicológicas se cuentan de pocas maneras pese a que resulta evidente que la sagrada evidencia con mayúsculas sobre el asunto no está nada clara.

Así que, de momento, nos conformaremos con predicar sobre “la verdad” mientras se asientan los pilares de esta otra alternativa secta compatible con la supervivencia de la psicooncología.

Unidades del Dolor: ¿Son posibles sin Psicólogos Clínicos?



Manuel Castro Bouzas

Psicólogo Clínico. Servizo de Psiquiatría.
Área Sanitaria de Ferrol

Introducción

Cuando estaba meditando sobre el contenido de este artículo, en cómo estructurarlo y en cómo expresar lo que quería comunicar, me percaté de la dificultad de titularlo. Títulos como “El psicólogo clínico en la Unidad del Dolor”, “El rol del Psicólogo Clínico en la Unidad del Dolor” o similares estaban repetidos ad nauseam en la literatura, y de alguna manera me sonaban a esa perpetua búsqueda de la identidad en la que algunos parecen embarcados (¿o interesados?) ad aeternam.

Me sorprendió esta dificultad ya que el dolor es una experiencia universal. Está presente desde el comienzo de la vida, es elemento básico en múltiples enfermedades como uno de los primeros signos de su presencia y evolución, favoreciendo la supervivencia de la persona. Como vivencia personal su estudio por parte de la Psicología está fuera de toda cuestión, y la aplicabilidad de los conocimientos que provienen de tal estudio debieran ser claros.

Pero creo que los frutos de la Psicología en este campo aún no tienen la presencia que deberían en el campo clínico. Primero considero necesario aclarar de que estoy hablando.

¿Qué es el dolor y por qué se puede considerar un reto?

La mejor manera de evitar discusiones es acudir a las autoridades: bien para ponerse a su abrigo, bien para atacarlas y definirse en función de ese ataque. En la definición empleada por la International Association for Study of Pain (1979), el dolor se describe como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión en los tejidos, presente o potencial; o que está descrita en términos de tal lesión. Y añade que el dolor siempre es subjetivo. Este último elemento nos devuelve a la persona al centro, no sólo como víctima, sino también como actor en la expresión del dolor.

De hecho la propia IASP (1994) propone una clasificación multidimensional, en el que el eje que se refiere a la etiología recoge 3 posibilidades: orgánica, disfuncional y psicógena. Esta última nos dirige directamente a los mecanismos psicológicos que actúan, y la disfuncional con frecuencia nos dirige al manejo que la persona realiza de los recursos que tiene a su disposición, pudiendo aparecer conductas que autoperpetúan el problema.

Pero el dolor también tiene otra serie de características (Penzo, 1989):

- El dolor es una experiencia subjetiva, expresada en un informe verbal.
- El dolor no sigue los criterios de una modalidad sensorial simple, siendo una experiencia compleja.
- La experiencia de dolor se transmite a través de la expresión verbal y puede ser estudiada mediante el análisis funcional.
- El dolor implica asociación entre la experiencia previa de la persona, la experiencia sensorial actual, su naturaleza aversiva y el estado afectivo.
- El dolor implica atribuciones de significado a experiencias sensoriales desagradables.

Otro elemento que incluir (Valdés, 2000) sería el considerar que el dolor (como experiencia emocional y al margen de su etiología) sería modificable como cualquiera otra respuesta emocional. Con el paso del tiempo además la conducta de dolor se socializa, mostrando una expresión determinada en el medio en el que se desenvuelve. De este modo la vivencia y la expresión de dolor son fenómenos determinados por múltiples factores (Donker, 1991).

Con todo esto podemos incluir los siguientes elementos como constituyentes de los retos que presenta:

- Es un elemento central en la demanda asistencial.
- Es un reto para los recursos terapéuticos.
- Revisa las relaciones entre terapeuta y paciente desde quien expone el problema del dolor y desde quien acepta la medida terapéutica para intervenir en el dolor.
- Cuestiona cuales son los indicadores de patología y cuales la medida de los resultados.

En cuanto a la influencia de los factores psicológicos en la expresión del dolor, Fordyce (citado en Penzo, 1989) señala 2 tipos de conductas de dolor:

- *Conductas de dolor reflejas*, que actúan consecutivamente al estímulo nocivo, más vinculadas al dolor agudo.
- *Conductas de dolor operantes*, emitidas por las consecuencias que implican (atención, masaje, analgesia), con un abandono de las responsabilidades, que tienen un rol más relevante nos cuadros crónicos.

Y el propio dolor podría ser dividido para su estudio en 3 dimensiones (Melzack, citado en Penzo 1989) que corresponderían con estructuras biológicas distintas:

- *Senso-discriminativa*: Consiste en la apreciación precisa de la intensidad, localización, duración y cualidad del dolor. El substrato es el haz neo-espino-talámico y el tálamo ventromedial posterior. Las fibras de transmisión implicadas son las G.
- *Motivacional-afectiva*: Tiene una valencia y es el sentimiento desagradable o displacentero, incluso una vivencia compleja como la de miedo, y que tiene un valor motivacional para evitar o para huir de la estimulación nociva. El substrato son los haces paleo-espino-talámico y espino-retículo-talámico, y la formación reticular y el sistema límbico.
- *Cognoscitivo-evaluativo*: La persona da un significado a la estimulación en función de la experiencia anterior, según el contexto, valores, creencias, atención prestada y pensamiento. En ocasiones los que se expresa es un aprendizaje inadecuado de la discriminación sensorial y la integración y codificación de la experiencia. El substrato es el cortex, vehiculizado esencialmente a través de las columnas dorsales de la médula.

En una unidad específica el rol del psicólogo clínico se centraría primordialmente en los dos últimos elementos.

De todos modos, independientemente de la etiqueta usada, el estudio del impacto del dolor en la persona y en su medio sería muy similar wn muchos casos. Las implicaciones terapéuticas podrían ser diferentes si el cuadro es designado como dolor crónico, o si es dolor psicógeno, trastorno por dolor o trastorno por dolor somatomorfo persistente. Los criterios de *F45.4 Trastorno por dolor somatomorfo persistente* son los siguientes:

- A. Dolor molesto, grave y persistente (por lo menos durante 6 meses, continuamente la mayor parte de los días) en cualquier parte del cuerpo que no puede ser explicado adecuadamente por evidencia de algún proceso fisiológico o por un trastorno físico y que es consistentemente el foco principal de la atención del paciente.
- B. Los criterios de exclusión más comúnmente usados: no ocurren si hay un trastorno esquizofrénico o relacionado (F20 – F29), o sólo durante cualquier trastorno del humor (F30 – F39), trastorno de somatización (F45.0), trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

Respecto al sistema DSM este cuadro tuvo los siguientes nombres: *dolor psicógeno*, *dolor somatomorfo* y *actualmente trastorno por dolor* (asociado a factores psicológicos o a factores psicológicos y enfermedades médicas, y que puede

ser agudo o crónico). Las diferencias con el CIE 10 es que en el DSM IV-TR se permite el diagnóstico con tiempos inferiores a 6 meses y se asume que hay factores psicológicos en el inicio y de la evolución del cuadro, que no son adecuadamente explicados por el substrato orgánico. Por otro lado el CIE 10 señala, cosa que no hace el DSM, que el dolor es el foco principal de atención del paciente. Considero este elemento relevante en relación con impacto en la vida de la persona.

Sobre los elementos vivenciales que se encuentran en las personas que sufren dolor crónico (por reacciones a las intervenciones, impacto en la vida de la persona y intentos de adaptación) algunos de los más frecuentes son:

- Disminución de la actividad física y adopción de un rol pasivo.
- Disminución de la actividad funcional en la casa, en el trabajo, en el ocio.
- Alteración del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor.
- Problemas laborales y económicos.
- Incremento del uso y del abuso de fármacos.
- La comunicación de la persona gira alrededor del dolor, amplificando su impacto.
- Dificultad para discriminar o describir los elementos del cuadro clínico de modo claro.
- Cambios en el ambiente familiar, girando alrededor de la asistencia y cuidado del paciente.
- No se contemplan elementos o alternativas competitivas, o distractoras, al dolor.
- Percepción del fracaso de las respuestas terapéuticas, tanto profesionales como personales, habiendo además anticipación de fracasos.
- Hay un diálogo interno negativo, anticipación y cierta focalización obsesiva en el dolor.

A esto añadir (PAIN, 2002) que si el dolor es un problema sanitario, el dolor crónico constituye por sí mismo un problema de salud concreto, una enfermedad por derecho propio, que con frecuencia se ve acompañada de otros síntomas. Así la presencia de *síntomas depresivos* y *ansiosos* es frecuente, y con frecuencia con un valor pronóstico negativo sobre las medidas terapéuticas que se pueden aplicar. Monsalve et al. (2000) informan mediante el uso del HAD la existencia de síntomas ansiosos relevantes en el 25.3% (I.C. 15.9 – 34.5) de los pacientes domiciliarios y en el 46.3% (I.C. 37.6 – 56.8) de los ambulatorios; de síntomas depresivos en el 46.3% (I.C. 37.6 – 56.8) y en el 31.6% (I.C. 21.7 – 41.4) respectivamente.

¿Con todo esto dónde se podrían trabajar estos elementos? Las Unidades del Dolor

Durante mucho tiempo se consideró el dolor casi como una modalidad sensorial simple: relaciones lineales sencillas entre daño y expresión del mismo. Las intervenciones eran igualmente simples: más dolor (más aumentador de la expresión del daño), más analgésico (más reductor de la expresión del daño) hasta llegar, si fuere necesario, a la anestesia. Pero las cosas no funcionaban de modo tan mecánico.

De modo muy esquemático la propia existencia de Unidades específicas para el abordaje del dolor es muy reciente. Las primeras Unidades del Dolor propias fueron organizadas por Bónica (anestesiólogo), Fordyce y Sternbach (psicólogos) en EEUU tras la II Guerra Mundial, en gran parte motivado por la propia experiencia de Bonica como médico militar. Bonica comienza a finales de 1946 en el Tacoma General Hospital. En España se funda la primera en 1973 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, por el Dr. Madrid Arias, que se había formado con Bonica.

Dentro de los Servicios de Anestesia, poco a poco se fueron implantando en diferentes hospitales, organizándose en sociedades científicas, tanto internacionales (v.g. International Association for Study of Pain) como españolas (v.g. Sociedad Española del Dolor), celebrando diferentes congresos. Parece que estamos ante una realidad asistencial consolidada, con equipos formados con diferentes profesionales que procurarían un abordaje, si no global por lo menos sí múltiple, de la complejidad implícita de los cuadros en los que el dolor es un elemento princeps.

Ya desde un comienzo en tales equipos la presencia del Psicólogo era una constante como un recurso básico. Hoy en día en España en aquellas unidades que se quieran considerar completas en el nivel III y IV (SED, 2005), que son los más altos, deben contar con un psiquiatra o un psicólogo, decantándose mayoritariamente por este último profesional. Siempre sería admisible comenzar con los recursos que hay, pero para considerar que una unidad está consolidada, y no en proceso de consolidación, los recursos tienen que estar al completo y ser asignados a tal unidad.

Sin embargo la situación actual no es ésta. Lamentablemente no sólo es mi opinión. Los datos aportados por Carlos de Barutell (2007), presidente de la Sociedad Española del Dolor, son muy elocuentes: informa que sólo 8 de 72 Unidades del Dolor estudiadas en España cuenta con un psicólogo con dedicación plena, 20/72 cuentan con un psicólogo con dedicación parcial y 44/72 no cuentan con ningún psicólogo. En Galicia non tengo noticia de que haya Unidades del Dolor

con Psicólogo Clínico con dedicación plena. De hecho no hay ninguna que tenga nivel III o IV.

¿Cuales son las funciones de un Psicólogo Clínico en una Unidad del Dolor?

Siguiendo a la Australian Pain Society (2002) se indicarían las siguientes funciones del psicólogo clínico dentro de los cuadros relacionados con dolor persistente:

- **Valoración:** Los aspectos recomendados son los cambios causados por el dolor en las áreas laboral, doméstica, ocio, roles (maritales, sociales y familiares), trastornos del sueño y uso de fármacos. Se incluyen también los factores preexistentes de personalidad (hipocondrías, tendencia a la ansiedad, alexitimia), la presencia de síntomas o trastornos emocionales (tanto ansiosos como depresivos), la presencia de factores de riesgo (como hospitalización, modelos familiares de enfermedad y historia de abuso emocional, físico o sexual), historia de factores de estrés post-traumático, el estudio de factores ambientales que pudieran estar reforzando la conducta de enfermedad (evitación de situaciones displacenteras) y/o que pudieran actuar como precipitantes (dificultades laborales, problemas laborales y maritales, fallecimientos en el medio próximo, dificultades económicas o litigios legales).
- Seguimiento del resultado de las intervenciones.
- **Intervenciones:** Entre ellas se pueden encontrar técnicas de afrontamiento (reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, inoculación al estrés, etc.), conductuales (programas sistemáticos graduados, técnicas operantes de refuerzo y/o castigo, manejo de situaciones conflictivas), técnicas de manejo emocional y sintomático (relajación, manejo de ansiedad, de la depresión, dificultades sexuales, sueño, asertividad, habilidades interpersonales y comunicacionales) y refuerzo del uso adecuado de la medicación. Se incluyen además actividades educativas sobre el dolor, intervención familiar y marital, rehabilitación vocacional y tratamiento de trastornos por estrés post-traumático.
- Componente de los Programas de Manejo del Dolor.
- **Investigación:** En los diversos elementos como son los factores psicológicos y socio-culturales que hay tras del dolor; perfil de los pacientes que más beneficios pueden obtener, dificultades y su manejo, rehabilitación en el lugar de trabajo, etc...

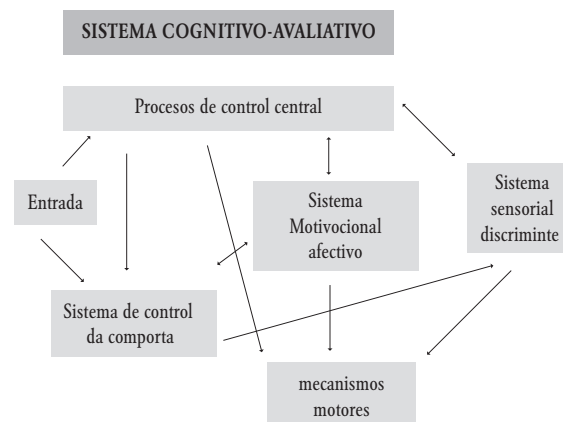
- **Entrenamiento:** De nuevos profesionales.

Leyendo lo anterior se comprueba como en este campo el rol del psicólogo es plenamente aplicado en el ámbito clínico y asistencial: los pasos de evaluación, explicación y intervención se encuentran mencionados. A esto habría que añadir otros elementos como son la investigación y la formación de otros profesionales.

Bajo qué modelo nos movemos

El *modelo lineal simple*, en el que la intensidad del dolor sería proporcional a la magnitud del daño tisular y que sería recogido por ciertos receptores, se considera superado por la complejidad del fenómeno en los medios clínicos. Y en el medio profesional aunque esta teoría no tiene seguidores, sigue presente de modo muchas veces implícito en la formación y práctica de los profesionales.

La teoría con más recorrido y elementos que la apoyan (y en esto se incluyen las mencionadas en el apartado de substrato fisiológico) es la teoría del control de la compuerta de Melzack y Casey (1968, citado por Penzo, 1989). En la misma se admite que de la entrada sensorial se pasa directamente al sistema de control de la compuerta y al sistema cognoscitivo-evaluativo, (y sus procesos de control central), manteniendo éste influencia sobre el primero. El procesamiento de la señal y impacto vivencial del mismo sucede en cascada afectando a otros sistemas: motivacional-afectivo, senso-discriminante y sobre los mecanismos motores. Se recogen en las siguientes líneas:



Este modelo defiende una influencia recíproca entre los diferentes sistemas. En el caso del dolor agudo en la práctica continúa manteniéndose un modelo prácticamente percepti-

vo-sensorial, y esto probablemente otorga una respuesta eficiente a las demandas de control del dolor por parte de la persona. Pero esto es cuestionable en el caso del dolor crónico.

Para este dolor, una interpretación conductual es que se trata (total o parcialmente) de un cuadro iniciado por estímulos que producen dolor (E1) a los cuales la persona emite unas respuestas más o menos universales (R1), pero que por diversos factores estas R1 acaban asociadas a los EC ambientales, apareciendo RC que son mantenidas por refuerzo negativo o positivo de la conducta de dolor y por el castigo positivo o negativo de las conductas asertivas. Como factores predisponentes se incluirían el aprendizaje vicario por parte de la persona de este tipo de patrones conductuales. Posteriormente la persona comienza a evitar activamente todo movimiento, haciendo cada vez más difícil la removilización, y que por mecanismos de evitación nos lleva a un incremento del reposo y de la inactividad, introduciéndonos en una espiral viciosa. Por otro lado Melzack (citado por Penzo 1989) menciona la existencia de “mecanismos generadores de patrones” de conducta de dolor que responderían como una RC compleja.

Hay que considerar que cuando se da el dolor las claves contextuales existentes son elementos importantes para comprenderlo: el dolor no parece in vacuo. Desde esta postura consideremos los siguientes elementos:

- Pavlov mostró que los estímulos aversivos pierden esta propiedad cuando se asocian a comida, siendo el EC altamente específico (excepto en la estimulación directa en el hueso).
- Variables como la relevancia conductual y otros factores como la atención y información modifican la activación neuronal incluso en el nivel inicial del procesamiento.
- Por otro lado la respuesta analgésica se puede condicionar.

Mayor et al. (1986, en Penzo, 1989) hablan en el dolor crónico de un síndrome de descondicionamiento, con un decremento de la capacidad funcional, limitaciones en parámetros como la amplitud de movimiento, fuerza, resistencia y tolerancia.

Todos estos elementos evidencian la necesidad de valorar y intervenir en múltiples sistemas para abordar de modo completo una realidad en la que interactúan todos los sistemas previamente mencionados.

Valoración ¿Para qué y con qué?

Creo conveniente que la valoración dentro de las Unidades del Dolor necesita y siga los mismos principios que en cualquier otro campo aplicado de la Psicología Clínica.

Recordar que si bien la valoración didácticamente se describe como la fase inicial, de un modo u otro debe repetirse a lo largo de todo el proceso terapéutico y de seguimiento. Pero sí en el comienzo resulta esta fase más intensa que durante el resto del proceso.

En la recogida de datos relevantes para la comprensión y intervención en un cuadro de dolor creo debemos asumir ciertos principios:

- Hay que evaluar lo que se va a tratar y tratar lo que se evalúa. De otro modo convertimos la evaluación en un esfuerzo estéril.
- Medidas que sean pertinentes, fiables y válidas.
- Las mediciones serán de múltiples dimensiones, y con varias medidas de diferentes instrumentos y en distintos momentos.
- Medidas que incluyan observación directa, tanto por el profesional como por el entorno del paciente.
- Las medidas deben ser adecuadas en su contenido en relación con el modelo conceptual empleado.
- Deben ser aceptables para la persona y no deben interferir ni incomodar en su vida diaria.
- El paciente es la principal fuente de datos, sabiendo que las técnicas de medición son ayudas que se le dan al paciente para verbalizar el dolor. Se deben emplear anclajes de referencia para disminuir la ambigüedad para el propio paciente. Resulta mejor utilizar medidas de rendimiento.
- Los instrumentos deben ser sensibles al cambio.

La finalidad de la evaluación puede ser:

- Permitir un diagnóstico, orientar un tratamiento y formular objetivos.
- Tomar decisiones de qué tipo de pacientes puede resultar beneficiado de un programa.
- Informar de cambios en el tratamiento, siendo sensible a la intervención.

En esta fase considero oportuno (parece obvio, pero ¡ay! A veces lo obvio no es lo habitual) recordar la necesidad de una entrevista clínica y el uso de instrumentación psicométrica. Quedar sólo con una entrevista clínica no proporciona con frecuencia datos cuantificables que después se puedan traducir directamente a resultados (*outcomes*). Y creer exclusivamente en la segunda opción es un error, al no contar con el marco vivencial de la persona en el cual se deben interpretar los resultados y sin el cual los datos obtenidos no cobran ni sentido ni conservan validez ecológica.

El contenido de esta entrevista, además de las preguntas generales en relación con la situación actual y pasada de la persona, de sus relaciones de convivencia y sociales, de aficiones y situación laboral, deben contar con una parte específica centrada en el dolor. Entre otros aspectos considero necesario comprobar lo siguiente:

- Respecto de las manifestaciones de dolor cuando, cuanto y en qué momento.
- Si los episodios de dolor son invisibles, y si no como es que se hacen visibles.
- Que cosas incrementan el dolor expresado y cuales lo disminuyen.
- Que hacen los demás cuando se expresa el dolor
- Los episodios y la relación de las situaciones de relajación y tensión con el dolor.
- Qué cosas hacía antes y ahora ya no hace por el dolor: solo y con la pareja.
- Cómo sabe su pareja que tiene dolor.
- Qué cosas haría si no tuviese dolor: solo o con su pareja.
- Qué hacía antes su pareja y ahora no hace.
- Qué haría su pareja si desapareciera el dolor.

Un elemento siempre básico, pero es posible que algo descuidado en nuestra práctica habitual, y creo que aquí particularmente importante es el de la farmacología empleada. Es frecuente, y en los casos de dolor crónico casi es la norma, el consumo de múltiples y variados fármacos. Esto puede formar parte del problema, más que la solución, y es una situación a la que se llega por varias vías. Una de las más frecuente es que los pacientes con cuadros crónicos acuden en busca de ayuda a diferentes profesionales y con frecuencia la información aportada (por las causas que fueran) es incompleta. Si sumamos las intervenciones del médico de cabecera, de la Unidad del Dolor correspondiente (donde los pacientes no son siempre atendidos por el mismo facultativo), de los profesionales de la práctica privada (y de diferentes especialidades: desde la neurología pasando por traumatología, medicina interna, psiquiatría y acabando en reumatología). Y todo esto sin contar (casi suena a chiste) los consejos de algún vecino o amigo. Los cócteles por la variedad y por las dosis usadas pueden ser en sí mismos un objetivo (a través de la simplificación) de la intervención de la Unidad del Dolor. Y por otro lado dependiendo de los fármacos administrados, cierto tipo de intervenciones psicológicas se podrían ver afectadas: eso no siempre lo tenemos presente.

Otra parte de la valoración tiene lugar mediante instrumentos psicométricos. Recientemente un grupo de autores que trabajan directamente en este tema decidieron poner un poco de orden en este campo. Tales autores, incluidos dentro del grupo IMPACT (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials) indican los problemas que surgen de una valoración demasiado variable tanto sobre las medidas como con las dimensiones exploradas: dificulta establecer conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones (Turk et. al., 2003; Dworkins et. al., 2005). Con frecuencia una reducción del dolor en sí misma (los EVAS) no garantiza mejoras en otros campos. Por cierto, aunque no hablé de ella, las escalas visuales analógicas (EVAS) deberían ser lo suficientemente conocidas como para no extenderme sobre ellas.

De este modo se recomienda informar sobre los siguientes campos básicos (Turk et. al., 2003):

- Dolor
- Funcionamiento físico.
- Funcionamiento emocional
- Porcentaje de participantes con mejoras globales.
- Síntomas y efectos adversos.
- Disposición de los participantes: adherencia al tratamiento y causas del abandono.

Los dos últimos puntos pertenecen más al campo de los ensayos clínicos, pero los 3 primeros son de claro uso clínico individual y el cuarto establece una base de previsión de resultados para nuestra praxis clínica. Los mismos autores escogen una serie de instrumentos, algunos de ellos de uso habitual en nuestro país (el BDI para el funcionamiento emocional, por ejemplo), pero otros no, por lo menos en los circuitos clínicos. Recomendando la lectura de ambos artículos.

Además de estos campos hay otros que establecen como optativos. De los mismos resalto una serie de ellos que me parecen importantes para el paciente y para el abordaje en sí mismo:

- Afrontamiento de la persona frente al dolor.
- Funcionamiento social: actividades laborales, educativas y ocio.
- Funcionamiento interpersonal: Relación y actividades con familiares, amigos y otros.
- Impacto laboral, económico y de uso de recursos sanitarios relacionados con el dolor.
- Calidad del sueño

- Análisis de la conducta de dolor.
- Existencia de pleitos, litigios o valoraciones de validez laboral.
- Evaluación neuropsicológica de la valoración motora y cognoscitiva.

Toda esta información debería ser articulada en un conjunto que permita no sólo comprender la experiencia álgica de la persona y cómo la misma impregna sus vivencias y sus relaciones con los demás: también cómo influye en la actividad y en la interacción con el medio. Esto permitiría tanto optimizar las medidas terapéuticas como evitar intervenciones que en algunos casos son innecesarias, ya que la función que cumple el dolor no se vería corregida por tal intervención.

Para un listado de instrumentos psicométricos recomendando Penzo (1989) y los artículos del grupo IMMPACT ya mencionados.

Intervenciones

Como principio tenemos siempre que hacer explícitos los objetivos del tratamiento. Esto no siempre está claro, ya que con frecuencia a respuesta es “una reducción en la dolor”. ¿Pero eso es suficiente? Ya previamente se había comprobado que la reducción simple en la intensidad del dolor no influye directa y forzosamente en otros campos de la vida en la persona. En las Unidades del Dolor con no poca frecuencia debemos analizar y evitar intervenciones inútiles o prolongaciones estériles ya que permanecen “secuelas” del dolor. Se deben incorporar otros objetivos en función de lo medido previamente: campo interpersonal, funcionamiento físico, etc.

Comentemos que inicialmente las intervenciones suelen ser medicamentosas, y generalmente con éxito, siguiendo el modelo del dolor agudo. Pero también hay que indicar que las mismas llevan diferentes elementos: una sedación que disminuye la lucidez y interfiere en lo cotidiano, lo que nos lleva a establecer un equilibrio entre la analgesia y la actividad de la persona. Y considerar que muchas medidas son eficaces en el dolor agudo, pero que se pueden convertir en iatrogénicas cuando se aplican *pari passu* a cuadros crónicos.

El tratamiento del *dolor crónico* podemos contemplarlo como una intervención enfocada hacia la rehabilitación, centrándose entre otros en los factores que colaboran en el mantenimiento del cuadro. El grupo más importante de los mismos son los hábitos aprendidos y los cambios realizados en su estilo de vida. Por lo tanto, más que la causa, vamos hacia un reaprendizaje en el uso de recursos propios y nece-

sarios para llevar una vida normal. Hay que facilitar el acceso a estos programas para aprender la supervivencia en su ambiente natural. Esto implica la normalización de su ambiente cotidiano y la modificación de los patrones de interacción.

En este marco la colaboración del paciente es uno de los elementos básicos. Abordarlo de este modo ayudaría en la disminución del tono reivindicativo que algunos pueden tener, que puede ser más consecuencia de una serie de fracasos que de una comunicación deshonestas o de proporcionar falsas esperanzas. Además si bien en los dolores agudos el rol del paciente puede ser pasivo, en el caso del dolor crónico tal rol es impensable y en todo caso inútil. De este modo un paciente que colabora y participa en las decisiones mantiene más tiempo las mismas y se presenta como generador de recursos. Si formamos al paciente, facilitamos el recuerdo y adherencia del paciente a nuestras indicaciones. Cuando el tratamiento se basa en pasos pequeños y realistas, los mismos son más fáciles de conseguir. Todo esto para guiar a los pacientes a la asunción de un control real de su propia situación.

El tratamiento debe ser entendido como un programa con los siguientes elementos:

- Es gradual, transcurriendo por etapas desde a posición actual y indefensa a otra en la que se percibe un mayor control.
- Formular objetivos explícitos, claros y asumidos por los pacientes, y que no será una *restitutio ad integrum*.
- La necesidad de un uso eficiente de los recursos.
- Como no existe un paciente estándar, debe existir un programa a medida de cada uno. Aún así las agrupaciones de pacientes dentro de programas se deben basar en criterios pertinentes de efectividad.
- La estrategia dirigida a lo que funciona en el paciente, en los recursos que le funcionan y no en lo que le funciona mal.

La generalización es que no se debe rehabilitar para el entorno clínico, sino para la vida diaria. Los elementos rehabilitados deben ser funcionales en sus metas y ecológicamente relevantes. Y el ambiente deberá ser modificado para adaptarse a la vida y a los recursos del paciente. Esto nos enfrenta también a la relevancia de la terapia ocupacional, ya que si es limitada a las actividades creativas y a la selección por el paciente, es posible que la misma tenga pocas posibilidades de generalizarse a un ambiente en el que, simplemente, no es pertinente.

Por último podemos considerar al tratamiento como investigación, ya que el flujo de resultados debe proporcionar

información válida. Y mejor cuanto más genere sobre sí misma, debiendo estar este aspecto considerado y estructurado ya previamente.

De algún modo el paciente no comienza su vida cuando se cura. Más bien comienza a curar cuando empieza por llevar una vida normal. Las posibilidades rehabilitadoras implican maximizar las oportunidades y poner al paciente en condiciones de acceder a las mismas.

La teoría en la que se basan algunos componentes de estas intervenciones psicológicas es la del control de la puerta. Recordemos que en la misma hay mensajes en la médula espinal que suben y otros que bajan, modulándose entre ellos, con lo cual todos los factores actúan, no sólo los mensajes aferentes de origen externo: también los eferentes, de origen central, intervienen.

Los objetivos del tratamiento serían los siguientes:

- Incremento de la actividad hasta el mejor nivel posible para la edad, sexo y limitaciones.
- Disminuir la incidencia y gravedad del dolor.
- Incrementar la calidad de vida.
- Disminuir las complicaciones que provienen del dolor.
- Formación a los pacientes sobre los beneficios de una analgesia eficaz.
- Disminuir la dependencia de los servicios sanitarios
- Disminución de los fármacos en la medida de lo posible, analgesia eficiente, y que permita el sueño y actividades libres de dolor.
- Normalización del nivel de activación funcional.
- Cambiar las relaciones familiares e interpersonales para que el paciente tenga menos al dolor como eje de su comunicación.
- Disminuir las quejas o conductas relacionadas con el dolor.

Las técnicas de *readaptación social*, implican un cambio de la respuesta social y del refuerzo en su medio, un incremento en las relaciones sociales y entrenamiento en aquellas habilidades sociales en las que se pudieran detectar déficits.

Una buena adaptación social tiene aspectos básicos multiplicadores: los contactos con los demás deben ser más amplios, variados y satisfactorios. Así en el marco familiar hay que cambiar la respuesta social que los familiares crean alrededor del paciente, en los que se hubiera establecido una relación tal que dificulta la aplicación de conductas funcionales por parte del paciente. Así es importante el entrenamiento del cónyuge en la eliminación de la exclusividad del dolor

como base de las conductas de comunicación y su sustitución por conductas alternativas. Unos posibles pasos serían:

- Identificar la conducta de dolor.
- Ver las propias respuestas a estas conductas.
- Discusión de las diferentes respuestas posibles a esta conducta y cómo se aplican.
- La pareja comprueba como va el otro cónyuge en las sesiones de removilización o fisioterapia, sobre todo en las últimas sesiones.

En el paciente el objetivo es incrementar el número y variedad de contactos con su entorno, con una reintegración al trabajo. Mediante el aprendizaje de habilidades sociales se persigue que la persona aprenda nuevas formas de formular sus peticiones. Una de las principales situaciones es la relación con profesionales. Otro marco son los grupos de autoayuda (que no deben ser competiciones para ver quien está peor).

Sobre la *actividad física* tenemos que considerar que se adaptativa para la persona en su medio. De este modo se busca la removilización, y mediante aproximaciones se van haciendo ejercicios escogidos por:

- Su relación con el dolor, si crece tras repeticiones.
- Su significación funcional
- Su cuantificación, ya que deben poder ser medidos.
- Su simplicidad, siendo posibles sin usar aparatos especiales.

Entre las técnicas a usar tendríamos:

- El manejo de contingencias para incrementar la frecuencia de conductas funcionales.
- Incremento de la actividad, para contrarrestar las predicciones de los efectos de la actividad en el dolor con el motivo de evitar el síndrome de desuso del área dolorida, evitando el círculo evitación-inactividad-evitación. Las metas deben ser realistas e incidir en las áreas importantes: autocuidado, doméstico, familiar, ocio y profesional-laboral.
- Adecuación de las quejas de dolor, reforzando los aspectos de autonomía del paciente.

Sobre el *manejo de la medicación* fomentar la pauta regular para evitar la sobremedicación o para evitar los temores a un empeoramiento.

Podemos considerar la intervención dentro de cada una de las dimensiones en las que se podría dividir la experiencia del dolor:

- Dimensión senso-discriminativa
 - Relajación

- Control de la respiración.
- Dimensión motivacional: El control de la atención y uso de la imaginación en distintos aspectos.
 - Al aspecto físico.
 - En planes.
 - En sensación corporales.
 - En la parte dolorosa objetivamente
 - Transformación imaginativa del dolor.
 - Transformación imaginativa del contexto.
- Dimensión cognoscitiva:
 - Preparación: “Me va a dolor pero voy a respirar despacio”
 - Manejo: Sólo con hacerlo soportable sería importante.
 - Autorrefuerzo del control del dolor.

Pasar de una fase de indefensión aprendida a una de solución, favorece la actividad del sistema antinocioceptivo, dándole valores para iniciar las estrategias de control.

- Otro programa estaría basado en el formato de Meichenbaum:
- El paciente se hace consciente de sus conductas inadaptables inter y intrapersonales.
- La auto-observación interfiere con los pensamientos maladaptativos.
- El contenido del diálogo favorece la articulación y generalización.
- Influye en cómo la persona vive su estado.
- Influye en la propia sensación de dolor

Otros programas implican un formato grupal con el entrenamiento en técnicas de afrontamiento para los episodios algícos (Pérez Brito, 2003). De estos programas recogería el de Maldonado (2002) con el siguiente programa por sesiones:

1. Explicación del modelo de la puerta del dolor y el establecimiento de un lenguaje común.
2. Los efectos de la tensión y de la relajación. Aprendizaje de técnicas de relajación
3. Los efectos de los estados emocionales: ansiedad e ira.
4. El ejercicio y los niveles de actividad.
5. Los fármacos: actuación, pautas de consumo y limitaciones.
6. La valoración del dolor y de la depresión, con tareas para revalorar el dolor y incremento de la autoeficacia
7. La focalización de la atención en el dolor y efecto en las relaciones con los demás, incremento en la expresión emocional y técnicas de distracción.
8. Distribución y equilibrio de la actividad.

9. Recopilación y cierre do programa.

10.Efectividad

Por lo menos en un meta-análisis (Hoffman et.al., 2007) concluye la eficacia de las intervenciones psicológicas. Sobre 22 estudios publicados entre 1982 y 2003 con un total 1700 personas estudiadas con dolor crónico en la zona lumbar se llegó a la conclusión de que los tratamientos con componente psicológico son superiores de modo global a los tratamientos estándares o a lista de espera (d de Cohen= 0.16, i.c. 0.03 – 0.3). Los resultados fueron más evidentes en las dimensiones siguientes en el post-tratamiento, también dadas en d de Cohen

	Cualquier control	Lista de espera	Tratamiento estándar
Intensidad del dolor	0.27 (.06 – .48)	0.50 (.23 – .77)	
HRQOL	0.41 (.00 – .83)	0.41 (.00 – .83)	
Interferencia del dolor	0.23 (.06 – .39)		
Incapacidad laboral*			0.36 (.06 – .65) 0.53 (.19 – .86)**

* Son sólo del seguimiento durante un breve (3-12 meses) y un largo período de tiempo (>12 meses)

** Heterogeneidad moderada.

Otros resultados viene de diferenciar entre las diferentes intervenciones psicológicas, los programas multicomponentes y los grupos de control

	Lista de espera	Tratamiento estándar
<i>Intensidad del dolor</i>		
Tratamiento psicológico en el post-tto	0.52 (0.23 – 0.82)	
Tratamiento cognoscitivo – conductual	0.62 (0.25 -0.98)	
Tratamiento de autorregulación	0.75 (0.35 – 1.15)	

<i>Depresión</i>	
Tratamiento de autorregulación en post-tto	0.81 (0.11 – 1.52)
<i>Interferencia del dolor</i>	
Tratamiento multicomponente post-tto	0.20 (0.2 – 0.37)
<i>Incapacidad laboral</i>	
Tratamiento multicomponente seguimiento	0.36 (0.06 – 0.65)
Tratamiento multicomponente seguimiento largo	0.53 (0.19 – 0.86)*

Post tratamiento : 0 y 3 meses; seguimiento: 3 – 12 meses.

Seguimiento largo > 12 meses

Los propios autores indican además que la influencia de trabajos que no hubieran sido publicados sería ínfima sobre estas conclusiones.

Conclusiones

La intervención de la psicología clínica en los cuadros en los que el dolor tiene un rol central, dista mucho de estar claramente asentada. Motivos teóricos para tal ausencia, para tal déficit asistencial, no los hay.

Tampoco hay elementos que nieguen los beneficios del trabajo multidisciplinar en la evaluación, en la intervención, en el abordaje de los cuadros álgicos. Un abordaje que sin la intervención del psicólogo clínico parece distar de estar completa, ni como comprensión de la persona ni como una intervención comprehensiva para un fenómeno en el que si en algo coinciden todos es en su complejidad. La proliferación de etiquetas diagnósticas ante esos cuadros que no responden bien a las intervenciones puramente mecánicas encubre no el descubrimiento de una nueva realidad, sino más bien la insuficiencia de la base de la que se parte.

Sólo bajo un concepto estrictamente medicalizado del dolor, sólo bajo un abordaje exclusivamente farmacológico, se puede entender la situación actual. Ante la ignorancia interesada de los planificadores sanitarios, más pendientes del control farmacológico (¿del gasto?) y de la defensa de sus

intereses gremiales, las personas con estos cuadros siguen sin una asistencia a la cual tendrían derecho. Siguen sin una valoración que permita una mayor comprensión de la persona que sufre para poder intervenir en aquellos aspectos disfuncionales y que provocan y/o perpetúan el dolor. Siguen sin intervenciones que permitirían una menor interferencia del dolor en sus vidas.

Para acabar quisiera recoger unas conclusiones a las que se llegó en una mesa que con el título de “Intervenciones psicológicas en el abordaje del dolor” se había realizado dentro del VII Congreso Nacional de la SED, que tuvo lugar en Santander en septiembre de 2007. Lo selecciono porque fue un documento realizado por todos los ponentes y en líneas generales reúne mucho de lo ya dicho:

- El dolor es una experiencia humana compleja en la que interviene no sólo la parte sensorial más básica, sino también procesos perceptivos, ideativos y emocionales. En los cuadros crónicos de dolor los componentes psicológicos presentes son relevantes para su expresión y evolución.
- Las intervenciones psicológicas son eficaces en diferentes tipos de dolor crónico y de distinta etiología. Los mismos deberían ser incorporados de modo estable en todos los pacientes y desde el primer momento, siendo esto último un factor asociado con mejor respuesta.
- El perfil de personalidad de los pacientes, de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las situaciones y para la expresión del malestar y la posible situación psicopatológica son elementos que hay que valorar de modo transversal.
- La expresión y la vivencia del dolor pueden ser mejor comprendidas cuando se integran en una biografía (la de la persona) que reúne acontecimientos (sucesos vitales) a los que se responde y con los que la persona evoluciona.
- Lo anterior en algunos casos implica la presencia del dolor como elemento central alrededor del cual pivotan todos los elementos de la vida cotidiana de la persona y de su medio. Cambiar este punto por otro en lo que, además del dolor, se puedan incorporar otros elementos que puedan ser centrales es uno de los posibles objetivos de la intervención: normalizar la vida.
- Al mismo tiempo el devolver a la persona la percepción del control sobre su vida. La disminución del malestar emocional a través del trabajo conjunto sobre estrategias activas que intervengan sobre conductas y cogniciones no adaptativas (catastrofismo, abandono), sobre estrategias

perpetuadoras del malestar (constricción en la expresión emocional, actitud pasiva) y sobre las pautas de interacción con el medio más próximo son elementos para considerar en la intervención psicológica.

- Los distintos enfoques, integrados con sus respectivas fortalezas en un programa coherente, pueden obtener buenos resultados nas variables precedentes.
- Los programas pueden variar en intensidad y periodicidad, pero parece necesario no menos de 10 sesiones.
- Los efectos se mantienen por lo menos en períodos de 6 meses tras el tratamiento.

De todo esto concluyo que la necesidad de incorporar psicólogos clínicos en la atención a este tipo de pacientes no se debería demorar más de lo que ya lo está. Y ustedes ¿qué opinan?

Bibliografía recomendada

- *ARBISI, Paul A.; BUTCHER, James N. (2004): Psychometric perspectives on detection of malingering of pain. *Clinical Journal of Pain* ,20 (6), 383-391.
- *AUSTRALIAN PAIN SOCIETY (November, 2002): Position statement: The role of the psychologist in the management of persistent pain. (Documento 002)
- *BAZAKO, Y. (2003): *Intervención psicológica en una Unidad del Dolor*, en El Psicólogo en el ámbito hospitalario (Remor, Y.; Arranz, P. & Ulla, S. (eds)). Desclee De Brouwer, Bilbao (España). Páginas 569-590.
- *DWORKIN, Robert H.; TURK, Dennis C. y otros 22 (2005): Core outcomes measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 113, 9 - 19.
- *HOFFMAN, Benson M.; CHATKOFF, David K.; PAPAS, Rebecca K. Y. Kerns, Robert D. (2007): Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*. 26 (1) 1- 9.
- IASP (1994): Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Second Edition.
- LABRADOR, Francisco Javier; VALLEJO, Miguel Angel (1984): *Dolor Crónico*. En Manual de Modificación de Conducta (Labrador, Juan; Labrador, Francisco Javier, eds.) Editorial Alhambra, Madrid. pp. 523-556.

MALDONADO ROJO, M. Rosa (2002): Abordaje psicológico del dolor crónico como aportación al tratamiento en la unidad del dolor. Memoria de Investigación. Fundación Nóvoa-Santos, Ferrol (A Coruña).

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Antonio; MARTÍNEZ LOZANO, J. M. (1992): Dolor agudo y dolor crónico. *Curso internacional de estudio y tratamiento del dolor crónico* Tomo 2, Facultad de Medicina de Murcia – Hospital General Universitario. Murcia. pp. 35-43

*MONSALVE, V.; CERDÁ-MONSALVE, G.; MÍNGUEZ, A. & de ANDRÉS, J. A. (2000): Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, pp. 6-11. (Fondo I)

P.A.I.N. (2002): Consenso de Berlín (www.pain-workshop.com; www.pain-workshop.de)

PENZO, Wilma (1989): El dolor crónico: aspectos psicológicos. Editorial Martínez Roca, Barcelona.

*RODRÍGUEZ FRANCO, L.; CANO GACÍA, F. J. & BLANCO PICABÍA, A. (2004): Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32 (2), pp 82-91

SORIANO, J.; MONSALVE, V. (1999): Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 62, pp 43-64 (Fondo I)

SED (2005): Manual práctico sobre epidemiología del dolor en España. SED.

*TURK, Dennis C.; DWORKIN, Robert H. y otros 22 (2003): Core outcomes domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 106, 337-345.

Acrónimos empleados

BDI:	Deck Depression Inventory
EC:	Estímulo condicionado.
EI:	Estímulo incondicionado
IASP:	International Association for Study of Pain.
I.C.:	Intervalos de confianza al 95%
IMMPACT:	Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials
RC:	Respuesta condicionada
RI:	Respuesta incondicionada
SED:	Sociedad Española del Dolor
UD:	Unidades del Dolor

