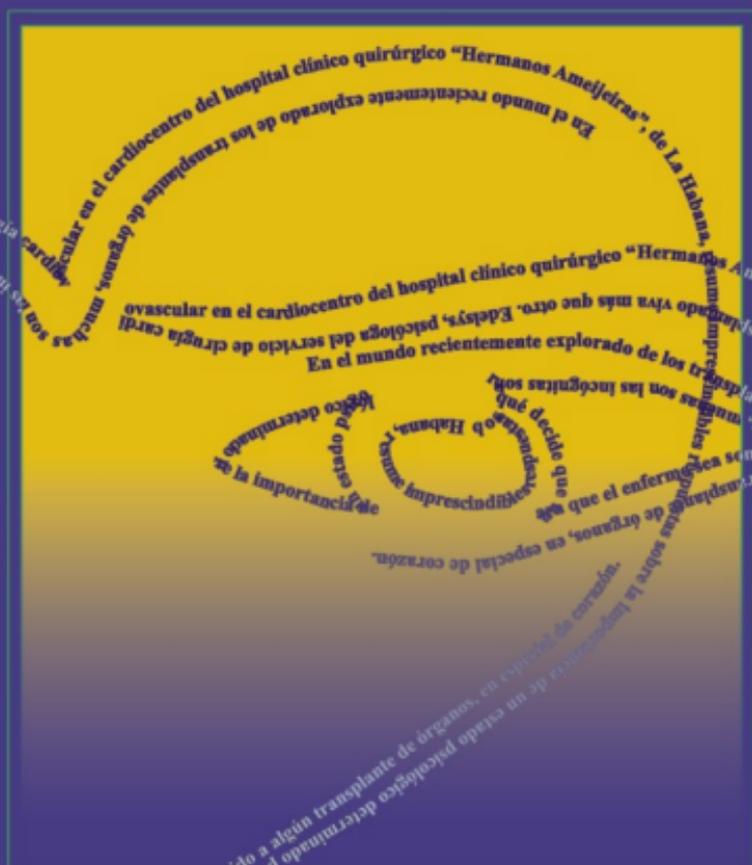


Atención psicológica en el trasplante de órganos Trasplante de corazón

Edelsys Hernández Meléndrez



Editorial Ciencias Médicas

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA
EN EL TRASPLANTE
DE ÓRGANOS**

TRASPLANTE DE CORAZÓN

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA
EN EL TRASPLANTE
DE ÓRGANOS
TRASPLANTE DE CORAZÓN**

Edelsys Hernández Meléndrez

Doctora en Ciencias Psicológicas

Especialista y Máster en Psicología de la Salud

Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud
Pública de Cuba (ENSAP)



La Habana, 2007

Hernández Meléndrez, Edelsy.

Atención psicológica en el trasplante de órgano:
trasplante de corazón. / Edelsy Hernández Meléndrez.
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.

xviii, 251 p.: graf., tab.

“Bibliografía”: p. 232 - 250

ISBN 978-959-212-247-5

WG 169

1. TRASPLANTE DE ÓRGANOS / psicología

Edición: Mytil Font Martínez
Diseño: D.I. Irán Tamayo Salcines
Emplane: Lic. Frank W. Castro López

© Edelsy Hernández Meléndrez, 2007
© Sobre la presente edición:
Editorial Ciencias Médicas, 2007

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Ciencias Médicas
Calle I, No. 202, esquina a Línea, piso 11.
El Vedado, Ciudad de La Habana, 10400, Cuba.
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Teléfono: 832 5338 y 838 3375

AUTOR PRINCIPAL

Dra. Edelsys Hernández Meléndrez

Doctora en Ciencias Psicológicas.

Especialista y Máster en Psicología de la Salud.

Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP).

COLABORADORES

Dra. Elba Garzón Rodríguez

Profesora Auxiliar.

Especialista de II Grado en Cardiología.

Dr. Luis Ángel Guevara González

Profesor Auxiliar.

Especialista de I Grado en Cirugía y Especialista de II Grado en Cirugía Cardiovascular.

Dr. Piedad Almandoz Madam

Licenciada en Trabajo Social.

Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Trabajo Social.

Dr. Miguel Ángel Valdés Mier

Profesor Titular.

Especialista de II Grado en Psiquiatría.

El bien es lo que todos desean, porque todas las cosas tienden a su bien o perfección. Perfecto es lo totalmente hecho, acabado. La raíz de la bondad de algo es su perfección. El bien es lo que conviene a un ser según lo que es. El bien del hombre radica principalmente en la rectitud de su obrar, en que su conducta se encamine a la verdadera perfección. Un bien se busca por un motivo o fin, y un fin es aquello por cuya consecución un ser se mueve a obrar, es hacia lo que se orienta una acción. El bien hace referencia a la promoción del bienestar y del bien-ser de la persona o de los grupos.

(Aristóteles, Ética a Nicómaco. Lib. 1, cap. 1, 1094a, 2-3, Editores Mexicanos Unidos, S. A., 1989).

PRÓLOGO

Prologar una obra científica es siempre una honrosa misión. El trabajo que aquí presentamos se debe al deseo vital y necesario de recopilar un amplio nivel de información avalada en una larga experiencia. Poner este tesoro de cultura científica a disposición de los demás es una manera más trascendente y perdurable de sentirse útil.

Un libro debe justificarse a sí mismo, transmitir un mensaje y llenar una necesidad. Esta obra, por su contenido y proyecciones, se ha ganado ampliamente esos derechos. El desempeño incesante de la ciencia y la técnica incorpora constantemente nuevos adelantos al quehacer diario del ejercicio médico, y a esta ley del desarrollo no escapa naturalmente el creciente campo de la cirugía cardiovascular y especialmente de la trasplantología.

Ese incremento de conocimientos teóricos y prácticos, desde los procedimientos diagnósticos, muchas veces enriquecidos con complejas técnicas de mínimo acceso, hasta los sofisticados aspectos terapéuticos que incluyen la circulación extracorpórea y el cardiotrasplante, llevan al paciente a un lógico temor por su vida.

Todos estos aspectos han sido analizados con espíritu crítico en la obra de la Dra. Edelsys Hernández. Su trabajo está respaldado por más de 15 años de experiencia en el servicio de cirugía cardiovascular en el cardiocentro del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", de la Habana, Cuba, bajo la dirección del ilustre cardiocirujano, el profesor Dr. en Ciencias Noel González Jiménez. Junto a él y un equipo, la Dra. Hernández se ocupó del manejo psicológico pre y posoperatorio de más de 100 pacientes sometidos a trasplante cardíaco o cardiopulmonar.

En su trabajo se analizan todos los factores que afectan al paciente al encararse con la realidad de su diagnóstico y de sus posibles soluciones terapéutico-quirúrgicas, así como las estrategias psicoterapéuticas propuestas ante las distintas modalidades de respuesta.

Considero que la calidad de los hallazgos obtenidos en este trabajo hacen recomendable su aplicación a otros procedimientos quirúrgicos como el trasplante hepático, pancreato-duodenectomías, trasplante de riñón, de médula ósea, etc. Por esta razón, sugerimos a la autora que

dedicara su libro al trasplante de órganos, aún cuando sus investigaciones fueron realizadas específicamente sobre el trasplante de corazón y el de corazón-pulmón.

Se añade a todo lo anterior que el trabajo hace una contribución sustancial a la literatura médica, pues es la primera vez que estos aspectos han sido motivación para una investigación de esta envergadura en Cuba. Su contenido será de inestimable ayuda a los interesados en el tema y por eso esta publicación debería estar en las bibliotecas de los principales centros del país.

Dr. Daniel Codorníu Pruna†

Especialista de II Grado en Cirugía.

Profesor Titular de Cirugía.

PREFACIO

Han transcurrido más de dos décadas del primer trasplante de corazón en Cuba, realizado el 9 de diciembre de 1985 en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" de La Habana, por un grupo multidisciplinario bajo la dirección del Profesor Doctor en Ciencias Noel González Jiménez. Desde entonces, se ha acumulado experiencia por la intensa práctica asistencial, al tiempo que se desarrollan técnicas quirúrgicas y terapias inmunosupresoras.

Para algunos pacientes, el anuncio de su trasplante constituye un halo de esperanza, una forma de encontrarle solución a su padecimiento. Sin embargo, para otros, esta cirugía puede significar un tormento próximo al fin de la vida o la esperanza angustiada de algo que no llega. En algunos casos el paciente se sumerge en un mar de dudas y contradicciones: ¿volveré a trabajar?, ¿veré mis hijos crecer?, ¿qué será de mis padres ya ancianos sin mi presencia?, ¿cómo será el donante?

La reacción de cada paciente ante la gravedad de su enfermedad y la posibilidad de solución dependerá de la experiencia vivida, la salud anterior, sus motivaciones, sus valores, sus aspiraciones, sus atribuciones y sus creencias.

Las familias también participan de los temores y esperanzas de sus enfermos; se preocupan por la incertidumbre de si llegará a tiempo la solución de su problema. Es un período crítico para la familia que tiene que hacer ajustes en su funcionamiento cotidiano para la atención a su enfermo.

Para el equipo de salud el trasplante resulta una vía para mejorar la calidad de la vida de pacientes que en otro tiempo morían irremediablemente. Sin embargo, también a los especialistas le asaltan dudas como: ¿A quién trasplantar? ¿Cuándo trasplantar? ¿Estará mi paciente en condiciones de aceptar una técnica tan complicada y costosa?

A pesar de lo complejo, necesario e interesante del tema de la atención psicológica a estos enfermos, no abundan investigaciones sobre los problemas psicológicos asociados a trasplantes de órganos. La mayoría de los estudiosos sólo se refiere a las alteraciones emocionales que pueden sufrir los pacientes en determinados períodos del trasplante. Pudiera afirmarse que se ha escrito poco sobre los problemas psicológi-

cos del trasplante de órganos, aunque los títulos de los artículos que se revisaron para este libro sugieran lo contrario.

Llama la atención que en el libro *Heart and Lung Trasplantation* (2002), sólo se dedica un capítulo de tres páginas y media a la evaluación psicológica y en él se incluyen sólo 13 referencias bibliográficas (Michalisko, 2002).

Motivados por la escasez de publicaciones en relación con este tema y, después de una rica experiencia de más de quince años en el grupo de trasplante de corazón y corazón-pulmón, se ha decidido ofrecer las vivencias y los resultados psicológicos de algunas investigaciones en esta área de trabajo.

En el capítulo I se revisa la experiencia internacional y algunos problemas éticos que se ponen de manifiesto en las decisiones de un equipo multidisciplinario de trasplante de órganos. Dilemas relacionados con el concepto de la muerte para los pacientes, los familiares y el equipo de salud. A partir de estas subjetivas valoraciones sobre la muerte y otros rasgos, se plantean los criterios de selección que asumimos, teniendo en cuenta las condiciones de bloqueo económico que vive Cuba desde hace más de 40 años.

En el capítulo II se analiza la tarea del psicólogo en un equipo multidisciplinario de trasplante de órganos: vertientes de trabajo psicológico, etapas por la que debe transcurrir la atención psicológica a pacientes, familiares del receptor, familiares del donante y algunos problemas que se presentan en los profesionales de la salud que atienden a estos enfermos.

El capítulo III contiene los métodos y técnicas que se han utilizado para la evaluación de los receptores. Allí se exponen los aspectos teóricos y metodológicos que sustentan dichas técnicas, sus criterios de calificación, de interpretación y un sistema de categorías diagnósticas para la evaluación de los pacientes.

El capítulo IV se refiere a la calidad de vida de los pacientes después del trasplante de corazón en Cuba, con algunas vivencias muy interesantes.

Por último, el capítulo V servirá para comprobar la importancia del apoyo social para la supervivencia de los pacientes. Durante más de quince años, estuvo presente la duda acerca de si determinados pacientes, muy queridos por el equipo de salud, podrían contar con un sostén familiar capaz de satisfacer sus demandas psicológicas de afectos, mimos y cuidados. En esas últimas páginas el lector encontrará cuánto influye el apoyo social y familiar en la calidad de vida de este tipo de paciente y en su resistencia.

Espero que el libro que hoy se pone en sus manos, sea de utilidad tanto para los profesionales de la salud que se desarrollan en esta esfera de trabajo, como para los pacientes y familiares que puedan consultarlo.

Agradezco a mis pacientes que me permitieron arribar a estas consideraciones, a mi familia que con su amor y comprensión supo aquilatar la importancia de esta hermosa labor y aceptó tanto mi entrega a ella como mi ausencia en el hogar durante las noches de insomnio; a mis compañeros de trabajo que me sirvieron de apoyo y que vivieron junto a mí estas experiencias. Sobre todo a mi profesor, el Dr. Noel González Jiménez, que me ofreció este camino, lleno de experiencias y sobre todo, de vivencias y gratificaciones.

Un agradecimiento especial a mi segundo padre, el Dr. Daniel Cordoniu Pruna, ilustre cirujano, autor del prólogo de este libro, quien dedicó su vida a la asistencia, la docencia y la investigación científica. De él tuve la suerte de aprender la gratificación que produce la entrega consagrada al que sufre, la importancia de vigilar cuidadosamente el cumplimiento de los principios éticos, el estudio constante y la educación formal.

Tengo la firme convicción de que hubiera disfrutado de la obra terminada. Dios lo tenga en la Gloria. Para él, mi eterno sentimiento de respeto y gratitud.

LA AUTORA

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I

PROBLEMAS CONCEPTUALES DE ACTUALIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS/ 1

Introducción	1
Problema ético	4
Dilema ético	4
Consideraciones acerca del trasplante	5
Dilemas éticos en el trasplante de órganos	8
¿Qué informar al candidato a trasplante?	9
¿Por qué una selección del futuro receptor?	10
Casos rechazados para trasplante	11
Categorías diagnósticas para la selección de receptores	12
Paciente apto para el trasplante	12
No apto para el trasplante	13
Pacientes de difícil manejo	14
Casos dilemáticos	14
¿Cómo se concibe la muerte?	15
La muerte para el receptor en espera	16
La muerte para los familiares	16
La muerte para el profesional de la salud	16
Pre-requisitos diagnósticos de la muerte encefálica	17
Condiciones	17
Exclusiones	17
Dilemas éticos de la muerte encefálica	18
¿Cómo enfrentar a los familiares del donante?	18
Actitudes de los profesionales de la salud	19
Conclusiones	20

CAPÍTULO II

EL PSICÓLOGO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS/ 21

Introducción	21
Atención al receptor	24
Estudio psicológico del paciente preseleccionado como candidato a trasplante o receptor potencial	25
Preparación psicológica del paciente seleccionado como receptor	39
Atención psicológica en el postoperatorio inmediato	44
Atención psicológica en el postoperatorio mediano y psicocorrección de la personalidad del paciente	45
Rehabilitación psicológica para la reinserción laboral y escolar	52
Atención a la familia del receptor	54
Atención a los familiares del donante	55
Atención a los equipos de asistencia directa al receptor y al donante	57
El burnout en los profesionales de la salud	60

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE UN SISTEMA PARA LA EVALUACIÓN DEL RECEPTOR POTENCIAL/ 68

Introducción	68
Elementos constitutivos del sistema	69
Capacidad de trabajo intelectual	69
Estados emocionales	72
Personalidad tipo A	75
Personalidad tipo B	76
Personalidad tipo C	77
Personalidad tipo H	77
Personalidad tipo D	78
Instancias orientadoras de la personalidad	84
Intereses	86

Aspiraciones	86
Autoconciencia	87
Autovaloración	87
Métodos para la evaluación	88
La entrevista	88
Recepción	89
Identificación	90
Interrogatorio	90
Exámenes	90
Información	90
Despedida	91
Batería de pruebas para la evaluación de la capacidad de trabajo intelectual	91
Aprendizaje de diez palabras de A. R. Luria	92
Búsqueda de números en las tablas de Schulte	95
Reproducción de relatos	99
Comparación de conceptos	102
Modificación de las tablas de Schulte	105
Exclusión de objetos	107
Simultaneidad de los signos	109
Cálculo de Kraepelin	112
Sistema de categorías diagnósticas para la evaluación de las alteraciones de la C.T.I.	113
Guía de observación de las alteraciones de la CTI	116
Reporte de quejas subjetivas de la CTI	117
Batería de pruebas para la evaluación de los estados emocionales	118
Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado	118
Escala de Ansiedad Patológica (EAP)	122
Inventario de depresión de Beck	134
Batería para la evaluación de las instancias orientadoras de la personalidad	141
Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein	141
Prueba de completar oraciones	144
Composición	145
Instrucciones	146

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS/ 148

Introducción	148
Antecedentes históricos del concepto calidad de vida	150
Problemas fundamentales en la investigación de la CV en salud	151
Instrumentos para evaluar calidad de vida en salud	157
Proyecciones de la evaluación de la CV en el proceso salud-enfermedad	163
Calidad de Vida y Psicología de la Salud	166
Estudio de la CV en pacientes trasplantados de corazón en Cuba	170
Objetivo general	170
Objetivos específicos	170
Control semántico	170
Tipo de estudio	171
Muestra	171
Variables	171
Procedimientos	172
Resultados	173
Análisis por Indicadores	173
Evaluación de la calidad de vida percibida	174
Evaluación integral de la Calidad de la vida	175
Discusión	176
Encuesta	181

CAPÍTULO V

APOYO SOCIAL Y SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE CARDÍACO/ 186

Introducción	186
Consideraciones acerca del apoyo social. Definiciones	187
Interacción factores sociales-enfermedad	189
Apoyo social y estrés	191
Funciones del apoyo social	193

¿Puede el apoyo social dañar la salud?	194
Perspectivas de acercamiento al constructo apoyo social	195
Trasplante cardíaco y apoyo social	198
Experiencias en la evaluación del apoyo social y su relación con la supervivencia al postrasplante	201
Estudio sobre el apoyo social y su relación con el trasplante de órganos	203
Problema de investigación:	203
Objetivos	204
Definiciones operacionales	204
Muestra	205
Sexo	206
Ausencia de enfermedad psíquica	206
Instrumentos utilizados	207
Orden de presentación de instrumentos	207
Revisión de las historias clínicas	208
Procedimiento	210
Selección de la muestra	210
Aplicación de los instrumentos y recogida de información	211
Procesamiento de los datos obtenidos	211
Análisis de los resultados	213
Caracterización del apoyo social de los trasplantados	213
Recursos de la red	213
Frecuencia	213
Cercanía	214
Balance de la relación	215
Complejidad	217
Naturaleza de la relación	218
Sector de donde proviene la ayuda	219
Sexo de donde proviene la ayuda	220
Densidad de la red	220
Satisfacción con el apoyo	222
Análisis de los resultados de la entrevista	223

Redes de apoyo social	223
Percepción con el apoyo	224
Satisfacción con el apoyo recibido	224
Análisis de los resultados de las historias clínicas	226
Criterio de jueces	228
Análisis de la influencia del apoyo social en la supervivencia de los trasplantados de corazón	229
Supervivencia	229
Resumen de los principales resultados	230
Conclusiones	231
<hr/>	
BIBLIOGRAFÍA	232
<hr/>	

CAPÍTULO I

PROBLEMAS CONCEPTUALES DE ACTUALIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

INTRODUCCIÓN

Los problemas actuales del proceso salud-enfermedad, no se pueden abordar sólo a través de las ciencias médicas, sino en íntima interrelación con las ciencias filosóficas, las ciencias sociales y las ciencias exactas. Se debe lograr la vinculación también con el medio socioeconómico en que se producen, en aras de alcanzar una interpretación y abordaje científicos precisos.

Existen numerosas definiciones sobre ética. Si partimos de la etimológica, ética proviene del griego «ethos», que significa «costumbre o conducta». Tiene un sentido equivalente al término «moral», que deriva del latín «mos» o «moris», que a su vez significaba «costumbre». Aunque ambas palabras tienen un mismo significado, a la moral se le puede atribuir una connotación religiosa, mientras que la ética se aplica preferentemente en un sentido civil o secular. Según Sócrates, filósofo griego del siglo V a.n.e., la ética «es la ciencia que regula el comportamiento humano», el «cómo debemos vivir».

Para muchos la ética es la filosofía de la moral; para otros, es la ciencia que trata no solo de la moral, sino también del origen, desarrollo, reglas y normas de conducta de los hombres, de sus deberes hacia la sociedad, la

patria y el estado. Se presenta así un problema filosófico, que en el campo de la salud adquiere vigencia en los problemas de la salud del hombre. Margaret Whitehead, en su artículo: «Equidad y Ética en la Sanidad», (1994) compara la ética con la equidad. Señala que estos dos conceptos son distintos pero comparten un fundamento común en muchos aspectos. La equidad o justicia social se enumera a menudo como un componente de la ética; mientras que otros textos sobre equidad suelen describir la ética como un elemento de la cuestión, más amplia de la equidad. Ambas están estrechamente relacionadas.

La ética trata de principios, criterios prácticos, procedimientos y toma de decisiones convenidas que regulan la conducta de las personas en su relación con otras. También la ética se relaciona con comprender los valores comunes a una sociedad y de actuar sobre ellos en el ejercicio de las tareas profesionales y públicas. Los términos equidad y ética constituyen principios de la salud pública cubana, conjuntamente con los principios de la gratuidad, la accesibilidad y el internacionalismo.

Los principios básicos de la ética son:

1. Respeto a la autonomía de los demás, a la vida, a la dignidad y a la integridad corporal de las personas.
2. Beneficencia y no malevolencia. Hay que beneficiar y no perjudicar, existe el deber de proteger y cuidar a los más vulnerables y, cuando sea necesario, actuar en su defensa.
3. Justicia: imparcialidad en el uso del poder político y de los recursos públicos y no discriminación de los grupos con igualdad de oportunidades entre ellos.

La equidad se ha definido como la «justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva», según la RAE (2001). Está relacionada claramente con la justicia social, lo que se considera equitativo o justo depende en gran medida de los valores imperantes en una sociedad concreta.

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) previene que la equidad que está relacionada con la sanidad implica que todo el mundo tenga las mismas oportunidades para realizar su potencial sanitario, y de que nadie esté en desventaja para lograr ese potencial. Estas concepciones muestran la expresión de la voluntad política que los estados deben tener, en cuanto a los problemas de Salud.

La ética clínica es una manifestación particular de la Ética que trata los principios y normas de conducta que rigen entre los trabajadores de la salud, su relación con el hombre sano o enfermo y con la sociedad. Ella abarca

también el error médico, el secreto profesional y la experimentación con humanos. El problema fundamental de la ética clínica se manifiesta en la relación médico-paciente, la relación entre los trabajadores de la salud y la relación de éstos con los familiares del paciente.

La relación médico-paciente es una modalidad de las relaciones interpersonales que está predeterminada por la necesidad del enfermo de ser atendido técnicamente y la disposición obligada del médico. Varios factores intervienen en dicha relación: la enfermedad del individuo que lo convierte en paciente, la técnica del médico, la personalidad de uno y otro, los papeles que desempeñan y el medio social.

La relación que se establece entre el médico y el paciente abarca matices que determinan la enfermedad que el segundo sufre y la orientación que el médico sigue en el tratamiento. La entrevista en el consultorio, la visita en la sala, el contacto con los departamentos de investigación y análisis, la sala de operaciones, forman parte del tipo de relaciones necesarias. Pero de todos modos, es la entrevista en el consultorio del hospital, dispensario o Policlínico, la que constituye el prototipo de relación médico-paciente, así como la influencia que el primero ejerce en la persona, la familia y la comunidad.

Es necesario tomar en consideración la personalidad, tanto del enfermo como del médico y, sobre todo, las actitudes ante la muerte, la enfermedad y la medicina. Es importante el papel que el enfermo adopta desde la primera entrevista, a la cual acude en busca de alivio o desaparición de sus sufrimientos.

El papel del equipo multidisciplinario es el de procurar la salud, pero no debe olvidar que tiene que interpretar a su enfermo y aliviarlo en su sufrimiento. Lo primero, está en relación con la enfermedad del paciente y sus conocimientos técnicos; lo segundo, con la relación personal del enfermo y sus conocimientos de psicología.

En la práctica clínico-asistencial los profesionales de la salud se encuentran con problemas determinados por el complejo mundo de los valores en cuestiones de trascendencia humana, como son: la manipulación genética, la investigación con seres humanos, el aborto, los criterios de definición de la muerte, los trasplantes de órganos, la eutanasia, entre otros. De esta forma, se ha gestado un campo particular de reflexión multidisciplinaria para el abordaje de los dilemas éticos que surgen en relación con la forma de nacer, vivir, morir, el estilo de vida y la salud de los seres humanos.

La diversidad y complejidad que estos dilemas adquieren en la actualidad exige de los profesionales de la salud no solo constante actualización técnica,

sino también la necesidad de replantear dimensiones éticas en cada una de sus acciones profesionales, en un marco de pluralismo moral donde decidir es un reto.

El estudio de los dilemas éticos se ha convertido en uno de los temas filosóficos más actuales en el ámbito de la producción científico-intelectual. Éste se ha desarrollado con un enfoque multidisciplinario, que se proyecta en el pensamiento filosófico, médico, religioso, psicológico, jurídico y político. Tanto en la literatura, como en el quehacer asistencial cotidiano, se han utilizado indistintamente los términos «problema ético» y «dilema ético», los cuales deben ser diferenciados por su naturaleza, contenido y expresión.

Problema ético

El *problema ético* se concibe como: «aquellas cuestiones morales susceptibles de varias soluciones que se intentan resolver por medio de procedimientos científicos» (Mainetti, 1991). Los problemas éticos en una institución sanitaria se expresan a través de situaciones que son fuentes generadoras de problemas morales. La problemática ética comprende todo lo relativo a:

1. Prevención y cumplimiento de las reglas y normas morales de los profesionales y el resto del equipo de salud en la práctica médica y su conciencia moral. Incluye también toda desviación de la conducta médica-técnica moralmente establecida, mala praxis profesional derivada de negligencia, incapacidad o mala organización del trabajo asistencial. Estas actitudes ampliadas anteriormente ponen en juego el prestigio profesional.
2. Concepción de la moral institucional y la organización científico-técnica y administrativa, cuyas interrelaciones dinámicas inciden en la excelencia ética.
3. Práctica insuficiente que pone en juego el prestigio científico y ético del trabajo institucional.

Dilema ético

Los dilemas éticos se refieren a la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, o sea, «las contradicciones entre valores o entre principios éticos que se presentan en el proceso de toma de decisiones en la práctica médica-asistencial, de modo que al cumplir con un principio o valor ético, necesariamente se contraviene otro, en tanto ambos son un deber para el médico (Mainetti, 1991).

Las preguntas que pueden surgir ante un dilema ético pueden ser las siguientes: ¿Todo lo que se puede hacer médica o técnicamente, éticamente es posible? ¿Cual es el límite entre lo que se puede hacer y lo que está permitido hacer? ¿Existen límites? ¿Quién determina esos límites? ¿Existen las condiciones económicas y materiales para la realización exitosa de los tratamientos permisibles?

Si bien es cierto que los dilemas son una realidad antigua que siempre han exigido del médico una elevada calidad moral, la mayoría de los especialistas coinciden en el hecho de que: «en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios» (Mainetti, 1991).

En este trabajo se analizarán algunos problemas y dilemas éticos que se presentan en el ejercicio de trasplante de órganos. Se analizarán problemas conceptuales que se ponen de manifiesto en la práctica clínico-asistencial, lo que conlleva a una reflexión filosófica sobre el enfoque actual del proceso salud-enfermedad.

En el proceso de la actividad trasplantológica, el equipo interdisciplinario se enfrenta a problemas que en numerosas ocasiones constituyen ejemplos de verdaderos dilemas, se abordarán en este trabajo, entre otros:

1. Dilemas éticos del trasplante de órganos.
2. Dilemas éticos en la selección de receptores.
3. Problemas éticos de la concepción de la muerte.
4. Dilemas éticos del diagnóstico de muerte encefálica.
5. Criterios acerca de cómo abordar a la familia del donante.

CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRASPLANTE

El trasplante es uno de los grandes logros de la medicina del siglo XX y constituye uno de los hitos más importantes del desarrollo de la medicina. Para los primeros intentos de trasplante de corazón se utilizaron animales: El cirujano Alexis Carrell¹⁴ en 1905 fue el iniciador. Incluso a comienzos de la década de 1930, junto al aviador estadounidense Charles Lindbergh, inventó un corazón mecánico capaz de transmitir fluidos vitales a órganos extirpados. Durante muchos años consiguió por este procedimiento mantener vivos órganos y tejidos.

No es hasta 1967 que el Dr. Christian Barnard pone en práctica la técnica por primera vez en humanos, seguido muy de cerca por el Dr. Shumway en Stanford, Estados Unidos en 1968. Estos dos trasplantes dieron paso a la realización de muchos más con expectativas de vida muy limitadas, por lo que inicialmente fue considerado un proceder radical, experimental y controversial, y debido a que los resultados no eran lo suficientemente satisfactorios, quedó restringido a determinados centros que mantenían una intensa investigación en este campo.

A principios de 1980 se vuelve a optar por esta alternativa. El Doctor Noel González -padre de la cirugía cardíaca e iniciador del trasplante de corazón en Cuba- plantea que fueron varias las razones que incidieron en este recomienzo: introducción de la biopsia endomiocárdica y de varias drogas como la Ciclosporina A, el uso de métodos más sofisticados para la conservación del corazón, mayor experiencia en la selección de los receptores, avances de las técnicas de cuidados intensivos y desarrollo de nuevos antibióticos (González, 1987).

El primer trasplante cardíaco realizado en Cuba fue el 9 de Septiembre de 1985 por el Doctor Noel González, a un paciente de 38 años de edad con el diagnóstico preoperatorio de cardiopatía isquémica. Después de aquel precursor trasplante, se han realizado más de cien y la mayoría han terminado exitosamente tanto la cirugía como la reincorporación psicosocial.

Los procedimientos de trasplantes además de representar una solución a varios problemas de salud contemporáneos, propician el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, estimulan la investigación en áreas que han sido poco exploradas, motivan la obtención de nuevos fármacos y el diseño de procedimientos novedosos con aplicaciones que trascienden al propio trasplante. Así mismo, han servido para propiciar reflexiones y cuestionamientos que rebasan el terreno puramente técnico y se extienden a otros como el económico, el legal y el ético.

Al abordar el origen e historia de los trasplantes desde una visión retrospectiva deben recordarse los principios de Hipócrates, padre de la medicina, quien imploró a los médicos seguir aquellos métodos que beneficiaran a los pacientes.

Partiendo de los principios de Hipócrates, la OMS ha establecido que los principios que guían el trasplante de órganos humanos son:

1. Los órganos pueden ser extirpados del cuerpo de personas fallecidas con el propósito de trasplantarlos, a condición de que: a) se tenga alguna for-

ma de consentimiento aprobada por la ley, b) no haya razón para creer que la persona fallecida objetó en vida tal disposición de órganos.

2. El médico que diagnostica la muerte de un donador potencial no debe estar directamente relacionado con la disposición de órganos, ni con el subsecuente procedimiento de trasplante y mucho menos ser el encargado de la atención del receptor de tales órganos.
3. De preferencia, los órganos para trasplantes deben ser extraídos de cadáveres, sin embargo, las personas adultas vivas pueden donar órganos si bien, en general, deben estar genéticamente relacionadas con el receptor. Se hacen excepciones en el caso de trasplantes de médula y de otros tejidos regenerables. Pueden extirparse órganos de adultos vivos con el propósito de trasplantarlos, si el donador expresó su consentimiento. El donador debe estar libre de influencias y presiones y tener la información suficiente para ser capaz de entender y valorar riesgos, beneficios y otras consecuencias de su consentimiento.
4. No pueden extirparse órganos de menores con el propósito de trasplantarlos, pero sí se hacen excepciones bajo leyes nacionales en el caso de tejidos regenerables.
5. El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacciones comerciales. Se debe prohibir el dar o recibir pago por órganos.
6. Debe prohibirse la publicidad que ofrezca o solicite órganos con fines de lucro.
7. Debe prohibirse a los médicos y a otros profesionales de la salud emplear órganos para trasplante si hay razón para creer que tales órganos han sido objeto de alguna transacción comercial.
8. Se prohíbe que toda persona relacionada con el procedimiento de trasplante reciba algún pago que exceda lo justo por el servicio prestado.
9. Los órganos donados deben estar disponibles para los pacientes, con base en la necesidad médica, y no de financiamiento o de otras consideraciones, lo mismo que a la luz de los principios de la justa distribución y equidad.

En el sistema nacional de salud cubano, caracterizado por los principios de equidad, ética, gratuidad, accesibilidad e internacionalismo, se cumplen fehacientemente estos lineamientos de la OMS para el trasplante de órganos. La donación de órganos es voluntad de la población y el trabajo del equipo de trasplantes no tiene una remuneración económica, todo lo contrario, se

basa en la conciencia de consagración al trabajo y en la gratificación que brinda su éxito.

El trasplante de órganos y tejidos ha revolucionado la medicina moderna, incorporándose a la rutina terapéutica de un número cada vez mayor de centros en casi todos los países desarrollados. Ello ha sido posible gracias a una selección más rigurosa de los receptores y donantes, a una mejor técnica quirúrgica y anestésica como a la mejoría de los cuidados postoperatorios. El desarrollo de la inmunología y de la farmacología con la aparición de potentes medicamentos inmunosupresores, antibacterianos, antivíricos y antimicóticos, también ha ayudado al crecimiento de los trasplantes (Parets, 1992), unido a los conceptos actuales sobre los problemas de la salud del hombre. Una particular contribución ha tenido la ampliación de la medicina en la comunidad, ya que así se ha garantizado el éxito de las intervenciones concibiendo la salud en una dimensión amplia y a los beneficiarios en todos los niveles de atención: primaria (prevención), secundaria (diagnóstico y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), potencializándose las actividades de promoción-prevención, curación y rehabilitación.

DILEMAS ÉTICOS EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Un trasplante cardíaco o hepático no es una utopía y los resultados son, en algunos casos, superiores a los de técnicas más complejas que nadie dudaría en aceptar. La actividad trasplantológica es multifactorial e intersectorial. En ella se agrupan un conjunto de profesionales, no sólo de las ciencias médicas sino también de otros campos de la sociedad y de la ciencia.

Es difícil entender que existan en la actualidad problemas éticos que puedan interferir la realización de trasplantes. La escasez de órganos es el factor limitante más importante para el desarrollo de los trasplantes en todo el mundo y este hecho ha dado lugar a elucubraciones plasmadas en historias reales sobre el tráfico de órganos.

Otro problema es el relacionado con la educación de la población. Se hace necesario que haya una cultura sanitaria que permita la asimilación del beneficio de los tratamientos y un respaldo por parte de las instituciones formales y no formales, en aras del éxito a largo plazo de la salud del paciente. Para lograr estos resultados desempeñan un papel fundamental las redes de apoyo social y familiar.

La tecnología de los trasplantes, en continua evolución, va a añadir innovaciones capaces de dar solución a este nuevo reto. La introducción de los xenoinjertos y el establecimiento de banco de órganos de animales dará solución a la creciente demanda de órganos y planteará nuevas interrogantes que requieren una preparación ética, social y legislativa. El tema de los trasplantes es un asunto controvertido y su proceder médico cuenta con adeptos y detractores. Se trata del dilema de salvar una vida y ¿qué hacer ante la muerte inminente del hombre?

Las bases éticas de la medicina general, y de los trasplantes en particular, están basados en el Principio de Benevolencia: hacer el bien, pero, ante todo, no producir daño. La meta del trasplante de órganos desde sus comienzos ha consistido en aliviar el sufrimiento, y en prolongar una vida. Para ello se necesita de un trabajo comunitario con el entorno del paciente, de modo que éste pueda cumplir su rol de trabajador sin descuidar el cumplimiento de su régimen dietético y de las normas higiénico-sanitarias. Nuestro sistema de salud, por tener una medicina socializada, permite cumplir estos objetivos, a diferencia de la medicina mercantilizada, que solo se preocupa de la ganancia que la técnica le pueda proporcionar. Ésta solo recaba del paciente si es capaz de solventar los gastos que los procedimientos le ocasionarían, y por esto los transplantados necesariamente deben tener un alto nivel adquisitivo.

Es en este aspecto donde se demuestra el cumplimiento de los principios de la equidad y la ética en el sistema de salud cubano, donde se sitúa al hombre en el centro de atención, la familia y la comunidad.

¿Qué informar al candidato a trasplante?

En ocasiones, se presenta el problema de que acuden al equipo de trasplante cardíaco pacientes remitidos de otros centros, con el diagnóstico de que su corazón está muy enfermo y que su única opción es el trasplante. Sin embargo, al evaluarlo integralmente, se demuestra que tiene comprometidos otros órganos de tal manera que el proceder anunciado no se hace posible.

Entonces, se plantea un dilema ético: ¿Qué hacer con un individuo al cual se le ha planteado que está próximo al fin de la vida? ¿Cómo le hacemos frente a la angustia ante la muerte y consecuente desamparo de sus hijos, de sus padres ancianos? ¿Cómo los especialistas podemos aconsejar sobre el trabajo interrumpido y la frustración de las aspiraciones de estos pacientes?

En la Tesis de Doctorado de Edelsys Hernández (1990), pudo demostrarse que el hombre no sólo le teme a la muerte, sino a las limitaciones que la enfermedad impone a la realización socio-psicológica de la personalidad del enfermo.

Es muy importante que al estudiar un paciente con afecciones cardíacas severas se le plantee la necesidad de un estudio médico. Para esto es importante explicar que la solución puede ir desde un tratamiento medicamentoso y dietético hasta un proceder quirúrgico. Si la indicación fuese quirúrgica, ésta puede abordar desde una sustitución valvular, el cierre de un defecto, una revascularización hasta un trasplante. Si el final del estudio arroja que el paciente tiene contraindicado el trasplante, se le ofrece un tratamiento médico que se encuentra dentro del espectro anunciado y no se le crea, al paciente expectativas inalcanzables.

¿Por qué una selección del futuro receptor?

Desde el punto de vista médico es importante seleccionar adecuadamente el futuro receptor, porque la regulación de los trasplantes de órganos establece que se debe realizar el injerto en aquellos casos portadores de una enfermedad en estadio terminal, cuya muerte se hace inminente en un plazo de seis meses a un año. En estos pacientes existen contraindicaciones absolutas para la realización de dicha técnica:

1. Pacientes portadores de sepsis activa (al aplicar el tratamiento inmunosupresor ésta puede generalizarse y anticipar el desenlace final de la muerte.)
2. Antecedentes previos de hepatitis B.
3. Antecedentes de enfermedades sistémicas tales como colagenosis, sarcoidosis, amiloidosis, etc.
4. Tumores.
5. Drogadicción.
6. Alcoholismo. Está demostrado que a pesar del seguimiento médico y el trabajo psicológico, una vez que los pacientes se sienten bien, tienden a retomar su hábito alcohólico y por ende a enfermar el órgano trasplantado.
7. Alteraciones psíquicas.

Teniendo en cuenta estos aspectos mencionados, es preferible no ofrecer toda la información al paciente hasta tanto no esté confirmado el estudio y la indicación del trasplante reúna criterios inequívocos. De otra forma, se le

plantea tan sólo que va a ser estudiado, para de acuerdo a ello determinar con posterioridad cuál es el método terapéutico idóneo para él.

Como puede observarse, las actividades de cultura sanitaria a la población y las indicaciones específicas ante este problema, son problemas éticos a tratar, de ahí la importancia del trabajo de promoción y prevención en salud.

Desde el punto de vista psicológico, la selección del candidato resulta imprescindible y hay que hacerlo integrando elementos técnicos y valores éticos, porque se presenta en la práctica un gran dilema ético: el hecho de que el ser humano es único e irrepetible y no estamos autorizados a privarlo de la oportunidad de prolongar su vida, aunque tengan un desarrollo anómalo de la personalidad o una presunta sintomatología psicótica. En ocasiones son alteraciones psíquicas severas originadas por la propia enfermedad, por ejemplo, delirios por hipoxia, por bajo gasto cardíaco o estados emocionales agudos como ansiedad, depresión o ira ante la sensación inminente de muerte.

También se han valorado casos aquejados de enfermedad psíquica severa, miembros de una familia con bajo nivel cultural, falta de compromiso y poco apoyo familiar. En estos pacientes se da una repercusión negativa de estos factores, porque cuando intentan insertarse nuevamente después de operado, su sistema familiar no se conduce de forma adecuada. Por tanto la familia constituye uno de los pilares definitorios a considerar para el éxito del trasplante.

Una consideración especial merece el retraso mental porque el equipo de salud se ha encontrado con frecuencia ante el dilema: ¿qué hacer con el paciente retrasado mental que tiene una familia capaz de cuidarlo y hacer que lleve una vida consecuente con el trasplante? El problema con este tipo de paciente es que para el trasplante cardíaco se hace imprescindible que el operado tenga adecuados mecanismos de autorregulación personal, es decir, una valoración adecuada de su estado de salud, un conocimiento preciso de sus posibilidades y una comprensión exacta de la importancia de cada uno de los medicamentos. Es decir, una conciencia de enfermo que garantice la adherencia terapéutica y que prolongue su vida, que en el caso de los retrasados mentales esta valoración de su enfermedad es imposible.

Casos rechazados para trasplante

1. Síndrome depresivo ansioso con elementos obsesivos. Antecedentes de ingresos psiquiátricos. Se destaca su extrema labilidad emocional y pusilanimidad.

2. Retraso mental severo, madre, padre, hermanos retrasados mentales y alcohólicos.
3. Extrema labilidad emocional. Neurosis depresiva de ocho años de evolución.
4. Síndrome depresivo ansioso. Extrema labilidad emocional con incontinencia afectiva. Antecedente de enfermedad psiquiátrica. Padres, hermanos y sobrinos esquizofrénicos y esposa histérica de crisis a repetición.

Como puede observarse, las características del medio familiar y de la personalidad de estos pacientes no garantizan un adecuado seguimiento post-trasplante, ya que ellos deben seguir una dieta adecuada, llevar rigurosamente el control de los medicamentos, así como su posología, por lo que necesitan condiciones mínimas para su recuperación.

El caso de enfermedad psíquica severa como la psicosis, debe ser rechazado para el trasplante ya que la inmunosupresión conlleva el uso de esteroides que exacerban estados emocionales agudos y hacen aflorar delirios latentes.

Categorías diagnósticas para la selección de receptores

Se ha determinado por nuestro equipo multidisciplinario establecer tres categorías diagnósticas para la selección de receptores:

Paciente apto para el trasplante

En esta categoría se incluyen los pacientes que no presentan alteraciones psíquicas, pero necesitan atención psicológica, porque ya hace tiempo vienen tolerando un cuadro de progresiva enfermedad, en general ya sin posibilidades y el trasplante aparece como «una lucecita de esperanza». Sin embargo, estos pacientes necesitarían ayuda psicológica porque no están exentos de preocupación por muchas razones:

1. El corazón ha sido relacionado tradicionalmente con la esfera de los sentimientos, por lo que no pocas veces se presentan preocupaciones con respecto a las características psicológicas del donante o sentimientos de pérdida ante la pérdida de su propio corazón.

2. El hecho de ser informado de que su corazón está irreparablemente dañado y que puede morir en corto plazo a menos que sea exitosamente trasplantado, lo hace enfrentar violentamente la fragilidad que existía detrás de su omnipotencia y que había negado durante años. Por otra parte, aparece una sensación de alivio, ya que al fin va a poder descansar de las terribles exigencias soportadas tanto tiempo, al someterse a la indicación médica.
3. La etapa de espera del trasplante es sumamente difícil. Una vez que el paciente es aceptado, la espera es indeterminada, puede ser de unos días, meses o no llegar. La dependencia del hospital es verdaderamente significativa. Algunos pacientes que viven lejos de la capital se quedan viviendo en la institución o cerca de ella, esperando ser llamado. Todos están en riesgo de muerte súbita. Todos tienen alteraciones transitorias en los momentos de descompensación psíquica por la sensación de inminencia de la muerte o por alteraciones hemodinámicas, que traen como consecuencia la hipoxia cerebral.
4. El deseo de que alguien muera para que done su corazón crea intensos sentimientos de culpa. Algunos autores plantean que después del trasplante estos sentimientos se convierten en intensamente reparatorios y altruistas (Einkelsztein, 1993).
5. Se originan actitudes competitivas y paranoides entre los transplantados y los que aún no lo son.
6. Otros pacientes se defienden con el mecanismo de negación y desplazamiento. Este mecanismo no es realmente compensatorio, ya que si bien es cierto que defiende al paciente de la angustia de saberse enfermo, es responsable de la falta de adherencia terapéutica, ya que al no considerarse tan enfermos abandonan las prescripciones facultativas.
7. Algunos pacientes se sienten tan compensados físicamente que dudan que estén en tan pésimas condiciones como para ser transplantados. Tienen a pensar que hubo un error en el diagnóstico. Al mismo tiempo, manifiestan no tener temor por el trasplante, pero entran en reacción de angustia -por citar un ejemplo de Desplazamiento como mecanismo de compensación-, al tener una consulta con estomatología.

No apto para el trasplante

Incluye el retraso mental, las enfermedades psíquicas severas, el alcoholismo y la ausencia de apoyo social.

Pacientes de difícil manejo

Se ha establecido esta categoría para aquellos que aunque tienen algunas alteraciones de la personalidad o familias disfuncionales, pero son susceptibles a la ayuda psicológica y se aceptan para el trasplante. Este grupo de pacientes constituye un constante dilema ético, porque siempre existe la duda de si debían haber sido rechazados o no. Se han visto pacientes que se han trasplantado exitosamente, pero tarde o temprano hacen transgresiones que propician el comentario contradictorio de algunos miembros del equipo en cuanto a su muerte más temprana de lo esperado.

Casos dilemáticos

Caso 1: Paciente ATV de 14 años, con una familia de muy bajo nivel de compromiso, prácticamente no había asistido a la escuela. Se le buscó un hogar sustituto, se le enseñaron nociones de matemática, se le ubicó en una escuela taller donde obtuvo 6to grado y aprendió mecánica automotriz. Un día fue enviado a un Campamento de verano, a los cinco años de trasplantado. Allí se enamoró de una chica y dejó de ingerir la Ciclosporina para que la muchacha no supiera que estaba trasplantado. Fue traído al hospital con rechazo agudo y falleció. Este paciente sobrevaloró su estado de salud y subvaloró el tratamiento fatalmente.

Caso 2: Paciente SD de 50 años de edad, fue atendido desde su rehabilitación post infarto. Presentaba un profundo sentimiento de culpa porque conduciendo embriagado había producido la muerte de un hombre y una mujer. Cumpliendo la sanción sufría tanto que se infartó en tres ocasiones por espasmos coronarios. Se decide trasplantarlo porque estaba premortem, su personalidad lo permitía y aparentemente tenía un ambiente familiar adecuado. Después del trasplante la familia lo apoyó muy poco, tanto la esposa como los hijos le reprochaban «la vida alegre que había llevado». Estuvo ingresado y nunca tuvo acompañante a pesar de realizar dinámicas familiares para recabar el apoyo familiar. Egresó en noviembre y regresó en diciembre con una crisis de rechazo agudo que lo llevó al deceso. Se interpretó como que había interrumpido la droga antirrechazo como acto suicida, aunque esto no pudo comprobarse.

Caso 3: Paciente JB, de 64 años, a pesar de ser emocionalmente inestable se decidió trasplantarla porque tenía un nivel intelectual normal y un buen apoyo familiar. Cuando cumplía 7 años de trasplantada acudió a consulta

a darle al equipo médico la «buena noticia» de que llevaba 2 meses y 19 días sin ingerir la Ciclosporina y se sentía mejor porque con ella tenía problemas digestivos, no comía y no dormía; sin el medicamento «comía mejor y dormía bien». Al revisarla se le detecta arritmias, al Ecocardiograma déficit de contractilidad miocárdica y un trombo en ventrículo izquierdo. Posteriormente presentó un AVE (infarto cerebral) y falleció en pocos días.

Como puede verse en los casos que se han ilustrado, no todo es predecible, ya que aparentemente estos pacientes habían recibido y procesado toda la información y el trasplante fue exitoso por algunos años. El dilema ético está en ser más rigurosos en la selección de los receptores.

Otro asunto importante y dilemático en el quehacer de los profesionales de la salud, es el relacionado con la concepción de la muerte.

¿CÓMO SE CONCIBE LA MUERTE?

Sin pretender abarcar las definiciones conceptuales acerca del tema de la muerte, lo cierto es que la persona la concibe como el fin de la existencia. Por tanto se impone tener en cuenta algunas consideraciones éticas cuando se trata de trabajar con una persona que se encuentra en el umbral de la muerte. Es importante entonces analizar cómo evalúa la muerte el paciente.

En la mitología griega, la muerte es concebida como hija del Erebo y de la noche y hermana del sueño. Según los poetas, tenía su mirada delante del tártaro o en las puertas del infierno. Es hermana del destino, del sueño y del ensueño. Según Hesíodo, «es deidad temible y tiene corazón de hierro y ánimo duro y cruel en su pecho; no suelta nunca al hombre a quién logra echar mano y es odiosa a los propios inmortales dioses» (J. Ribas, 1960).

Concepciones católicas, por otro lado, la consideran como la separación del cuerpo y del alma (J. A. Hernández, 1992).

La definición brindada por la Enciclopedia Salvat de Ciencias Médicas refiere que la muerte «es un fenómeno consistente en la cesación gradual de las reacciones bioquímicas internas y externas que mantenían la vida. La muerte no es un momento en el sentido temporal, constituye un proceso ya que el organismo no cesa en sus funciones de una manera súbita. Durante el proceso de la muerte existen unas modificaciones que se inician en el mismo instante en que clínicamente diagnosticamos la muerte, representado por el cese de dos funciones vitales: respiración y circulación; con la persistencia de otras fácilmente demostrables en el cadáver, tales como la excitabilidad eléctrica de los músculos, función digestiva», etc. (Abbout. Castillo, 1993).

La muerte para el receptor en espera

En los pacientes que esperan por el órgano a transplantar se generan contradicciones importantes: temen a su muerte y desean que llegue el momento de ser trasplantados, sin embargo surge en ellos la contradicción de que al desear su solución, están deseando la muerte de otra persona.

Existen pacientes que, antes de transplantarse, se afligen, aduciendo que se sienten «malas personas» y se cuestionan sus valores humanos al desear la muerte de otra persona para evitar la de ellos mismos.

Después de trasplantado, el paciente se puede interesar por conocer la familia del donante y contribuir a la manutención de la familia que aquel dejó.

Otro asunto dilemático es acerca de las posibilidades de encuentro entre las familias del receptor y el donante. Aparentemente esto pudiera ser beneficioso, desde el punto de vista del agradecimiento de una familia hacia la otra, pero pudiera traer consecuencias negativas como fijaciones patológicas hacia el receptor por parte de la familia del donante.

Este equipo de trabajo decidió no permitir que esto ocurriera, e hicimos que una psicóloga atendiera la familia del receptor y otra a la del donante, en espacios bien distantes uno del otro.

La muerte para los familiares

Para estos el tiempo de espera es un periodo de mucha angustia, ya que ven el deterioro progresivo de su ser querido. Cuando llega el momento del trasplante, sienten la alegría por la salvación de su familiar y la pena por el sufrimiento de la otra familia.

La muerte para el profesional de la salud

El desarrollo del concepto de que una persona está muerta cuando ha perdido de forma permanente todas las funciones del encéfalo, ha originado una lógica reacción, en el público, como en los médicos, teólogos, juristas y filósofos.

Veith en el informe de la Comisión de Problemas Médicos y Éticos sobre la muerte encefálica en los EE.UU. señala: «Un individuo con un cese irreversible de las funciones cardíacas y respiratorias o una pérdida irre-

versible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tronco encefálico, está muerto». La declaración de la muerte puede hacerse de acuerdo con los criterios médicos aceptados (World Health Organization, 1991).

Actualmente se aceptan desde el punto de vista médico-legal dos formas para diagnosticar la muerte: una tradicional, entendida como cese irreversible de las funciones cardiovasculares y respiratorias y otra moderna como la muerte encefálica.

Pre-requisitos diagnósticos de la muerte encefálica

Aquí se presentarán las condiciones y exclusiones que se toman en cuenta para considerar la muerte encefálica.

Condiciones

Antes de iniciar la exploración de un paciente en muerte cerebral, la causa del coma debe estar totalmente documentada y segura. Debe tratarse de un daño estructural suficiente para justificar la pérdida de todas las funciones encefálicas, de una forma irremediable. La condición de irremediable no debe basarse solamente en los hallazgos clínicos o en la evidencia de una lesión estructural grave; esa condición solo debe adquirirse cuando se hayan realizado esfuerzos terapéuticos importantes para remediarla (Ej. Evacuación de hematomas, control de edema cerebral, etc.).

Por lo tanto, el paso del tiempo es una de las condiciones esenciales para determinar que una lesión es irremediable.

Exclusiones

Deben excluirse todas aquellas causas que puedan ocasionar una afectación encefálica reversible:

1. Hipotermia severa de 32 grados centígrados.
2. Shock secundario a hipovolemia severa, sepsis o bajo gasto.
3. Hipoxemia severa.
4. Causas endocrino-metabólicas.
5. Drogas depresoras del sistema nervioso central.

DILEMAS ÉTICOS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA

¿Cuanto tiempo debe ser ventilado un enfermo en coma? ¿Se puede retirar la ventilación artificial antes de realizar el protocolo de diagnóstico de muerte cerebral?

El diagnóstico de la muerte encefálica, por su complejidad y características específicas, requiere la realización de un número de pruebas comprobatorias que demuestren el cese definitivo o irreversible de las funciones encefálicas. Por tanto, el proceder médico deberá estar ajustado a los criterios establecidos al efecto por el MINSAP (Alonso, 1987; Parets, 1992).

Respondiendo a los dilemas planteados, es importante puntualizar que:

1. Un enfermo en coma debe estar ventilado el tiempo necesario para comprobar que se cumplen todas las condiciones expuestas y que se han excluido las causas reversibles; puede oscilar entre seis, veinticuatro horas o más. Debe ser el médico de asistencia quien decida si es preciso esperar un período más prolongado.
2. Tras la identificación del diagnóstico inequívoco de muerte cerebral existe un donante potencial.

El ejercicio de la profesión médica está basado en la observación de los principios éticos aplicables a las relaciones que contrae el médico no solamente con el paciente sino con sus familiares. Además se establecen en la práctica diaria relaciones de médico a médico, de éste con el personal paramédico, con funcionarios de Salud Pública y otros organismos.

Independientemente de las relaciones que en sentido general se establecen, la relación médico-familia del paciente, es la fundamental y decisiva. No resulta fácil para un médico plantearle a un padre que su hijo se encuentra en muerte encefálica y mucho menos, el significado médico que éste tiene; sobre todo, es muy trabajoso, en ocasiones, convencer a los familiares del donante de la necesidad de donar determinado órgano y por tanto conseguir la autorización.

¿Cómo enfrentar a los familiares del donante?

¿Está preparado el facultativo para comunicar el deceso a la familia? El facultativo que forma parte del equipo médico encargado de diagnosticar la

muerte encefálica deberá conversar con los familiares del fallecido para explicarles la causa de muerte. Deberá utilizar un lenguaje lo menos técnico posible para que, de forma persuasiva ofrezca seguridad en sus planteamientos y le permita convencerlos sobre la donación. Esta conversación debe desarrollarse en un marco de respeto y sensibilidad ante el dolor ajeno.

En la práctica diaria se ha comprobado la importancia de establecer una relación entre el psicólogo y la familia del donante potencial, para crear lazos que posibiliten la donación de algún órgano. Esta especial relación hace comprometer aún más al familiar con el médico y la institución donde se ha atendido su enfermo. No deja de haber casos en que se expresa la negatividad a la donación del órgano y en tal caso ese deseo es respetado (Sordo, Cuspineda y Zas, 1998).

Aún cuando el paciente en muerte encefálica haya expresado con antelación a su muerte, su deseo de donación de órganos, constituye un valor del equipo médico trabajar humanamente con sus familiares más allegados para que sean capaces de comprender cabalmente la situación del deceso de su ser querido.

Las relaciones médico-médico y médico-personal paramédico son también muy importantes en el contexto mencionado. Siempre debe evitarse la posibilidad de que se realicen comentarios indiscretos en presencia de los familiares del paciente o se emitan criterios personales sin haberse discutido previamente en el equipo médico porque pueden entorpecer la relación con los familiares.

Actitudes de los profesionales de la salud

Entre las actitudes más frecuentes de los profesionales de la salud al enfrentarse con los dilemas éticos, pueden encontrarse múltiples formas, pero en sentido general se resumen de la siguiente manera:

1. No identificación, cuestionamiento e ignorancia de la existencia de dilemas éticos, debido a un déficit de formación profesional o por la existencia de despersonalización en la relación médico-paciente.
2. Identificación de la existencia de algún dilema ético asumiendo conductas evasivas, dada la existencia de mecanismos de defensa perceptual, obstaculizando su actuar profesional.
3. Identificación de la existencia de un dilema ético, asumiendo conductas de cuestionamiento activadoras y movilizadoras de la acción profesional.

Los aspectos abordados constituyen problemas conceptuales de actualidad en el trasplante de órganos, porque se valoran tópicos como la equidad, ética, familia, medio social y voluntad política que no se enmarcan solo en un problema biológico sino también en una disyuntiva social.

Conclusiones

Cuando se va a emprender un trasplante, deben tenerse en cuenta conceptos que ella maneja, como son la ética, equidad, derecho a la vida, autonomía, beneficencia, justicia. Por estas razones el trasplante de órganos, en el Sistema Nacional de Salud cubano, no puede verse desde el punto de vista solamente técnico, sino a partir de un enfoque filosófico.

La selección de receptores es un momento de alta responsabilidad, ya que los errores que se cometan inciden directamente en la vida de un ser humano. Al posible candidato a trasplante no se le debe prometer ninguna solución hasta tanto no se haya estudiado, para no fomentar falsas expectativas. Los familiares del donante deben ser abordados con mucha cautela, teniendo en cuenta el momento difícil que están atravesando. En un marco de respeto y sensibilidad ante el dolor ajeno, se hace necesario convencerlos de la necesidad de la donación para salvar otras vidas. Si hubiera negatividad su deseo debe ser respetado.

¹ Alexis Carrel (1873-1944), cirujano francés famoso por sus investigaciones sobre la conservación de órganos animales vivos fuera del cuerpo. En 1912 recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por el desarrollo en 1902 de una técnica de sutura de los vasos sanguíneos.

CAPÍTULO II

EL PSICÓLOGO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

INTRODUCCIÓN

Desde la realización del primer trasplante cardíaco en Cuba, el 9 de Diciembre de 1985, se ha realizado un trabajo científico encaminado a esclarecer, orientar y ejecutar la atención psicológica a este tipo de paciente, respondiendo a una línea priorizada en el Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Ante este enfoque de trabajo, nos hemos dado a la tarea de revisar la literatura internacional, ya que se contaba con poca información al respecto.

Algunos países centran su trabajo en la selección del paciente idóneo, mientras que otros enfatizan en las tareas de diagnóstico, psicoterapia, rehabilitación, atención a familiares del donante y al equipo asistencial.

Mc Aleer, Copeland y cols refieren que cuando se inició el trabajo relativo al trasplante de órganos se le dio poca prioridad a los aspectos psicológicos porque la supervivencia era limitada y lo principal era lograr que sobrevivieran. Posteriormente observaron que la deficiencia de considerar a los pacientes como la simple suma de sus partes los llevó a grandes desajustes psíquicos. Numerosos investigadores se han dedicado al estudio de las alteraciones psíquicas en estos enfermos y han encontrado más frecuentes las alteraciones del humor, cambio de la imagen corporal, desajustes maritales, indiferencias, impotencia sexual y disminución de la libido (Mc Aleer, Copeland y cols, 1985).

P. Lunde reportó complicaciones psíquicas en nueve pacientes con trasplante cardíaco y atribuyó la mayor incidencia de los síntomas psicóticos a una autoimagen distorsionada con respecto a la adquisición del corazón del donante (Lunde, 1969).

I. Kraft detalló algunas consecuencias psicodinámicas del trasplante de órganos, destacando un paralelismo entre la naturaleza de las complicaciones psíquicas post-operatorias y las fantasías preoperatorias o expectativas con respecto al corazón donado (Kraft, 1971).

Abrams sugirió que una combinación de factores como la ansiedad ante la muerte, la privación sensorial y el aislamiento característico del ambiente de cuidados intensivos, así como el desbalance fisiológico secundario causado por las altas dosis de esteroides que incrementan las catecolaminas y disminuyen el gasto cardíaco, son etiológicamente responsables de la aparición de psicosis posterior al trasplante cardíaco (Abrams, 1971).

Molish y cols demostraron déficits en el deterioro intelectual posoperatorio en cinco trasplantados. Si embargo no tenían datos preoperatorio confiable para la comparación. I. Kraft notó desajustes orgánicos en la mayoría de los veinte pacientes estudiados por él y postuló la relación entre los agentes inmunosupresores y la extensión del grado de organicidad (Molish, 1971; Kraft, 1971).

Un aspecto que se señala es la experiencia obtenida con los familiares de los pacientes. Copeland y cols señalan su experiencia con la apertura de un grupo de apoyo para los familiares que estaban esperando por el trasplante y los familiares que habían sufrido trasplante en los últimos seis meses. Se destaca que la experiencia fue tan positiva que los pacientes quisieron formar su grupo (Copeland, 1985).

Especial interés cobra el trabajo realizado por M. J. Mc Aleer-J. Copeland y cols al abordar esta problemática con un enfoque más psicológico. Este grupo estableció seis etapas de ajuste psicológico: período de evaluación, período de espera, post operatorio inmediato, primer episodio de rechazo, período de recuperación y alta del hospital (Mc. Aleer, 1985).

Una autora que también hace referencia a la importancia de los aspectos psicológicos y sociales es Virginia O' Brien, quien plantea los resultados en cinco etapas: presentación de la enfermedad y su diagnóstico, etapa de admisión para el trasplante, período de espera, operación y alta para la casa (O' Brien, 1985).

Laura Gunderson en su trabajo plantea la importancia de la enseñanza al paciente que va a ser trasplantado, el papel de la enfermera en su estrecha relación con el paciente en las etapas relativas a este proceso: Pre operatoria, alta y rehabilitación (Gunderson, 1985).

Un aspecto tratado con interés en la literatura es el de la evaluación y selección de los candidatos a trasplante. A. M. Freemann y cols consideran como criterio de exclusión en la selección los casos de Retraso Mental y Psicosis a pacientes con pobre rendimiento médico, abuso de alcohol, drogas y disfunciones familiares severas (Freemann, 1984).

W. Baumgartner y cols enfatizan la importancia de la evaluación psiquiátrica en la correcta selección de los receptores potenciales (Baumgartner, 1979).

T. C. Wolfgang y cols señalan que el receptor debe ser psicológicamente estable y mostrarse cooperador ante los procedimientos terapéuticos. Ellos necesitan un fuerte soporte durante todo el proceder y los pacientes con una estructura social fuerte tienden a ajustarse mejor (Wolfgang, 1985).

R. Morton Bolman y colaboradores apuntaron que un aspecto importante en la evaluación psicológica del receptor es la estabilidad psicológica y emocional del paciente y del soporte del grupo familiar (Bolman, 1985).

La expectativa del paciente con Insuficiencia Renal Crónica hacia el trasplante no es la misma que la de un paciente que espera trasplante cardiaco o de médula ósea. En el paciente renal, la motivación durante un tiempo prolongado se centra en la posibilidad del trasplante, y llegan incluso a deformar su sistema de actitudes y valores hacia su vida personal y sus valores sociales. La ansiedad y las alteraciones emocionales durante la diálisis mejoran cuando llega el trasplante largamente deseado (Reyes, 2005).

Otras características tiene la preparación del paciente que espera trasplante de corazón. A este hay que prepararlo para la cooperación ante técnicas traumáticas, para eliminar sus ideas o sentimientos negativos al tener que asimilar un corazón ajeno, las características del donante y otros aspectos que hacen aumentar la expectativa.

El trasplante hepático y de páncreas-riñón reúnen condiciones que necesitan de gran preparación, en ambos pueden existir complicaciones inherentes al daño cerebral transitorio a expensas de la alta toxicidad a que están sometidos.

El hepático tiene un post operatorio muy cruento y además la necesidad de tenerlo en vigilia, por lo que las alteraciones del sueño también pueden potenciar las alteraciones emocionales. A ello se le une la necesidad de que asimile la preparación cuando aún no está en situación de amenaza vital.

El trasplante de médula ósea también requiere una cuidadosa preparación psicológica, dado el aislamiento y condiciones de esterilidad que necesita, lo que exige de una alta tolerancia al estrés y a la frustración.

Un hallazgo en la literatura ha sido el papel mediador del psicólogo entre el posible donante, su grupo familiar y el receptor y su familia. Unido a esto se han desarrollado acciones que promueven la información al cuerpo profesional médico y paramédico en instituciones hospitalarias para desarrollar esta actividad.

En España, mediante la Federación Nacional del ALCER (Asociación para la lucha contra la enfermedades del riñón), se dirige hacia la población un trabajo de promoción sistemática a través de campañas, celebración del Día del donante y otras modalidades, para lograr la voluntad de donar los órganos.

De esta revisión se desprende algo muy importante que debe poseer un psicólogo que trabaje en un grupo multidisciplinario de trasplantes: Estar actualizado en la temática.

Teniendo en cuenta las investigaciones y la experiencia en Cuba, se consideró necesario dirigir el trabajo de Atención psicológica hacia 4 vertientes fundamentales:

1. Atención al receptor.
2. Atención a los familiares del receptor.
3. Atención a los familiares del donante.
4. Atención al equipo de asistencia directa al receptor y al donante.

En este capítulo se pondrá de manifiesto el desarrollo de estas vertientes en la modalidad del trasplante cardíaco y sus primeros resultados. Además se presentarán algunas consideraciones sobre la dinámica de trabajo del psicólogo en el grupo de trasplante.

Atención al receptor

El objetivo fundamental de la atención a estos pacientes está orientado hacia la búsqueda de los factores que puedan garantizar su estabilidad emocional, así como un nivel de comprensión y una adecuada actitud hacia su enfermedad. La asistencia debe tomar en cuenta que todo paciente tiene un cuadro interno vivencial sobre su enfermedad, en el que se pone de manifiesto la autovaloración, motivaciones, inquietudes, sistema de valores y, en definitiva, sus mecanismos de autorregulación personal (Hernández, 2003, 2005).

Para cumplir este objetivo se precisa de un estudio psicológico de los distintos momentos por los que atraviesa el paciente, los cuales se estructuran de la siguiente forma:

1. Estudio psicológico del paciente preseleccionado como candidato a trasplante o receptor potencial.
2. Preparación psicológica del paciente una vez seleccionado como receptor.
3. Atención psicológica en el postoperatorio inmediato.
4. Atención psicológica en el post operatorio mediato y psicocorrección de la personalidad del paciente.
5. Rehabilitación que favorezca su reinserción en un medio laboral o escolar habitual.

A continuación se detallan cada una de las etapas así como algunos resultados arrojados.

Estudio psicológico del paciente preseleccionado como candidato a trasplante o receptor potencial

Es evidente la necesidad de estudiar la personalidad del enfermo tributario de trasplante. Debemos conocer su actitud hacia la enfermedad, sus necesidades, sus motivaciones, la repercusión psicológica que tiene para ellos la enfermedad y las vías por las que canalizan sus inquietudes.

Para enfrentar el trasplante resulta imprescindible que en el posible receptor existan los requerimientos personales mínimos para enfrentar el trasplante. En ocasiones se han valorado casos de enfermedad psíquica severa, miembros de una familia con muy bajo nivel de compromiso social y comprensión, en los cuales se hizo evidente la repercusión negativa de estos factores en la reinserción familiar del transplantado.

Teniendo en cuenta la revisión de las investigaciones foráneas y las de la práctica asistencial, se decidió establecer tres categorías concluyentes del estudio psicológico que aunque fueron expuestas en el primer capítulo, serán retomadas desde otro ángulo de análisis.

Apto para el trasplante

Se incluyen en esta categoría los pacientes que, aunque no presentan alteraciones psíquicas, deben ser atendidos desde el punto de vista psicológico. Se hace necesario, conociendo su nivel intelectual, la valoración que tienen de su estado de salud, las expectativas con respecto al trasplante y las metas que se trazan en congruencia con lo anterior, prepararlo psicológicamente,

de modo que se fortalezcan sus mecanismos de autorregulación personal. Además, por ser el trasplante una intervención quirúrgica de alto riesgo, pueden presentarse estados emocionales agudos que comprometan la vida del paciente, como son las arritmias cardíacas por estrés. El caso siguiente ilustra la importancia de estas precauciones.

En el equipo multidisciplinario de trasplantes se tuvo la experiencia de un paciente que presentaba una miocardiopatía dilatada en fase terminal. Se discutió el caso y el médico de asistencia pidió al psicólogo que no lo preparara, que él estaba de guardia esa noche y tenía tiempo para conversar con el paciente. La guardia se le complicó y a las nueve de la noche fue a la cama del paciente y le dijo que no contaba con mucho tiempo, pero necesitaba decirle que esa noche iba a ser trasplantado de corazón. El paciente, acto seguido, falleció. Se pudo demostrar que presentó una arritmia cardíaca por lo inesperado de la noticia. El paciente había venido de una provincia lejana a realizarse un chequeo médico, pero pensaba que tenía un problema respiratorio. No estaba preparado para recibir esa noticia.

A esto se une, que el corazón ha sido un órgano tradicionalmente muy vinculado a la esfera de los sentimientos, por lo que pueden presentarse preocupaciones con respecto a las características del donante, su familia, color de la piel, su sexo, entre otras. Como ejemplo de esta situación se puede citar el caso de un paciente que teniendo un sistema de valores muy alto, de sentimientos muy nobles, le preocupaba que para que él viviera tuviera que morir otra persona. Esta preocupación se eliminó explicándole los criterios de muerte encefálica. Posterior al trasplante, este paciente en más de una ocasión solicitó conocer a la familia de su donante para contribuir a la manutención de los hijos que este hubiese dejado como agradecimiento a esa familia.

Estas preocupaciones de los pacientes sólo pueden ser conocidas si se realiza un estudio psicológico a profundidad y se lleva a cabo un seguimiento psicológico adecuado que permita que el paciente sean capaces de expresar sus angustias y preocupaciones.

De este acápite surge otra característica que debe poseer un psicólogo que trabaje en esta área: ser miembro efectivo de ese grupo multidisciplinario y por consiguiente, estar presente en todas las discusiones de casos, pases de visita, de modo que tenga dominio de todas las decisiones que se tomen con cada paciente.

De difícil manejo

Se incluyen pacientes que, si bien no presentan un diagnóstico de enfermedad psíquica severa, presentan alteraciones emocionales o problemas fami-

liares o sociales que deben ser conocidos por todo el equipo interdisciplinario, para poder abordarlo con un criterio uniforme y objetivo.

En los casos de problemas sociales se precisa de la actuación especial de la trabajadora social, que de hecho es una parte del dúo psicosocial. Como ejemplo de esta situación hemos tenido pacientes que, por carencia afectiva en su medio familiar, han utilizado el mecanismo del engaño o la maximización de su cuadro sintomático para obtener ganancias. Este mecanismo infantil puede continuar en la adultez y debe ser tratado por el equipo médico que lo atiende. Este aspecto, si bien no es un criterio de exclusión para el trasplante, es un elemento que debe tenerse en cuenta ya que, siendo una alteración de la personalidad, puede confundir a los especialistas en el transcurso de su evolución.

En el capítulo V, se podrá ver cómo estos pacientes consideran una de las mejores fuentes de apoyo social al equipo integrado por la psicóloga, la cardióloga y la trabajadora social.

No apto para el trasplante

En esta categoría se incluyen los pacientes que padecen retraso mental, desajustes psíquicos severos o ausencia de apoyo Social. En el capítulo de apoyo social y supervivencia postrasplante puede observarse la importancia de esta categoría para todas las personas y en especial para estos pacientes. Es importante analizar este aspecto, ya que, si se subvalora y se toman decisiones matizadas por la afectividad, esto puede repercutir negativamente sobre el enfermo. En muchos casos se acelera el proceso de muerte en un paciente que por falta de comprensión no coopera en el postoperatorio; en otros casos los esteroides pueden hacer aflorar delirios latentes que provocand desenlaces fatales.

Ejemplo de esto es que en 1990 se transplantó a un paciente esquizofrénico en período de remisión sin pasar por la evaluación psicológica. El paciente, luego del trasplante, estuvo tres meses sin salir de la habitación envuelto en una sábana y solo la esposa y una enfermera podían entrar a su habitación.

En los casos de sospecha de psicosis se precisa de la interconsulta con psiquiatría. El psicólogo, como miembro del equipo multidisciplinario, tiene una alta responsabilidad. Él debe decidir sobre la vida de una persona y no siempre sus valoraciones psicológicas son fácilmente apreciables por todos, como los aspectos físicos. No existe una «vara» para medir los aspectos psicológicos, y por esto, a veces se pueden presentar situaciones extremas: o existe tal confianza en el psicólogo que se le da un voto de confianza para que él solo decida, o todos quieren decidir porque todos piensan que conocen a profundidad del tema psicológico.

Al inicio de la era trasplantológica en Cuba, los psicólogos han pasado noches de angustia, y sentimientos de culpabilidad al tener que rechazar a un paciente que no contaba con recursos psicológicos para enfrentar el trasplante. Poco a poco, sin embargo, la propia vida le dio la posibilidad de demostrar al equipo médico que cuando se acepta un paciente sin tener las condiciones psicológicas adecuadas, el resultado era fatal, pues el paciente moría en unos días por negarse a cooperar en el postoperatorio inmediato.

A continuación vale la pena exponer algunos dilemas éticos que se presentan con el paciente alcohólico por lo que se considera un paciente no apto para trasplante.

¿Qué sucede con el cardiópata alcohólico?

Es sabido que el alcoholismo es una enfermedad incurable, ya que se desarrolla una memoria bioquímica, de modo que al llegar una molécula de etanol al cuerpo, se activa el mecanismo de la adicción.

El paciente que tiene un deterioro progresivo de su sistema cardiovascular y ha tenido la vivencia de que al ingerir pequeñas dosis de alcohol cae en un cuadro de insuficiencia cardíaca, es capaz de hacer juramentos de que dejará las bebidas. Sin embargo sucede que cuando ya está trasplantado y su gasto cardíaco es de más de 4 L/min., quiere festejar su óptimo estado de salud y vuelve a reactivar su adicción.

Este equipo de salud ha tenido casos de Miocardiopatías Hipertróficas Alcohólicas que han tenido poco tiempo de sobrevivida, aunque el trasplante a corto plazo fue un éxito.

Como ejemplo de este problema se pueden recordar algunos casos:

Paciente 1

Había sido alcohólico y se logró que en diez años no pobrara licor alguno. La familia venía con frecuencia a la psicóloga para mostrarle su agradecimiento por no tener ya un padre alcohólico (sin tener plena conciencia de que eso estaba latente en su mosaico cortical). Al cumplir diez años de operado le pidió permiso a su psicóloga, para tomarse «un traguito» y festejar sus diez años, el cual por supuesto no fue concedido. Dicho esto fue a ver a su cirujano, quien teniendo en cuenta que ya habían pasado diez años, le concedió su pedido. Falleció en total deterioro, durmiendo debajo de los ómnibus y «afilando cuchillos para matar a su esposa».

Paciente 2

Doctor en Ciencias Técnicas, graduado en la Universidad Lomonósov, se trasplantó por un diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica alcohólica, un día 14 de febrero, Día de San Valentín. Había hecho un juramento de que nunca más volvería a beber alcohol. El equipo, teniendo en cuenta el nivel intelectual del paciente confió en su promesa y lo trasplantó. Volvió a ingerir bebidas alcohólicas y falleció en un sillón de ruedas esperando trasplante renal.

El psicólogo que adquiera esta responsabilidad debe tener en cuenta que el diagnóstico en este equipo de trabajo debe ser un diagnóstico dinámico, de acuerdo a las características de extrema situación de amenaza vital del caso.

Hay que decir que no siempre se cuenta con el tiempo necesario para hacer un estudio de personalidad con la utilización de pruebas psicológicas. En el caso de un paciente en situación de gravedad extrema, habrá que hacer un diagnóstico clínico, entrevistas a los cuidadores primarios del paciente, estudio psicosocial.

Si se quiere conocer si el paciente cuenta con recursos psicológicos y capacidad intelectual y no se puede estudiar a profundidad porque está imposibilitado para hablar o en insuficiencia cardíaca, se debe acudir a su historia escolar. En este caso será muy importante la realización de entrevistas con la familia. Lo mismo sucederá con la efectividad de las redes de apoyo social y los mecanismos de afrontamiento. El estudio de la personalidad en esta etapa exploratoria con vistas al diagnóstico incluye una serie de aspectos que se detallan a continuación:

Capacidad de trabajo intelectual

La Capacidad de Trabajo Intelectual (CTI) es el «conjunto de particularidades psicológicas individuales que permiten la adquisición y utilización de los conocimientos, hábitos y habilidades que determinan el éxito de la actividad intelectual» (E. Hernández, 1992).

La investigación de esta esfera se hace necesaria en dos sentidos. Primero para conocer el nivel de funcionamiento intelectual del paciente y poder establecer una comunicación adecuada, empleando la técnica requerida. Segundo para someter al paciente después de operado a una evaluación comparativa del estado de los procesos cognoscitivos con el fin de constatar los cambios que han ocurrido en el postoperatorio inmediato.

Numerosas investigaciones se han referido al deterioro que pueden sufrir estos pacientes como consecuencia de la hipoxia cerebral por la circulación extracorpórea, mientras que otros enfatizan en la mejoría de la capacidad de trabajo intelectual al mejorar el gasto cardíaco y por tanto, el flujo cerebral.

La CTI se evalúa mediante un sistema de metódicas propuesta por B. W. Zeigarnik y cols, validado por la autora con pacientes cubanos (Zeigarnik, 1979, Hernández, 1992). El sistema incluye metódicas destinadas a la evaluación de la memoria, atención y pensamiento que se expondrán detalladamente en el capítulo III. Estas metódicas permiten no sólo evaluar el estado de los procesos, sino también trabajar con el paciente en el sentido psicocorrectivo.

La profundidad de la evaluación se realiza en dependencia del estado de salud del enfermo. En ocasiones las alteraciones de la CTI están dadas por hipoxia cerebral por bajo gasto cardíaco y en otras no es posible realizar la evaluación por el estado precario de salud del paciente.

En la primera etapa de trabajo se evaluó la CTI de 19 pacientes, cuyos resultados se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 2.1. Alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual

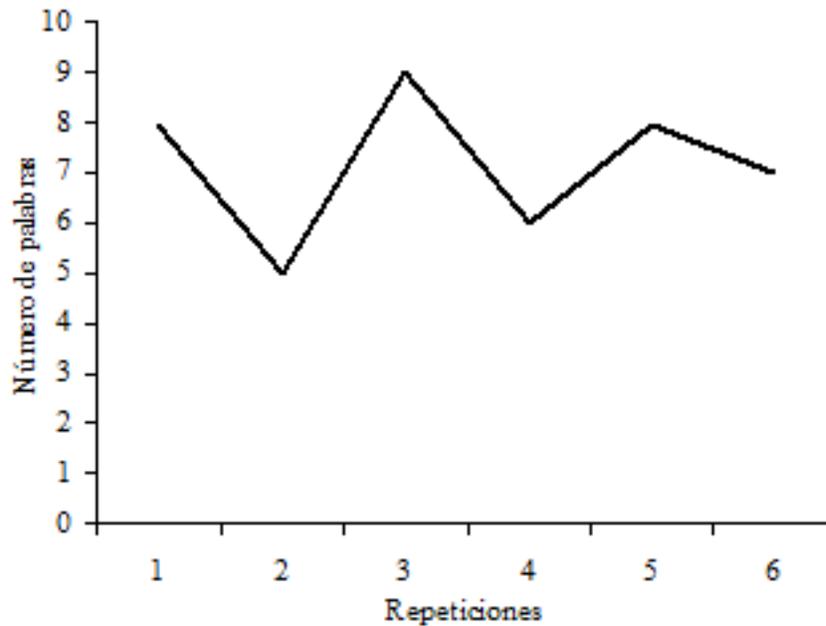
TIPO DE ALTERACIÓN	Ptes	%
Alteración de la memoria mediata	7	42
Alteración de la memoria inmediata	13	68
Debilitamiento de la atención activa	11	57
Alteración de la distribución de la atención	13	68
Alteraciones operacionales del pensamiento	5	26
Alteraciones de la dinámica de los procesos	12	63
Fatigabilidad	11	57

Haciendo una valoración integral de la capacidad de trabajo intelectual de estos pacientes, se encontró que de los 19 pacientes, 13 presentaban alteraciones. Las relacionadas con hipoxia cerebral por bajo gasto cardíaco se refieren al aspecto operacional del pensamiento, del tipo, disminución del nivel de generalización. Otros pacientes presentan alteraciones de la dinámica de los procesos. La particularidad característica de este tipo de alteración radica en la inestabilidad de la productividad intelectual. El nivel de generalización no está disminuido, pero el carácter adecuado de los juicios

no es estable. En un sujeto sometido a altos niveles de estrés o ansiedad, puede aparecer este tipo de alteración.

En estos pacientes también se encontró una alta incidencia del componente personal y motivacional en los procesos cognoscitivos. El siguiente gráfico ilustra lo planteado.

Fig. 2.1. Aprendizaje de diez palabras de Luria



Se ilustra la curva del recuerdo de un paciente en la metódica «Aprendizaje de diez palabras de Luria», donde es notoria la inestabilidad de la productividad mnémica, caracterizada por la curva en zigzag, que generalmente aparece en pacientes sometidos a altos niveles de estrés.

Estados emocionales

Para determinar qué estados tiene el paciente se utilizó el Inventario de ansiedad rasgo-estado de Charles Spielberger (IDARE) que ofrece una valoración del estado emocional del paciente, (ansiedad reactiva) y de la ansiedad como rasgo. También se utilizó la Escala de ansiedad patológica (EAP) (Ver capítulo III).

Tabla 2.2. Estado de ansiedad

Grado de ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad
	Estado	Rasgo	Patológica
Alta	7	5	0
Baja	5	5	5
	7	9	14

Como puede observarse en la tabla 2.2, ningún paciente presentaba ansiedad patológica. En cambio sí presentan estados de ansiedad reactiva por la situación estresante que significa la intervención quirúrgica para ellos, que matiza su percepción de ansiedad como rasgo. La ansiedad patológica baja confirma el criterio de ansiedad situacional.

Instancias orientadoras de la personalidad

El estudio incluye la evaluación del sistema de actitudes, las necesidades, valores del paciente, así como sus principales áreas de conflicto.

Autovaloración

Este es un aspecto importante en el estudio de los pacientes, ya que la valoración de su estado de salud y su nivel de aspiraciones va a dar la medida de cómo hay que trabajar adecuando las metas que éstos se tracen.

Para evaluar este aspecto el investigador puede auxiliarse de la escala de autovaloración Dembo-Rubinstein.

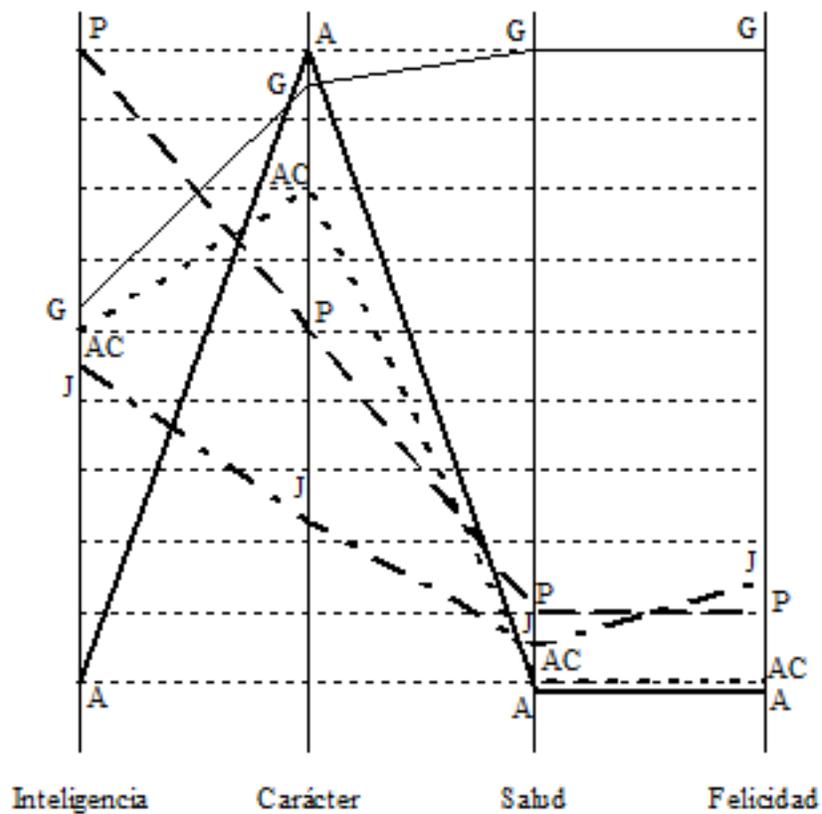
En esta escala se le pide al paciente que se ubique en el lugar de la escala de 10 puntos, de acuerdo a como él considere que está cada uno de los parámetros que aparezcan en la escala. Pueden incluirse los parámetros que el investigador necesite evaluar. Una vez que se ha ubicado el paciente en la escala, se le pregunta el concepto que tienen de ese parámetro, por ejemplo, salud, y el por qué de su evaluación en ese lugar.

En la figura 2.2 se muestran las curvas de autovaloración de un grupo de pacientes antes del trasplante cardiaco.

Los resultados obtenidos muestran cómo en sentido general los pacientes valoran su salud de acuerdo a su estado real. En este parámetro la mayoría se ubica en el extremo inferior. De esta manera ellos vivencian su estado con una autovaloración adecuada, porque aunque están esperanzados en la idea de prolongar su vida, saben que están en una situación de amenaza vital.

No obstante, existen casos que se autovaloran inadecuadamente, ya sea por defecto o por exceso.

Fig.2.2. Escala de autovaloración Dembo-Rubinstein antes del transplante



Paciente G:

Este paciente consideraba que su afección cardíaca era algo trivial y pasajero, un episodio en su vida. Pensaba que tenía un problema de salud que se iba a resolver en breve tiempo. Preguntaba, incluso, si podía seguir siendo paracaidista una vez transplantado. Al preguntarle por qué se ubicaba arriba en la escala, decía que él nunca había sido enfermizo, que nunca tenía gripe ni nada y que tenía el corazón enfermo «pero eso se quitaba rápido».

Esta evaluación trascendía a las escalas carácter y felicidad. Era un «alegre típico cubano».

Resulta interesante cómo en algunos pacientes se pone de manifiesto un mecanismo de compensación del tipo «defensa perceptual». Ellos conocen que están enfermos, saben que es grave su estado, pero actúan como si no lo percibieran. Si bien es cierto que este mecanismo de defensa los defiende de la angustia de saberse enfermos, también es responsable de que el enfermo abandone las prescripciones facultativas. En el caso de G, que era una persona fuerte, al punto de que su alias era «el tigre», se sentía en tan magníficas condiciones que en unos carnavales tomó cervezas y contrajo una sepsis a Citomegalovirus en un periodo en que aún no había Aciclovir ni Ganciclovir por lo que falleció.

Paciente J:

Siempre estuvo deprimido y desesperanzado. Falleció en poco tiempo y ya no estuvo en la segunda evaluación.

Paciente P:

Era un hombre muy inteligente aunque muy explosivo. Por ello tenía problemas en sus relaciones interpersonales, y ubicó su carácter por debajo: reconocía su problema de salud, sabía a lo que se exponía y por tanto se consideraba por debajo de la media en la salud. Como puede verse, la autovaloración no se puede valorar inadecuadamente porque el paciente se ubique por debajo de la norma. Hay que analizar la verdadera situación del paciente y las razones de su ubicación en la escala.

Paciente AC:

Era una paciente trasplantada de corazón-pulmón, muy inteligente, pero se subvaloraba porque no había alcanzado un título universitario: relacionaba la inteligencia con el nivel de instrucción alcanzado. Tenía muy desarrolladas sus habilidades sociales, leía mucho y tenía una cultura general bastante amplia. Se descuidó a los tres años de trasplantada y falleció de una bronconeumonía.

Paciente A:

Nunca había podido ir a la escuela por su problema de salud; su familia no se ocupaba de él y se sentía muy triste siempre. Fue trasplantado a los 14 años de edad. Se le buscó un hogar sustituto. En el hospital se le enseñó Matemáticas y Español; luego se le asignó una psicopedagoga que lo educó hasta 6to grado. Posteriormente se le mandó a una escuela taller donde estudió mecánica automotriz en la especialidad de Electricidad.

En una ocasión el equipo médico lo estimuló con una excursión por un fin de semana a Topes de Collantes -Centro de Turismo de Salud en Trinidad, Provincia de Sancti Spíritus-, en compañía de otro trasplantado de corazón

de su misma edad. En esa oportunidad, (según testimonio de su amigo), se enamoró de una muchacha. A él le daba pena que la muchacha lo viera tomando la ciclosporina, de modo que en todo el fin de semana se quedó sin la droga antirrechazo. Como consecuencia fue trasladado al hospital en una crisis de rechazo agudo y falleció.

Sistema motivacional

Para llevar a cabo el análisis de estos aspectos se realizaron entrevistas psicológicas a profundidad, la prueba de Elección de valores, la prueba de Completar oraciones y composiciones (Ver Capítulo III).

Se observa que los pacientes no enfatizan tanto en la operación por sí misma como en las consecuencias a sus limitaciones sociosicológicas de la personalidad. Así por ejemplo, conocemos de su preocupación por volver a su trabajo, a continuar criando a sus hijos, a realizar labores al servicio de la sociedad. Resulta oportuno en este momento ejemplificar lo dicho anteriormente sobre algunos factores que fueron percibidos como estresores y expresados en algunos ítems de la prueba de completamiento de frases por la paciente E. G.:

1. El tiempo más feliz.... estar reunida con mis hijos
2. Quisiera saber..... si saldré bien
3. Lamento..... los malestares que me siento.
4. Siento..... deseos de sentirme bien.
5. Mi mayor temor..... quedar inútil.
6. No puedo..... valerme por mí misma.
7. Yo necesito..... que me operen.
8. Estoy muy..... apurada por saber si podré ser útil algún día.
9. La preocupación principal..... salir bien de la operación.

Es claramente ostensible que se entrelazan en esta persona dos preocupaciones fundamentales: el éxito de la intervención quirúrgica y las posibilidades de reincorporación social.

Mecanismos de defensa psicológica

En los pacientes cardiovasculares tributarios de tratamiento quirúrgico se encontró, por lo general, dos tipos de mecanismos de defensa psicológica, que aparecen también en los pacientes sometidos a trasplante.

Estos mecanismos aparecen cuando el paciente no es capaz de mantener una activación reguladora del comportamiento (ARC), es decir, una autovaloración adecuada de su estado de salud y un nivel de aspiraciones consecuente con ella, con un trazado de metas y propósitos en consonancia con estos aspectos.

La activación reguladora del comportamiento es, por tanto, el objetivo de la preparación psicológica pre-quirúrgica.

Cuando notifican a un paciente de que está enfermo del corazón trae consigo reajustes en su sistema motivacional, sus preocupaciones, sus intereses, sus aspiraciones, en definitiva, en su sentido de la vida. Si además de eso, se le anuncia que la solución a su problema de salud es de tipo quirúrgica, la noticia adquiere un carácter más desestabilizador y eso se hiperboliza cuando esta operación es un trasplante. Numerosos autores se han referido a las reacciones emocionales que ocurren ante la perspectiva de una intervención quirúrgica (C. Cunill, E. Hernández y J. Grau, 1994).

Los pacientes cardiovasculares tributarios de tratamiento quirúrgico se caracterizan por exhibir principalmente dos mecanismos de defensa: Sensibilización-Acentuación y Defensa perceptual.

Sensibilización-Acentuación

Estos pacientes están profundamente sensibilizados con la cirugía, aunque no todos en el mismo grado, lo cual da lugar a dos modalidades de este mecanismo tipo.

Maximización autoperceptiva:

Es la variante más común y característica donde predomina una sobrevaloración de su enfermedad. Presentan temor, inquietud, miedo a la invalidez, altos niveles de ansiedad reactiva, pero esta ansiedad no alcanza niveles patológicos. Además, refieren que comprenden la necesidad de ser intervenidos quirúrgicamente, pero no pueden evitar el temor a morir y dejar huérfanos a sus hijos, abandonar a sus padres cuando más lo necesitan, o no resistir las exigencias médicas.

Este concepto representa el sentido personal que tiene para el paciente una cirugía de corazón, ya que el estado de su organismo puede llevarlo a que la cirugía no sea exitosa o a que ocurra un accidente técnico que pueda ser fatal. En síntesis, se trata de una situación estresógena, de carácter limitante para la realización socio-psicológica de la personalidad.

Lo anterior nos lleva a pensar, primero, que el paciente autopercebe su problema y, segundo, que maximiza su estado, pero sobre una base real. Este

tipo de paciente es susceptible a la intervención psicológica que lleve la ansiedad reactiva a estrés pre-quirúrgico, de modo que es fácil obtener una Activación Reguladora del Comportamiento, proporcionándole recursos de afrontamiento más eficaces.

Maximización irracional:

En esta variante el paciente maximiza y sobrevalora su estado de enfermedad de tal manera que presenta altos niveles de ansiedad patológica, depresión, insomnio, anorexia, trastornos psicofisiológicos (como disnea, taquicardias, extrasístoles, hiperhidrosis, diarreas, vómitos); se muestra inquieto, exaltado, temeroso, dependiente, poco comunicativo y es frecuente que hiperbolice cualquier maniobra o palabra que se exprese a su alrededor o cualquier comentario que se realice en el pase de visita médico.

Es importante destacar que este mecanismo se presenta en personas con trastornos psíquicos (neurosis, personalidad ansiosa, etc.) previos a su enfermedad cardíaca y se agudizan con ella. Por estas razones las técnicas de tratamiento deben ser diferentes con ellos. Cuando este tipo de paciente es intervenido quirúrgicamente, sin tratamiento psicológico, puede ocurrir que durante la recuperación anestésica se presente agitación psicomotora, hiperventilación, arritmia cardíaca, por lo que es necesario utilizar altas dosis de sedantes. Además, tienden a retirarse ellos mismos el tubo endotraqueal, se quejan de muchos dolores, no cooperan con la fisioterapia respiratoria, no se alimentan, etc. En este caso pueden darse las psicosis reactivas y en el peor de todos puede ocurrir un desenlace fatal por una reacción de broncoespasmo o muerte súbita por arritmia cardíaca, etc.

Por tal motivo, este tipo de paciente no debe ser intervenido quirúrgicamente en ese momento, sino que se sugiere el alta de la institución. Después se haría una intervención psicológica por consulta externa para volverlo a ingresar cuando haya desarrollado habilidades para la activación reguladora del comportamiento.

Si la enfermedad del paciente no admitiera la espera por el peligro de muerte inminente, entonces se precisa de un tratamiento intensivo con el uso de técnicas breves, especialmente hipnolajantes y con un alto contenido sugestivo.

Defensa perceptual

En cambio, los pacientes que exhiben el mecanismo de defensa perceptual, se caracterizan por no asimilar el anuncio de su enfermedad y la necesidad de su intervención quirúrgica. Siempre tienen la «esperanza» de que el mé-

dico se haya equivocado, esconden los síntomas, lo desplazan (por ejemplo, si sienten disnea lo asocian con una gripe, si notan cansancio lo atribuyen a la circulación). No es casual que estos pacientes realicen distintas consultas médicas en busca de quien le diga «otra verdad», la que él quiere escuchar. Esta subvaloración compensatoria puede defender al paciente de la angustia de saberse enfermo, pero también puede ser el factor responsable de la falta de adherencia terapéutica, ya que al no considerarse enfermo no se somete a las técnicas de diagnóstico y por tanto su actitud no es consecuente.

El mecanismo de defensa perceptual aparece en dos modalidades: la minimización absoluta o negación y la minimización parcial.

Minimización absoluta:

En esta modalidad de mecanismo de defensa, el paciente niega completamente la enfermedad, refiere sentirse en óptimas condiciones y hace planes futuros que están por encima de sus posibilidades. Tienen una ausencia total de crítica de su estado, lo cual le lleva a incumplir el tratamiento. Refieren sentirse felices, no tener preocupaciones o tener algunas muy distantes de su problema de salud, es decir, niegan perceptualmente la situación emocional.

Es necesario subrayar que en algunos momentos de la enfermedad es importante fortalecer este mecanismo, pero una vez que transcurre ese momento de extrema gravedad, hay que llevarlo a una Activación Reguladora del Comportamiento con la finalidad de incrementar la adherencia terapéutica.

Minimización parcial:

Esta modalidad es más característica del postoperatorio inmediato. El paciente se traza metas que por su contenido y su estado físico no puede cumplir, tales como, movilizarse antes de tiempo, de forma brusca y rápida. Al darse cuenta de que no puede cumplir con sus expectativas, se genera frustración y depresión.

Este mecanismo puede ser fácilmente conducido a la Activación Reguladora del Comportamiento porque lleva implícito deseos de rehabilitarse, optimismo, energía, vitalidad, aunque debe ser regulado.

Una vez conocidos estos aspectos, el equipo multidisciplinario tiene todos los elementos para decidir, si desde el punto de vista psicológico el paciente está en condiciones de ser seleccionado como receptor. En este momento, se procede a comunicar al paciente la decisión, de forma dosificada y adecuando la información a sus requerimientos psicológicos.

Seleccionado ya el candidato a trasplante, estamos en condiciones de pasar a la segunda etapa de trabajo.

Preparación psicológica del paciente seleccionado como receptor

Una vez que se decide en el equipo que el paciente debe ser trasplantado, se le comunica y se comienza un trabajo de preparación psicológica. Esta incluye la explicación al paciente de todas las fases del proceso, reclamando en cada caso su disposición a cooperar activamente en su tratamiento.

Es imprescindible que el psicólogo participe activamente en las discusiones del caso y conozca la razón de cada técnica médica que se aplicará. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, no se concibe el abordaje psicológico al margen del trasplante, problemática central del paciente.

Luego de analizar los mecanismos de defensa de la personalidad, se ha demostrado que ninguno de los mecanismos descritos resulta eficiente para la regulación de la conducta del paciente. Por ello se hizo necesario crear un sistema de influencias que permitiera modificar la formación de sentidos mediante la adecuación de su autovaloración y criticidad.

Este sistema de influencias ha resultado muy útil para los objetivos propuestos. Después de dos décadas de implementación, se presenta con mayores detalles en sus cinco modelos.

Modelo 1 de intervención psicológica: Adecuación cognitiva desensibilizadora

Objetivos

Con este modelo se pretende buscar estrategias de afrontamiento para buscar un afrontamiento centrado en la emoción. Como dirían Folkman y Lazarus (1984), es importante regular las emociones estresantes, reducir o manejar el distrés emocional asociado a la situación (Sánchez Cánovas, 1991). Para cumplir este propósito se hace necesario:

1. Atenuar la sensibilización pre-operatoria proporcionando conocimiento sobre su enfermedad y sobre las posibilidades que le brinda el proceder quirúrgico.
2. Eliminar creencias erróneas acerca del corazón -que no se debe tocar, que no se opera, su vínculo con la esfera de los sentimientos, etc.

3. Reducir el miedo a lo desconocido.
4. Proporcionar información sobre las características de cada etapa, las molestias esperadas y cómo vencerlas con recursos psicológicos. Por ejemplo, demostrar al paciente que está despierto y dispuesto a respirar por sí mismo para una rápida extubación, en lugar de continuar durmiendo para no sentir la molestia del tubo endotraqueal.
5. Búsqueda de cooperación activa del paciente y racionalidad para el uso de los procedimientos que van a ser utilizados en él. Por ejemplo, cuando el paciente conoce las características de la sangre arterial, venosa y capilar ya no se muestra iracundo cuando «lo pinchen» en tres ocasiones.

Procedimientos

1. Charlas educativas.
2. Dinámicas grupales.
3. Diapofonogramas preparados para tal fin.
4. Uso de la técnica testimonio.
5. Modelado de respuestas de afrontamiento deseado.

Mediante técnicas grupales, donde participan pacientes recién operados y otros en espera de la operación, se le ofrecen elementos sobre el corazón y su funcionamiento. Se les demuestra la importancia del buen funcionamiento de las válvulas, de la irrigación coronaria, del conocimiento del Tiempo de Protrombina y el uso adecuado de los anticoagulantes para los valvulopatías, entre otros conocimientos.

Es importante el uso de un lenguaje simple que sea comprensible al paciente. Debe alentarse la posibilidad de que los pacientes expresen sus expectativas, sus temores, inquietudes e interrogantes. Facilita mucho la comprensión el uso de maquetas, láminas, videos, etc.

La participación de pacientes ya operados proporciona aceptación. Mediante el «Modelo de Respuestas de Enfrentamiento Deseado» se le permite al paciente identificarse con los resultados exitosos y enseña mucho más que cuando habla el especialista.

Este modelo proporciona aceptación, disipa conceptos erróneos, malas interpretaciones, permite la catarsis, reduce el miedo a lo desconocido. Proporciona entendimiento sobre la aparición de estados emocionales agudos como ansiedad, ira, depresión y la vía para afrontarlos. Forma el sentido de compromiso del paciente porque, al hacerlo de manera colectiva, los pacientes más activos movilizan a los que se van rezagando.

Al hacerle sugerencias directas para crearle expectativas positivas para la etapa de recuperación, desarrolla el optimismo y la autorrealización futura.

Modelo 2 de intervención psicológica: Activación dinámica de la conducta

Objetivos

1. Eliminar la concepción errónea de que el enfermo aquejado de una enfermedad cardiovascular debe permanecer inactivo y, ante la inminencia de una intervención quirúrgica, imaginar cuadros tétricos acerca de su vida futura.
2. Movilizar al paciente.
3. Elevar la autoestima.
4. Acelerar la recuperación física.
5. Eliminar la pasividad incrementando el optimismo.
6. Fomentar el sentido de la autoeficacia.

Procedimientos

1. Ejercicios físicos apropiados a la cirugía.
2. Ejercicios respiratorios.
3. Actividades culturales como: discusión de materiales, talleres literarios con obras de contenido alegórico como el optimismo, la fe, la solidaridad humana, la confianza y autoconfianza.
4. Uso de la música pasiva y activa.
5. Confección de objetos artesanales.
6. Pintura, dibujo.
7. Actividades de corte y costura, bordado, tejido, etc.

De esta manera, se lleva al paciente a un «enfrentamiento por distracción», refocalizando su atención en otra fuente distante de la del miedo.

Este modelo incrementa el sentido de la autoeficacia, porque lleva al paciente a representarse escenas de placer ante actividades que pudiera realizar en su hogar en el período post-operatorio. Esto cobra importancia si tenemos en cuenta que lo que más afecta al enfermo en esta etapa es la limitación que su enfermedad impone a la realización socio-psicológica de la personalidad.

Modelo 3 de intervención psicológica: Resorte personal

Una vez que el paciente ha participado en actividades grupales y ha movili-
zado y evacuado sus dudas generales, le quedan otros vacíos referentes a
su vida personal. Son preocupaciones, temores individuales, por lo que es
preciso «extraerlo» del grupo y ofrecerle una intervención individual con los
siguientes lineamientos:

Objetivos

1. Permitirle expresar sus vivencias, sus expectativas, sus temores.
2. Comprometerlo personalmente con su propia recuperación.
3. Ofrecerle confianza en sí mismo, en el equipo médico y en los procedi-
mientos que se van a utilizar con él.
4. Enseñarle a reconocer y afrontar estados emocionales agudos que pue-
dan aparecer ante procedimientos invasivos.

Procedimientos

1. Consultas individuales utilizando diferentes métodos: persuasión, sugges-
tión, imaginería dirigida. Por ejemplo crearle imágenes positivas para los
momentos previos a la anestesia para lograr un despertar sedado y
optimista.
2. La reestructuración cognitiva que sustituye los pensamientos nocivos por
los optimistas con respecto a las ventajas de la operación y en la mejoría
de su calidad de vida.
3. El enfrentamiento por el método solución de problemas es muy útil, sobre
todo muy beneficioso cuando se realiza previo a la intervención quirúr-
gica y no cuando está en pleno episodio agudo.
4. El automonitoreo para que el paciente sea capaz de reconocer estadios
tempranos de ansiedad, miedo, dolor, especialmente cuando el paciente
es un «negador». Este alienta al enfermo a usar estilos de afrontamiento
tempranos y efectivos.
5. Son especialmente útiles las técnicas de relajación adecuadas a las ca-
racterísticas del enfermo o de la institución.

Modelo 4 de intervención psicológica: Análisis causal

Este modelo es poco usado en la práctica clínica. Sin embargo fue diseñado
para aquellos enfermos en los que se detectan modos de afrontamiento no

efectivos. Son personas con trastornos psíquicos previos a la enfermedad cardiovascular y por tanto, la intervención psicológica diseñada para la media no discurre en ellos fluidamente. Se «traba» el proceso y es preciso una ayuda psicológica especial.

Objetivos

1. Analizar los factores que inciden negativamente en el proceso quirúrgico.
2. Modificar sus estilos de afrontamiento haciéndolos más efectivos.

Procedimientos

1. Consultas individuales de profundización en los conflictos, análisis de sus propósitos, metas, logros, fracasos.
2. Técnicas hipnorelajantes.
3. Reestructuración cognitiva.
4. Modelado.

Modelo 5 de intervención psicológica: Identificación y activación reguladora

Este es un modelo que integra los logros obtenidos para una eficacia a largo plazo. No es un secreto que la cirugía cardiaca como regla general «convierte» una enfermedad aguda en una crónica. Por esto, el psicólogo tiene que trabajar en aras de lograr una adherencia terapéutica que permita al enfermo disfrutar de una mejoría de su calidad de vida. Así, por ejemplo, si un paciente con una prótesis valvular no se chequea el tiempo de protrombina sistemáticamente y no ingiere adecuadamente las dosis de anticoagulantes, puede obstruírsele la válvula implantada y necesitar una reintervención precipitadamente. Asimismo, a un cardiópata isquémico revascularizado hipercolesterolémico que descuide su dieta, pueden ocluírsele sus puentes con posibles afectaciones de la contractilidad miocárdica y necesitar una re-revascularización coronaria que resulte muy difícil y riesgosa. El paciente trasplantado de corazón, inmunosuprimido, no está exento de tener un máximo cuidado en cuanto al régimen dietético, medicamentoso e higiénico-sanitario correspondiente.

Por tal motivo, se ha diseñado este modelo con los siguientes:

Objetivos

1. Continuar incidiendo sobre el autoconocimiento del paciente.

2. Corroborar si es capaz de identificar los modos de afrontamiento efectivos o inefectivos.
3. Lograr una formulación de propósitos que conduzcan a la modificación de los mecanismos ineficientes de autorregulación personal o a la reafirmación de los mecanismos compensatorios.
4. Sugerirle vías para la Activación Reguladora del Comportamiento.

Procedimientos

Combinación de intervenciones individuales y grupales utilizando entre otros:

1. Modelado de Respuestas de Enfrentamiento Deseado.
2. Enfrentamiento mediante el sistema Solución de Problemas.
3. Enfrentamiento por Ensayo Cognitivo.
4. Dinámicas grupales de análisis de los errores cometidos, sus consecuencias y reconocimiento de los logros obtenidos.
5. Uso de las redes de apoyo social.

Está demostrado que las habilidades de apoyo psicosocial reducen la inconformidad, aceleran la recuperación y aumentan la supervivencia. Es muy importante involucrar a la familia y otras personas cercanas al paciente para que los logros obtenidos en la estadía hospitalaria tengan un beneficio continuo después del egreso de cardiocirugía.

Atención psicológica en el posoperatorio inmediato

Desde el primer momento en que se comienza a trabajar con el paciente, se le ofrece apoyo emocional. Sin embargo, en esta fase, se incrementa el apoyo emocional aun más.

En presencia de complicaciones psíquicas se necesita de la acción consecuente del equipo psicólogo y psiquiatra, para aplicar las técnicas psicoterapéuticas indicadas de acuerdo a las características de la personalidad del paciente y a su estado psíquico. Hay que tener en cuenta que el paciente se encuentra en situación de amenaza vital y en una etapa en que son frecuentes las técnicas invasivas de diagnóstico, por lo que se exacerban algunos estados emocionales como la ansiedad, la ira o las frustraciones ante el primer episodio de rechazo.

Si a lo anterior se añade que en esta etapa el paciente debe estar lo más aislado posible para evitar infecciones por las altas dosis de inmunosupresores que se le suministran, entonces la reclusión de sus seres queridos puede potencializar la aparición de estos estados emocionales.

De acuerdo a nuestras experiencias han resultado muy útiles las técnicas sugestivas, persuasivas y en particular las hipnorelajantes.

En algunos de los casos ha sido necesaria la intervención del psiquiatra, fundamentalmente por antecedentes en los pacientes de trastornos psíquicos previos. También por la presentación con posterioridad al trasplante de síntomas agudos susceptibles de ser modificados con tratamiento psicofarmacológico, intervenciones psicoterapéuticas o ambos.

Como elemento común debe destacarse el hecho de que los pacientes trasplantados tienen que ingerir medicamentos como la ciclosporina, esteroides, antibióticos que provocan que deban estar mucho tiempo encamados. Ellos padecen, entonces, de ansiedad y de insomnio. Los médicos deben evitar la polifarmacia y a su vez, reducir las dosis hasta las mínimas posologías posibles.

En pacientes que pueden ser sometidos a nuevas operaciones, el manejo de antidepresivos debe ser discreto y evitar la contraindicación que muchos de ellos tienen con la anestesia requerida.

En uno de los casos la interconsulta psicólogo-psiquiatra determinó que el aparente cuadro depresivo y las fallas mnémicas obedecían a un síndrome encefálico crónico, relacionado con Anoxia cerebral de carácter eminentemente orgánico e irreversible.

Atención psicológica en el posoperatorio mediato y psicocorrección de la personalidad del paciente

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el estudio comparativo de los pacientes antes del trasplante y un mes después. Se hizo la evaluación con los mismos criterios emitidos en la fase de diagnóstico.

Evaluación de la Capacidad de Trabajo Intelectual (CTI)

En la siguiente tabla se observan los resultados del estudio de la CTI de diecinueve pacientes, antes y un mes después del trasplante cardiaco.

Tabla 2.3. Alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual antes y después del trasplante cardiaco

Paciente	Edad	Sexo	Esc.	Memoria Mediana		Memoria Inmediata		Déficit/Atención		Distribución Atención		Alteraciones Oper. Pensam.		Alteraciones Dinámicas		Fatigabilidad	C.T.I. Gral.
				Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después		
PAE	45	M	Univ.	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	Peer
JEG	49	M	10mo	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Peer
ACV	34	F	12mo	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Igual
RMO	33	M	12mo	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	Igual
RVG	44	F	6to	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Mejor
LAB	50	M	12mo	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Peer
MVM	50	M	9to	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Peer
GAC	33	M	12mo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Peer
ATV	15	M	3er	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	Igual
NCM	20	F	6to	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	Peer
MFA	50	M	6to	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	Mejor
GLG	55	M	5to	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	Mejor
GGL	33	M	12mo	SI	SI	NI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	Peer
NSI	44	M	Univ.	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Igual
ABR	53	M	Univ.	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	Mejor
APL	49	F	8vo	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	Mejor
EGG	51	F	6to	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	Mejor
HRS	43	F	9to	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	Mejor
ELM	58	M	6to	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Igual

Como puede observarse en la tabla 2.3, en cada una de las alteraciones de los procesos que integran la CTI, hay pacientes que mejoran el nivel de funcionamiento del proceso y otros que lo empeoran. De ello dependen factores como la edad, el estado físico, las características de la intervención quirúrgica, el tiempo de perfusión cardiopulmonar total, entre otros.

Al analizar integralmente la CTI, se puede ver que de los 19 pacientes, cinco mantienen igual la CTI, siete la mejoran y siete empeoran. Resulta necesario destacar que los siete pacientes que empeoraron su nivel de funcionamiento intelectual tuvieron complicaciones postoperatorias importantes:

Paciente PAE: Sangramiento digestivo severo que lo llevó a una Hemoglobina de 5, con coma hiperosmolar.

Paciente JEG: Insuficiencia cardíaca, rechazo, insuficiencia hepática.

Paciente LAB: Edema, insuficiencia cardíaca y rechazo severo.

Paciente NCM: Encefalopatía por toxoplasmosis, hemorragia cerebral.

De acuerdo con la tabla 2.3, se manifiesta una mayor incidencia en las alteraciones de la memoria inmediata y en las operacionales del pensamiento. Estos son indicadores que se centran en el aspecto operacional de los procesos cognoscitivos, que son los que están más encaminados por factores orgánico-biológicos.

Las alteraciones operacionales del pensamiento se expresan en la pérdida de la posibilidad de emplear adecuadamente el sistema de operaciones de la generalización y la abstracción.

Las alteraciones del pensamiento de los enfermos que sufren enfermedades del cerebro, han revelado que las alteraciones del aspecto operacional del pensamiento, pueden aparecer en dos variantes:

1. Disminución del nivel de generalización
2. Distorsión del proceso de generalización.

En los casos en que disminuyen las alteraciones operacionales del pensamiento y se produce una mejoría en su nivel de funcionamiento intelectual, ocurre porque antes del trasplante, hay un bajo gasto cardíaco que explica la insuficiente irrigación y por tanto la hipoxia cerebral que produce la afectación operacional de la actividad cognoscitiva.

Después del trasplante, al mejorar el gasto cardíaco, mejora el flujo cerebral y con ello el estado de los procesos y operaciones del pensamiento.

Evaluación de los estados emocionales

En la tabla 2.4 se muestran los estados emocionales prevalecientes antes del trasplante cardíaco y un mes después:

Tabla 2.4. Estado emocional antes y después del trasplante

Pacientes	Ansiedad Reactiva		Ansiedad Patológica		Ansiedad Personal		Estado Psíquico predominante
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
PAE	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Normal
JEG	Media	Media	Media	Media	Alta	Alta	Mantuvo elevada AP
ACV	Alta	Alta	Baja	Baja	Baja	Media	Mantuvo alta AR
RMO	Alta	Alta	Media	Baja	Baja	Baja	Mantuvo alta AR
RVG	Baja	Media	Baja	Baja	Alta	Media	Baja AR
LAB	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Normal
MVM	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Normal
GAC	Baja	Alta	Baja	Baja	Baja	Media	Aumentó AR
ATV	Alta	Alta	Baja	Baja	Media	Media	Mantuvo Alta AR
NCM	Alta	Alta	Media	Media	Alta	Alta	Mantuvo alta AR y AP
MFA	Media	Baja	Baja	Baja	Media	Media	Normal
GLG	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Normal
GGL	Media	Media	Baja	Baja	Baja	Media	Normal
NSI	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Baja	Normal
ABR	Alta	Media	Baja	Baja	Media	Media	Bajó AR
APL	Alta	Media	Media	Media	Alta	Alta	Bajó AR. Mantuvo alta AP.
EGG	Alta	Alta	Media	Media	Alta	Alta	Mantuvo alta AR y AP
HRS	Media	Media	Baja	Baja	Media	Media	Normal
ELM	Media	Baja	Baja	Baja	Media	Media	Normal

Resulta necesario recordar que estos pacientes están sometidos a altos niveles de tensión psíquica. Sus cuerpos son muy manipulados tanto antes como después del trasplante cardíaco con técnicas de diagnóstico cruentas. Se unen a esto las tensiones de carácter afectivo-emocional que surgen ante las expectativas del paciente sobre la posibilidad del trasplante a tiempo.

Al observar la tabla anterior puede verse que hay pacientes en los que se mantiene alta la ansiedad reactiva. Como ejemplo de esto puede observarse la paciente ACVL (trasplantada de corazón-pulmón). Antes del trasplante, estuvo cuatro meses esperando por la solución a su problema. Después del trasplante, era necesario aplicar muchas técnicas de diagnóstico que la mantenían en tensión (biopsias endomiocárdicas, broncoscopías, extracciones frecuentes de sangre, etc).

Evaluación de la instancia orientadora de la personalidad

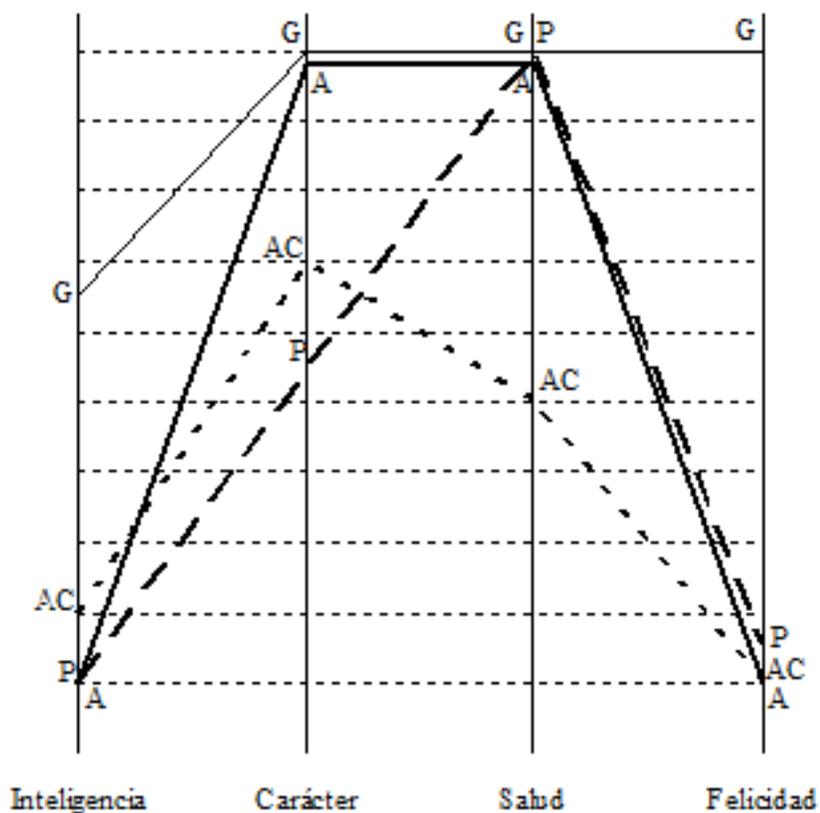
Autovaloración

En la Escala Dembo-Rubinstein que se presenta a continuación, salta a la vista cómo los pacientes, por lo general, valoran su salud de acuerdo con su estado real. Recordemos que en el parámetro salud, la mayoría se ubicaba antes del trasplante en el extremo inferior, mientras que después suben hacia el extremo superior de la escala.

Si se detiene el lector en la curva de la escala de autovaloración de la paciente AC, sometida a trasplante de corazón-pulmón, se puede ver cómo ella se ubicaba en el extremo inferior de la escala antes del trasplante. Al mes de operada, se ubica en el centro de la escala, porque considera que su problema fundamental se ha resuelto con la operación pero «aún faltan cosas por hacer». Esta valoración coincide con la realidad, ya que sólo había transcurrido un mes del trasplante.

Sin embargo, existen casos con una autovaloración inadecuada, ya sea por exceso o por defecto. Se puede recordar al paciente G, con que ilustramos la autovaloración en la primera etapa. Este paciente consideraba que su problema cardíaco era algo trivial y de rápida solución. Esto tuvo una gran incidencia en el paciente después del trasplante ya que consideró que estaba en tan magníficas condiciones que podía abandonar algunas medidas de tratamiento médico, lo que motivó su reingreso en el hospital. Con el abordaje psicocorrectivo se logró ajustar la autovaloración de este paciente posteriormente. Aunque luego se sintió tan seguro que abandonó algunas prescripciones facultativas y falleció.

Fig.2.3. Escala de autovaloración Dembo-Rubinstein después del trasplante



Evaluación del Sistema motivacional

Se reevaluó el sistema de actitudes, necesidades y valores del paciente así como sus preocupaciones fundamentales.

Retomando el caso de la paciente EG con que se ilustró este aspecto en la etapa exploratoria, vemos que al mes de operada la paciente manifiesta en el test de completamiento de frases:

1. El tiempo más feliz... es en mi hogar.
2. Quisiera saber..... cuándo puedo disponer de mí.
3. Siento..... deseos de estar en mi casa y ayudar a mis hijos.
4. No puedo..... seguir sin ser útil.

5. Mi futuro..... quisiera recuperarlo de nuevo.
6. La preocupación principal..... la casa y mis hijos.
7. Deseo:..... sentirme bien por mucho tiempo.
8. Yo secretamente..... deseo una vida tranquila.
9. Mi mayor problema..... es regresar a mi casa y trabajar.

En este caso, se puede observar cómo en el posoperatorio se van delineando más claramente la necesidad de regresar a la casa, de trabajar, de reincorporarse a la vida social, las exigencias familiares, en fin, de sentirse útil y normal.

Esta etapa es de una importancia extraordinaria ya que en la misma se evalúa evolutivamente al paciente a la vez que se va preparando para el alta del hospital. Como puede observarse, en ella debe intensificarse el trabajo psicocorrectivo con el paciente, ya que se trata de promover una formulación de propósitos que lo lleve a una activación reguladora del comportamiento, de modo que no se produzcan los mecanismos del tipo de desensibilización y defensa perceptual. En muchas ocasiones esos mecanismos son responsables del reingreso del paciente en la institución por su repercusión sobre la salud.

Aspectos elementales sobre la psicocorrección

El concepto de ayuda correctiva psicológica surgió en la ex URSS y fue definida por J. F. Poliakov en el año 1984. A partir de entonces múltiples trabajos han esclarecido su objeto, tareas, métodos y técnicas. Dos años después, en 1986, en Cuba, J. A. Grau define la psicocorrección como el: «Conjunto de influencias sistemáticamente estructuradas, orientadas a frenar el desarrollo de alteraciones psíquicas, o a bloquear los mecanismos que inciden en el curso anómalo de la personalidad, así como al restablecimiento de las capacidades dañadas, la normalización de vivencias patológicas o a la reestructuración de la personalidad alterada» (Grau, 1986).

La psicocorrección no está dirigida a los síntomas de la enfermedad psíquica, sino a los mecanismos psicológicos que están en su base. Implica conocimiento previo de los mecanismos matrices del desarrollo normal y del anómalo de la personalidad ante los trastornos. Podemos estructurar la psicocorrección en tres etapas:

1. Diagnóstico y constatación de las alteraciones
2. Etapa formativa o de ejecución de influencias.
3. Control de la eficacia del sistema

En nuestra experiencia con pacientes aquejados de problemas cardiovasculares, se ha orientado el trabajo dividiéndolo en tres momentos: el primero, se orientó a la constatación de los mecanismos tipos de compensación personal (momento constataivo); el segundo, tuvo como objetivo principal la aplicación de un sistema de influencias psicocorrectivas creadas con el fin de obtener modificaciones en la autorregulación de la personalidad; el tercer momento constituyó la evaluación de la efectividad del sistema.

Para cumplir nuestros objetivos se crearon los modelos de influencia que fueron descritos en el acápite de preparación para el trasplante.

En cuanto a la psicocorrección, se ha trabajado sobre la base de la adecuación de la autovaloración del paciente, tanto en casos que han minusvalorado su estado de salud, como en casos en que lo han sobrevalorado. Es necesario que los pacientes se consideren en condiciones de participar activamente en la sociedad, realizar ejercicios físicos, llevar la dieta adecuada a sus trastornos metabólicos y continúen asistiendo a sus consultas médicas sistemáticamente.

Una actividad que fue acogida de manera muy exitosa fue la dinámica de grupo con todos los pacientes trasplantados de corazón del país. Esta técnica de grupo era dirigida por la psicóloga y participaba la trabajadora social y la cardióloga. Allí se discutían los problemas psicológicos, biológicos y sociales; se transmitían las experiencias y vivencias de los que llevaban más tiempo de trasplantados a los más recientes.

En el capítulo IV se analizará la calidad de vida de un grupo de pacientes trasplantados de corazón y se evaluará la percepción del efecto de las dinámicas grupales en ellos.

Rehabilitación psicológica para la reinserción laboral y escolar

Es de vital importancia la interacción del equipo interdisciplinario para la reinserción del paciente a su medio socio laboral, escolar y familiar. Para lograr estos fines, el equipo debe conocer a fondo las nuevas condiciones de trabajo del enfermo, y si está apto para comenzar. En cuanto al medio familiar, los médicos deben conocer las atenciones que debe brindarles la familia, así como la forma en que el paciente se integre a sus deberes.

Puede ilustrarse esta etapa con el ejemplo de un paciente al año de haber sido trasplantado:

Paciente A

La enferma tiene 15 años, con retraso pedagógico por su enfermedad cardiovascular. Proviene de un hogar con pobre cohesión familiar, bajo nivel de comprensión y compromiso, padres divorciados sin comunicación que proporcionan mala atención al hijo.

En la primera evaluación presentó alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual tanto en el aspecto operacional por bajo gasto cardíaco como en el aspecto dinámico por altos niveles de ansiedad.

Con este paciente se realizó un trabajo psicocorrectivo encaminado a mejorar su calidad de vida integralmente. Para esto se requirió de un trabajo intensivo del equipo multidisciplinario que se detalla a continuación:

Trabajadora social

1. Búsqueda de un hogar sustituto que fuera capaz de garantizar la estabilidad emocional requerida y que brindara el apoyo emocional para su reinserción a la sociedad.
2. Gestión de una escuela taller donde recuperara su nivel pedagógico y lo vinculara a un oficio que lo preparara para la vida.
3. Garantía de medios económicos y materiales que le sirvieran de soporte a esta nueva familia para la mejor asimilación del nuevo miembro que puede provocar una de las llamadas «crisis para normativas del ciclo familiar».
4. Labor de seguimiento para detectar cualquier alteración que pudiera presentarse en el nuevo medio socio-educativo familiar o escolar.

Personal médico

Además de la atención médica requerida, se desarrolló un trabajo directo de interrelación con el paciente y los integrantes de su núcleo familiar para proveerlos de información progresiva con respecto a: hábitos higiénicos, dietéticos, medicamentación adecuada y participación en distintos tipos de actividades.

Psicóloga

En este caso, categorizado como «De Difícil Manejo», se hizo necesario un trabajo psicocorrectivo individual especializado, con el fin de obtener una autorregulación de la personalidad que le permitiera al enfermo:

1. Asimilar su condición de trasplantado atenuando el mecanismo de sensibilización que estuvo presente en él.

2. Comprender la necesidad de un medio familiar más adecuado a sus requerimientos específicos, minimizando sentimientos de culpa vivenciados por él con respecto a su familia de origen y sus nuevos cuidados en comparación con la calidad de vida de sus hermanitos.
3. Asimilar su inserción al nuevo medio socio escolar.
4. Admitir la socialización en su nuevo grupo.

Al evaluar al paciente al año de trasplantado, se obtuvieron resultados gratificantes para el equipo de trabajo. El operado estaba muy bien integrado a su nuevo núcleo familiar, escolar y social, realizando una vida activa y plena.

En la evaluación de la CTI fueron eliminadas las alteraciones operacionales de la actividad cognoscitiva, aunque se mantenían alteraciones de la dinámica, producto de que existían altos niveles de estrés por conflictos residuales en el paciente.

Atención a la familia del receptor

El estudio de la familia es importante para conocer las redes de apoyo con que se cuenta para garantizar la estabilidad emocional del paciente. Esto es importante por cuanto es sabido que algunos componentes del núcleo familiar son estabilizadores, mientras que otros, por el contrario, resultan totalmente desestabilizadores.

Para tal fin se realizan entrevistas y dinámicas familiares que tienen un doble carácter: diagnóstico y terapéutico.

En este aspecto se destaca la necesidad de la labor conjunta psicóloga-trabajadora social, las cuales constituyeron un binomio imprescindible en cada uno de los casos. Todas las familias fueron atendidas facilitándole en algunos casos una serie de condiciones para paliar la situación económica difícil.

En el preoperatorio la familia es informada de las posibilidades de mejorar la calidad de vida a su ser querido, así como de las complicaciones posibles derivadas de su situación de salud y de los procedimientos quirúrgicos. En este aspecto la información central la ofrece el médico y el psicólogo en entrevistas posteriores, cuando refuerza esta información y aclara los aspectos que puedan haber sido mal interpretados o no comprendidos por los convivientes del paciente.

En el transoperatorio la familia es informada del estado de salud del paciente, del éxito de la intervención o de cualquier alteración del curso de la intervención quirúrgica.

En el posoperatorio se valora con los familiares a las personas más adecuadas para acompañar al paciente de acuerdo con el estado psíquico de ambos. Posteriormente se realiza un seguimiento del sistema familiar con vistas al papel que cada uno debe jugar al regreso del paciente a su hogar.

Atención a los familiares del donante

Desde el momento en que el paciente que ha sufrido un trauma craneal y está en peligro de muerte encefálica, es llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos (en lo adelante UCI) con el criterio de recuperabilidad, su familia se encuentra acompañándolo y percibe todos los intentos del equipo médico por salvar su vida.

Merece un análisis especial la necesidad de atención psicológica a los familiares acompañantes de los pacientes en situación de amenaza vital, ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Estas personas se encuentran emocionalmente afectadas, predominando el temor por la pérdida de la vida de su familiar enfermo. Realizan grandes esfuerzos por mantenerse en su inmediatez, tratan de hablar tan a menudo como sea posible con los médicos y enfermeras y conocer sobre el grave proceso que los aqueja, expresar sus temores, inquietudes, sentimientos.

Tradicionalmente las UCI han sido consideradas unidades «cerradas», por lo cual se ha limitado o suprimido la entrada de personal ajeno. Esto se realiza para evitar que se incremente el nivel de colonización bacteriana, se entorpezca el trabajo asistencial o se incremente la carga emocional del personal de atención directa al paciente.

Sin embargo, la práctica ha demostrado que, tanto para el manejo del paciente grave, como para el propio personal asistencial, es de gran utilidad la introducción del acompañante en estas unidades. Este último recibe una atención especial desde el punto de vista psicológico y puede canalizar sus inquietudes con relación al estado de su familiar (Sánchez y Negrín, 1987).

Psicológicamente, el paciente grave es un ser muy dependiente, que teme perder su vida en manos de un personal hasta hace muy poco tiempo, extraño para él. En ese momento la presencia de un familiar le da confianza y seguridad para enfrentar la evolución de su enfermedad y su futura recuperación.

Puede decirse que el acompañante actúa como un factor psicoterapéutico de acción indirecta en este tipo de paciente (Sánchez, Grau, 1984). Aún así, hay que reconocer que estos acompañantes se someten a situaciones estresantes dadas por el enfrentamiento directo con la gravedad de su enfermo. También le resulta un ambiente tensionado las condiciones de trabajo de la unidad, donde el paciente es sometido a la acción de equipos no conocidos por ellos.

Todos estos eventos provocarán en el familiar una marcada tensión psíquica, que en numerosas ocasiones puede provocar ansiedad. Por estas razones se hace evidente que no todos los familiares pueden ser acompañantes de un paciente grave. Se hace necesaria una evaluación ágil y dinámica de la personalidad de los posibles acompañantes para conocer los recursos psicológicos con que cuentan para enfrentar la situación de amenaza vital de su familiar enfermo.

La información médica que se le brinda al acompañante es un factor atenuante de su tensión emocional. De no ser así se produce una exacerbación de la tensión psíquica y se requerirá una labor psicoterapéutica por parte del psicólogo de la unidad.

Sánchez y Negrín (1987) han considerado que en la evaluación debe buscarse:

1. Nivel de conocimiento de la enfermedad.
2. Actitud hacia la enfermedad.
3. Nivel de ansiedad.

Esta evaluación debe realizarse mediante entrevistas y observación, sin excluir las técnicas de diagnóstico psicológico, estudiando cuidadosamente su efecto benefactor sobre el proceso de recuperación. Se enfatizará en determinar el nivel de comprensión y funcionamiento intelectual, tipo y grado de ansiedad, ausencia de lazos de fricción con el enfermo, rasgos de su personalidad que puedan incidir en el paciente, conocimiento de las posibilidades de compensación y autocontrol.

Cuando llega el momento en que se han realizado todas las maniobras por salvar la vida del paciente pero el daño es irreversible, el facultativo encargado de diagnosticar la muerte encefálica deberá conversar con los familiares del fallecido para explicarles la causa de muerte. Ahí se insistirá, con un lenguaje lo menos técnico posible y de forma persuasiva, en la posibilidad de salvar otras vidas humanas. Esta conversación debe desarrollarse en un marco de respeto y sensibilidad ante el dolor ajeno.

En la práctica diaria se ha logrado una mayor aceptación para donar el órgano, debido a la atención que se ha dado al familiar acompañante, quien permanece con el paciente y asiste a todos los esfuerzos que se realizan por salvar la vida de su paciente. Esto hace comprometer aún más al familiar con el médico y la institución donde se ha atendido su enfermo. No deja de haber casos en que se expresa la negatividad a la donación del órgano y en tal caso ese deseo debe ser respetado (Sordo, Cuspineda y Zas, 1998).

Aún cuando el paciente en muerte encefálica haya expresado con antelación a su muerte su deseo de donación de órganos, constituye un valor del equipo médico trabajar humanamente con sus familiares más allegados para que comprendan la situación del deceso de su ser querido y la necesidad de la posible utilización posterior de sus órganos.

Atención a los equipos de asistencia directa al receptor y al donante

Resulta imprescindible en la atención psicológica de los trasplantados que el psicólogo constituya parte integrante del equipo interdisciplinario. Debe participar activamente en las discusiones del caso y conozca la razón de cada técnica que se empleará en la gestión médica, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. No se concibe el abordaje psicológico al margen de la problemática central del paciente: el trasplante.

En este sentido, se hace necesario el establecimiento de una comunicación muy estrecha, clara y abierta con el personal médico y de enfermería. La relación con el primero es imprescindible porque el paciente debe estar psicológicamente preparado para la aplicación de algunas técnicas que en ciertos casos resultan traumáticas y necesitan de su cooperación.

No debe perderse de vista que el trasplantado es un paciente constantemente agredido. Se necesita, entonces, una evaluación frecuente y periódica de los posibles signos de rechazo, infección, complicaciones secundarias, etc, que precisan de extracciones frecuentes de sangre, aplicación de sondas, biopsias endomiocárdicas, broncoscopías. En muchos casos estas técnicas tornan irritables y tensos a los pacientes, y provocan la instalación de depresiones reactivas, estados de ansiedad o insomnio.

La importancia de la interacción constante con el personal de enfermería estriba en dos razones fundamentales:

1. Las observaciones de este personal son de extraordinaria importancia porque permanecen en contacto directo con el paciente 24 horas.

2. La orientación adecuada a este personal es lo que va a permitir una rehabilitación más rápida del paciente, de modo que no se le sobreproteja, ni se trate con rigidez, sino que se sepa actuar de acuerdo con las características del paciente y las circunstancias ambientales.

Vale la pena detenerse en la atención que el equipo médico debe recibir, ya que no están inmunizados contra los estados emocionales que pueden sobrevenir del contacto directo con un ser humano que sufre.

El paciente sometido a trasplante de órganos permanece un tiempo largo en sala. Se hace muy difícil para el equipo de salud no establecer un vínculo emocional con el paciente y sus familiares. De esta manera se conocen las aspiraciones de cada enfermo, sus sufrimientos, la calidad de su familia y se establece un vínculo que en muchos casos se hace familiar.

De esto se desprende la tensión que se genera cuando se presenta una complicación, cuando un paciente en el intento de salvar su vida fatalmente fallece. Pueden presentarse estados de frustración, ansiedad y hasta depresión. Por este motivo es saludable crear espacios de discusión de estos temas para proveer a los miembros del equipo de recursos psicológicos que mantengan su estabilidad emocional.

Se ha descrito por otros investigadores, cómo el personal médico y paramédico se acostumbra con cierta rapidez al ambiente típico de las unidades en que están ingresados los pacientes graves. Muchas veces desarrollan una dura actitud emocional ante los problemas del paciente, como un «mecanismo de defensa» contra el sufrimiento que este trabajo puede producirle. Parecen olvidar que, para el paciente, este internamiento constituye una experiencia nueva, única y a veces terrorífica (Sánchez, 1987).

Estas manifestaciones emocionales que se presentan en los profesionales de la salud ha sido estudiado en los últimos tiempos como un proceso conocido como «síndrome del quemado», «quemamiento», o más propiamente «desgaste profesional». Este proceso se denomina convencionalmente con el anglicismo «*burnout*» (Moreno, Oliver, Aragones, 1991; Moreno, Peñacoba, 1999; Gil-Monte, Peiró, 1997; Attance, 1997; Grau, Chacón, 1998; Barreto, 2001; Pérez, 2001; Carmona y otros, 2001; 2002; Hernández, 2002; Gil.Monte, 2000, 2002).

Aunque no se ha llegado a un consenso acerca de su definición, algunos autores coinciden en que es una respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con carácter negativo que implican alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas. Estas actitudes son nocivas para la persona y

conllevan a situaciones desfavorables en la calidad del servicio y la propia estructura funcional de una institución u organización (Correal, Posada, Pérez, 2000). Sin embargo, resulta oportuno aclarar que existen probadas coincidencias entre los autores en cuanto a las dimensiones que lo integran: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach, Jackson, 1982; Moreno, Oliver, Aragones, 1991; Moreno, Peñacoba, 1999). Ni siquiera las últimas concepciones de Maslach y Leiter (1998) han podido desplazar la concepción trifásica inicial de este mal llamado «síndrome», por lo que los investigadores siguen usando estas dimensiones para su diagnóstico.

El «cansancio o agotamiento emocional» se refiere a la sensación de estar vacío de recursos emocionales y físicos para enfrentar los estresores percibidos. La «despersonalización» indica excesivo desapego, cinismo e insensibilidad hacia los usuarios y otros aspectos del trabajo. La «baja realización personal» se refiere a sentimientos de incompetencia y falta de realización y productividad en el trabajo (Moreno, Peñacoba, 1999). Es importante apuntar que aunque el desgaste profesional se asocia al estrés, se han encontrado diferencias entre estos dos problemas que afectan la salud (Landeros, 1997; Maslach, Jackson, 1982).

Considerando que se trata de un importante factor de riesgo de los individuos para enfermar y de las instituciones para desajustarse funcionalmente, en especial las instituciones que brindan servicios de salud, el estudio del *burnout* pudiera enfocarse como un problema actual de salud. El fenómeno del *burnout* ha tenido una alta prevalencia en diversos profesionales de todo el mundo, y se manifiesta en las altas tasas de afectaciones en la salud de los trabajadores, en los días laborales perdidos por concepto de quejas e ineficiencia en los servicios y en los padecimientos de los trabajadores. Todos ellos manifiestan una baja realización personal, insatisfacción laboral, abandono de los servicios, ausentismo al trabajo, aumento de la rotación y, fundamentalmente, afectaciones en muchas dimensiones de la calidad de vida de los trabajadores, de sus propios familiares y de comunidades enteras. Como se sabe, el desgaste profesional afecta de manera muy seria las relaciones interpersonales, acrecentando la frustración en el trabajo y la insatisfacción laboral.

El tema del *burnout* reúne suficientes argumentos para explicar la multidimensionalidad de su abordaje desde un encuadre psicosocial, ya que los principales modelos explicativos de este «síndrome», según Gil-Monte y Peiró (1997), provienen de la integración de teorías provenientes de la Psicología Social -teoría sociocognitiva del «yo»- y de la Psicología de las Organizaciones -teoría sobre el estrés laboral.

Cada una de estas teorías por separado no lograron una explicación completa ni convincente acerca de la verdadera etiología del síndrome, lo que ha motivado a los investigadores a proponer un nuevo modelo explicativo más integrador desde la perspectiva del enfoque transaccional del estrés.

El modelo transaccional propuesto por Gil-Monte y Peiró (1997) permite integrar el papel que juegan las variables organizacionales, personales y las estrategias de afrontamientos en el proceso de estrés laboral. También el modelo resume la importancia de las variables sociocognitivas del «yo» relacionadas directamente con el desempeño laboral (por ejemplo, la autoconfianza), el papel de algunas variables del entorno organizacional (como las disfunciones del rol: ambigüedad y conflictos de rol) y el papel de las relaciones interpersonales (falta de apoyo social), sin descuidar la importancia de las estrategias de afrontamiento a los estresores percibidos.

Como puede apreciarse, uno de los encuadres donde puede enmarcarse el estudio del *burnout* o desgaste profesional es, precisamente, desde la perspectiva de la psicología de la Salud. Este campo de aplicación de la psicología emerge hoy como un campo integrativo de conocimientos procedentes de la medicina comportamental, la psicología clínica, la psicología social comunitaria, la psicología sanitaria, la medicina psicosomática e, inclusive de la psicología ambiental, recogiendo aportes de la psicología educativa, la psicología laboral y la psicofisiología, pero conservando su especificidad en su aplicación a los momentos del proceso salud-enfermedad y de la gestión sanitaria (Grau, 1997a, 1997b, 1998, 2001, 2002a, 2002b).

El *burnout* en los profesionales de la salud

En efecto, una gran cantidad de trabajos sobre el «síndrome de *burnout*» han sido realizados en enfermeras, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Si consideramos las fuentes de estrés más citadas -el conflicto y la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral, la infratilización de habilidades, los recursos inadecuados y la necesidad de tomar decisiones críticas, incluso sobre la base de información escasa o ambigua, la tensión constante para no cometer errores, el peligro de contagio físico o de afectación psíquica, las diferentes líneas de autoridad a que algunos profesionales han de verse sometidos, la introducción constante de nuevas tecnologías y conocimientos, la relación cargada emocionalmente con pacientes que sufren y sus familiares-, tenemos que comprender por qué es tan importante el fenómeno de desgaste en los profesionales de la salud.

Cuando la relación salud-paciente se deteriora, con las consecuencias que conocemos -incumplimiento de las prescripciones, insatisfacción del paciente

y de sus familiares, falta de realización personal del profesional, disminución de la calidad de la asistencia, etc.-, es frecuente «culpar» de ello a los pacientes con que se interacciona. Se les cataloga de «pacientes majaderos» o de «familiares impertinentes» y se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento hacia ellos. Molesta incluso que estos usuarios «pregunten demasiado». A la larga, los profesionales sanitarios pueden acabar reduciendo su eficacia autopercibida, cuestionando su propia capacidad profesional e incluso personal, para acabar culpándose a sí mismos del fracaso de la relación con sus pacientes. Esta doble proyección de los sentimientos, actitudes y componentes del estrés ocupacional crónico en salud es típico del *burnout* y se traduce en sus dimensiones constituyentes.

Una variable situacional central es la cantidad y calidad del contacto diario con los pacientes. La atención profesional a ellos proporciona grandes satisfacciones, pero es emocionalmente muy exigente, de forma que cuánto más tiempo se le dedica, mayor es el riesgo de agotamiento emocional que se corre. Maslach y Jackson (1982) han demostrado una relación significativa entre el tiempo que pasan los médicos en contacto directo con sus pacientes y su puntuación en la escala de agotamiento emocional de la medida más conocida de burnout: el Inventario de Burnout de Maslach, conocido como MBI (siglas en inglés). Los profesionales que dedicaban gran parte de su tiempo a la docencia y/o la administración puntuaban más bajo en esa escala.

Tiene también importancia para este personal la naturaleza de la enfermedad con la que se lucha. Ciertas enfermedades (quemados, cáncer, SIDA, etc.) son altamente estresantes para el personal de salud, tanto por los síntomas, como por la gravedad de su pronóstico (Martín y cols, 2000; Chacón, 1995; Grau, Chacón, 1998).

Otra fuente de tensión está dada por los problemas de comunicación con los pacientes (Grau, 1996b; Grau, Chacón, Romero, 2002). Si los enfermos tienen muchas veces dificultades para comunicarse con el médico o la enfermera, no es menos cierto que el personal de salud tiene frecuentemente dificultades para comunicarse con sus pacientes.

Durante siglos, la comunicación fue el mayor constituyente terapéutico en la interacción establecida entre médicos y enfermos. Con la aparición de la tecnología, se desarrollaron formas nuevas de interacción, pero la comunicación personal y directa se redujo. Debido a esta disminución, muchas de las ofertas terapéuticas que reclaman los pacientes son necesarias y tienen que ver con la necesidad del diálogo, calidez, apoyo, educación e información sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento.

Muchos estudios demuestran que los enfermos desean algo más que medicamentos y recursos técnicos. Desde hace mucho tiempo se conoce que una interacción social inadecuada afecta la confianza y la colaboración del paciente (Lain Entralgo, 1964; Mechanic, 1978; Dubach, Van Rechenberg, 1977; Viniegra, 1979; Witzkin, Stoecle, 1980; Jenson, 1981).

Esta interacción limitante puede expresarse de muchas formas: poco tiempo disponible para la consulta, burocratización en el ejercicio profesional, uso de terminología incomprensible para los enfermos, olvido, temores, falta de empatía para aclararle dudas, falta de disposición a responder las preguntas que se le formulan, etc. (Rodríguez Marín, 1995). Puede suceder que muchos profesionales de la salud, basados más en su propio juicio que en el del paciente para evaluar la calidad de su información, estén convencidos de que el enfermo ha entendido sus explicaciones, cuando en realidad no es así (Maya, Reinales, Llanos, 1984). Esta incomunicación conduce a una falta de adherencia a los tratamientos, y a que los pacientes busquen información en otras fuentes (otros pacientes, libros o revistas, etc.), no siempre recomendables.

Se comprende entonces cómo la comunicación con los profesionales de la salud ha sido considerada por los pacientes el hecho más negativo (65 %) en una encuesta realizada durante una estadía hospitalaria (Gil, León, Jarana, 1992; Grau, 1996 b). Esa dificultad se ha relacionado con sentimientos de insatisfacción en proporciones considerables; los profesionales de la salud, incluso médicos experimentados, han reconocido de un modo evasivo estas dificultades: el 80 % de ellos los relaciona con la transmisión de información (Gil, León J, Jarana, 1992).

Lo cierto es que, a pesar de las numerosas investigaciones y de los esfuerzos hechos para introducir esos elementos en la formación pre y postgraduada del médico y otros profesionales de la salud, este no es aún un problema resuelto. El no reconocimiento de estas dificultades sigue generando estrés en situaciones asistenciales a los usuarios. Insistimos en que este problema en la comunicación no sólo afecta a los pacientes, sino a los propios profesionales encargados de proveerla: se ha dicho que los médicos saben lo que piensan y lo que creen, pero con poca frecuencia están en contacto con lo que sienten (De Merinfeld, 1988).

Esta situación de déficit de comunicación adquiere mayor relevancia en la atención a pacientes graves, de pronóstico sombrío o en estadio terminal. Los problemas de la comunicación con estos pacientes han sido ampliamente analizados en una obra reciente: *¿Cómo dar malas noticias en Medicina?* (Gómez Sancho, 1998). En este trabajo y en muchos otros, subsiste la noción de que la comunicación es la llave de la intervención sobre los componentes sociales, psicológicos y espirituales del sufrimiento.

El apoyo emocional y la posibilidad de evacuar sus temores es, con frecuencia, el tipo de asistencia que más necesitan los pacientes con enfermedad avanzada. Proveer de calidad de vida a pacientes cuya enfermedad progresa rápida e inexorablemente, manteniendo los síntomas controlados y conservando el mayor bienestar emocional posible es en sí misma una tarea que involucra una alta demanda a la preparación profesional y a la competencia para el trabajo del equipo. Este personal tiene que estar siempre alerta a cualquier señal de inundación o sobrecarga para no «quemarse» en la tarea (Grau, 1996b; Grau, Lence, Jiménez, 1995). No es casual que al analizar el *burnout* en profesionales de la salud, se destaque el impacto de enfermedades como el cáncer avanzado (Rodríguez, 1995).

Resultados de investigaciones realizadas en enfermeras austriacas, confirman que la carga de estrés existente durante las interacciones entre asistentes de enfermería geriátrica con sus pacientes, incrementa la frecuencia de cansancio emocional, de despersonalización y una disminución en el rendimiento personal (Traber, Freidi, Egger, 1995). Parece ser que estos resultados son similares a los encontrados en sus colegas de varios países, según plantean los propios autores y se puede observar en la revisión de la literatura.

En Cuba se han realizado varios estudios sobre estrés laboral en enfermeras (Hernández, 1995; Portales, 1997; Landeros, 1997; Chacón, 1995, 1999; Chacón, Grau, Martín, 1994; Chacón, Grau, 1997), siguiendo una línea de investigación que trata de poner en claro las variables causales, moduladoras, antecedentes y consecuentes del *burnout*. Chacón y cols (1994) encontraron que las reacciones emocionales más frecuentes en enfermeras oncológicas no eran de ansiedad y depresión, sino de ira (diagnosticada por el instrumento conocido como STAXI, propuesto por Spielberger y sus colaboradores). Esta expresión emocional estaba asociada a sentimientos de impotencia, cuando la insuficiente preparación o el cuadro grave de un paciente, imposible de resolver, planteaban una alta demanda emocional a estos profesionales.

Un estudio exploratorio utilizando el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), propuesto por Moreno y colaboradores como una versión abreviada del MBI, fue desarrollado por Hernández en personal médico y de enfermería que trabaja con pacientes oncológicos (1995). En este examen se encontró que la población de enfermeras está más afectada de *burnout* que los médicos, en particular en la dimensión despersonalización: dos tercios de las enfermeras (N=76) puntuaban *burnout* moderado y alto en el CBB, mientras que sólo un tercio de los médicos (N=52) lo hacía en esas categorías.

De cualquier forma, tanto para médicos como para enfermeras, los resultados en cuanto a niveles de *burnout* fueron altos y dignos de tomar en con-

sideración para la conformación de un programa de medidas a corto, mediano y largo plazo. Portales aplicó el CBB en una muestra de enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos de un hospital general conocido de Ciudad de la Habana (N=53), encontrando niveles discretamente más altos de *burnout* en las enfermeras de los servicios quirúrgicos (1997).

Este trabajo permitió recomendar un nuevo tipo de calificación para el CBB, a partir de la regresión logística, perfeccionando el método tradicional de corte por percentiles.

En el estudio de Landeros (1997) se encontró que los marcadores de estrés no se diferenciaban sustancialmente en las enfermeras de servicios médicos de la de quirúrgicos. Aunque en este último grupo era superior el promedio de respuestas psicofisiológicas que relacionan a las enfermeras con y sin *burnout* con la activación del sistema neurosimpático de repercusión cardiovascular. Los afrontamientos que primaban en las de alto *burnout* eran pasivo-cognitivos predominantemente; los niveles de *burnout* no eran capaces de predecir las puntuaciones globales de los marcadores de estrés. En este trabajo se concluyó que no era posible establecer una relación de dependencia recíproca y bilateral entre estrés cotidiano y *burnout*. En fecha reciente fue realizada una investigación en 3 hospitales oncológicos cubanos con 143 enfermeros. Este estudio tenía como objetivos fundamentales (Chacón, 1999):

1. Identificar los niveles y dimensiones del *burnout* en los enfermeros que trabajan en los hospitales oncológicos del país.
2. Caracterizar las variables sociodemográficas, epidemiológicas, antecedentes y consecuencias, asociadas al *burnout* en este personal.
3. Determinar las relaciones existentes entre niveles globales y componentes de la «personalidad resistente» (PR) y del «sentido de coherencia» (SC) con los niveles globales y dimensiones del *burnout* en estos enfermeros.

Los instrumentos aplicados fueron: el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el Inventario de Puntos de Vista Personales (PVP) para evaluar PR, el Cuestionario de Orientación ante la Vida (OLQ) para evaluar SC y una Ficha de datos generales que registraba variables sociodemográficas y epidemiológicas. En el caso del MBI y los instrumentos que evaluaban variables salutogénicas (PR y SC), aunque poseían fuerte validez de constructo, fueron sometidos a un proceso de validación de contenido. En este estudio fue de particular interés el procesamiento estadístico de los datos, complejo y laborioso, realizado a lo largo de 5 pasos, con ayuda del paquete SPSS en su versión 8.0 para Windows

y el paquete CHAID (Chi-square Automatic Interaction Detector). Este permitía establecer interacciones entre diferentes variables, asumiendo coeficientes de riesgo relativo y posibilitando determinar el papel facilitador o protector de diversas combinaciones de variables en la producción del *burnout*. La utilización del CHAID permitió, por primera vez en la investigación del *burnout*, estudiar la asociación entre variables causales, facilitadoras o inhibitoras, con un enfoque esencialmente epidemiológico.

Los resultados fueron particularmente interesantes, tanto en lo referente a la asociación de variables de riesgo para el desgaste profesional en estos enfermeros, como en el aspecto de la relación constructos salutogénicos-burnout:

1. Un 44 % de los enfermeros estudiados se ubicaron en el grupo «muy afectados», lo que implica un dato epidemiológico importante para diseñar estrategias de prevención y control terapéutico de este síndrome, sobre todo cuando se contrasta con los valores relativamente bajos encontrados en investigaciones precedentes en enfermeras que trabajan en servicios médicos y quirúrgicos de otras instituciones hospitalarias del país (Portales, 1997; Landeros, 1997).
2. Los instrumentos utilizados (CBB y MBI) ofrecieron fuertes indicadores de validez convergente y de constructo. Sus dimensiones diferencian a sujetos con distinto nivel de afectación (Chacón, 1999). Los datos obtenidos apuntaron, en este tipo de población, a una determinada secuencia procesual: el agotamiento emocional era una dimensión incipiente y la despersonalización constituía la dimensión final, más alta en los más afectados.
3. Las variables edad, sexo, estado civil y tenencia de hijos no propios, no fueron variables distintivas de *burnout* en los enfermeros estudiados. Pero sí el nivel de escolaridad, la realización de estudios postbásicos, la tenencia de hijos propios, los antecedentes patológicos familiares en ambos padres y, particularmente, determinadas características de la tarea laboral de estos enfermeros -horas de trabajo fuera del centro, número de pacientes que atienden como promedio diariamente, tipo de turno rotativo, extensión de la jornada laboral, tiempo de interacción con los pacientes y sus familiares, el cargo que ocupan como Jefes de Sala o Supervisores. Estas variables interactuaban entre sí, generando mayor o menor riesgo relativo para el desarrollo o la moderación del *burnout*, es decir, podían tener carácter facilitador o protector.
4. Las subescalas del CBB referidas a los antecedentes del *burnout* -«características de la tarea», «tedio» y «organización»- aumentaban progresivamente sus valores promedio con el incremento de las afectaciones en los 3 grupos de enfermeros. Este resultado fue particularmente

importante para enfocar futuros estudios de prevención. Se halló incidencia temprana de los antecedentes de «organización» en el trabajo e incidencia más tardía del «tedio» y las variables relacionadas con las «características de la tarea» a lo largo del proceso de desarrollo del *burnout*. Además, los tres niveles de afectación se diferenciaron también entre sí en la subescala «consecuencias» del CBB, apuntando a que estas aparecen muy temprano y se van desarrollando progresivamente. Los síntomas que padecieron con mayor frecuencia los enfermeros «muy afectados» eran: dolores musculares, dolores de cabeza, diarreas y catarras frecuentes. Por último, resultó especialmente notorio el dato que apuntaba a que los valores de la subescala «Consecuencias» se reducen a medida que aumentaban las puntuaciones en los instrumentos que evalúan PR y SC. Estos constructos tenían valores promedio menores en los enfermeros que padecían de los síntomas descritos, lo que refuerza su papel supuestamente modulador: los valores de los componentes de la PR (reto, compromiso y control) decrecían a medida que aumentaba el nivel de afectación por *burnout*, las puntuaciones globales del PVP tenían esta orientación esperada; esto mismo sucedía con los valores del SC, se pudo identificar el valor amortiguador que tienen algunos de los componentes de estos modelos salutogénicos (reto, compromiso, control, manejabilidad, significatividad) en el desarrollo de los niveles más altos del síndrome lo cual permite construir hipótesis para trabajos posteriores con diseños longitudinal prospectivos y de intervención (Chacón, 1999).

En general, esta investigación demostró la pertinencia de realizar estudios no sólo descriptivos de los niveles de *burnout*, sino tipificadores de las características de este proceso en diferentes poblaciones.

Muchos trabajos sobre *burnout* relacionado con el estrés laboral en enfermeras y otros profesionales de la salud han sido reportados también en muchos otros países latinoamericanos como México, Colombia, Chile, Brasil y Argentina (Martins, 1991; Arita, 1999; Arita, Arauz, 1999; Correal y cols, 2000; Martín y cols, 2000; Werner, 2001; Hernández, 2002; Landa y Mena, 2003, entre otros).

El *burnout* representa una seria amenaza para los equipos de salud y requiere el establecimiento de medidas para su prevención y control en el ámbito de las instituciones de salud. Algunas de las medidas que puede practicar el equipo de salud para no verse sometido a las inclemencias del *burnout* y hacer una prevención efectiva son: trabajar con creatividad, realizar pausas en el trabajo, tomar algunas cosas con más distancia, pero sin alejarse emocionalmente por completo, cuidarse a sí mismo, además de a

los otros, acentuar los aspectos positivos y de realización del trabajo, profundizar en el conocimiento de sí mismo, relajarse, distraerse con ejercicios físicos y meditación, establecer fronteras entre la vida privada y la profesional.

Por la importancia que reviste para la salud pública mundial el control y la prevención del desgaste profesional es necesario estudiar a fondo los procesos desencadenantes y facilitadores del *burnout* en los profesionales de la salud. En el libro *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones* se analizan estos aspectos y se exponen estrategias de intervención para la prevención y el manejo del *burnout* (M. Chacón y cols, 2005).

En general, las estrategias, métodos y procedimientos a usar en la prevención y control del desgaste profesional son muy diversos. Hay que elegir cuidadosamente aquellos que deberán usarse en el marco de programas o «paquetes» de intervención ante cada situación específica. No hay técnicas que «por receta» puedan recomendarse desde fuera sin analizar contextos singulares y sin caracterización previa del *burnout*.

Se necesitará ampliar aún más la aplicación de programas y procedimientos de intervención para su prevención y manejo. Engañarnos con respecto a la amenaza potencial que significa el *burnout*, descuidarlo como un mito que no tiene sustentación real en un equipo dado de salud, puede ser un mecanismo evasivo, improductivo y peligroso.

Este «síndrome» de desgaste profesional puede aparecer y socavar los cimientos de la dinámica funcional y la efectividad de los mejores equipos de salud. En este sentido, el *burnout* no es un mito, sino una amenaza potencial. Si no se observa el desarrollo de sus antecedentes y consecuencias, y no se aplican consecuentemente las medidas de protección, este se convertirá en una amenaza real para los sistemas, instituciones y servicios de salud. Aquí los psicólogos de la salud deberán cumplir funciones importantes en el siglo que apenas comienza.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE UN SISTEMA PARA LA EVALUACIÓN DEL RECEPTOR POTENCIAL

INTRODUCCIÓN

Contar con un sistema central de información y bases de datos es una necesidad esencial de toda institución y es fundamental en un equipo de trasplantes. La selección y la preparación de los receptores tienen importancia crucial porque de ellos depende el éxito de todo el proceso.

Una buena selección radica en tener mejores expectativas de un paciente en la evolución postrasplante. Por consiguiente, la evaluación debe realizarse de manera secuencial, precisa y para eso se deben contemplar los recursos psicológicos que tiene un paciente para enfrentar el trasplante.

El psicólogo que atienda trasplante de órganos, deberá elaborar un perfil psicológico de acuerdo con lo que se estime que debe poseer un paciente. Esta evaluación se añadirá a un diagnóstico definitivo para decidir si la persona es o no tributaria de la intervención. Aunque la decisión de escoger el receptor no es sólo de carácter psicológico, el psicólogo transcribirá la información sobre el candidato mejor preparado. Estos datos se refieren básicamente al área intelectual, estados emocionales, mecanismos de afrontamiento

y apoyo social. La estructuración de una batería psicológica debe estar basada directamente en los datos contenidos en el perfil.

La capacidad de trabajo intelectual (CTI) está integrada por los procesos cognoscitivos de atención, memoria y pensamiento en términos de análisis, síntesis, nivel de abstracción, generalización, etc., La instancia de orientación de la personalidad se refiere a los factores internos como motivación, intereses, estabilidad emocional, juicio, etc.

Una vez que se conoce lo que se desea evaluar y se han elaborado los perfiles, entonces se trata de tener listo el sistema, las pruebas, las técnicas, es decir, los recursos que respondan a los objetivos que se pretenden evaluar.

Proponemos ahora un sistema que pueda orientar en cuanto a la evaluación del candidato a trasplante.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL SISTEMA

Se exponen y describen las características que deben ser evaluadas desde el punto de vista psicológico.

Capacidad de trabajo intelectual

En el complejo y largo camino recorrido por el hombre en su historia, han desempeñado un papel fundamental las capacidades humanas. Dentro de su amplio espectro merece especial atención la capacidad de trabajo intelectual (C T I). Este concepto ha sido abordado en la literatura psicológica occidental con el nombre de Inteligencia.

El concepto de inteligencia tiene su historia; cada escuela psicológica ha elaborado de acuerdo a sus posiciones teóricas, su concepción, su sistema de métodos diagnósticos, así como sus medidas terapéuticas.

Las escuelas occidentales, al no poseer una concepción materialista del desarrollo social, partieron de posiciones filosóficas de carácter generalmente idealista, para explicar la sociedad y todos los fenómenos que en ella se daban. Desde 1904, con la creación de la Escala Bidet-Simon para evaluar a los niños con problemas de aprendizaje, los tests psicológicos han constituido tal y como dijera : «una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta». De aquí puede inferirse que la testología surge

como respuesta inmediata a un asunto urgente: lo importante era medir y no tanto cómo se medía. Se obviaba así un elemento vital establecido en los trabajos de autores como J. L. Rubinstein, V.N. Teplov y A.N. Leontiev: el carácter específico del desarrollo de las capacidades en concordancia con la actividad que realiza el individuo (Hernández, 1992).

Al evaluar el nivel de funcionamiento intelectual debe concebirse al hombre como un ser potencialmente capaz, que desarrolla las habilidades gracias a su desenvolvimiento en cada actividad, bajo influencias instructivas y educacionales. Esto implica una orientación verdaderamente dinámica.

Los procesos de investigación deben tener en cuenta no sólo la solución de problemas en un momento dado, sino que deben combinar la elaboración estadística de los datos obtenidos con una amplia valoración clínica de las circunstancias bajo las cuales se encuentra el sujeto. Lo anterior quiere decir que es un error sustituir la clínica por la investigación puramente testológica.

La CTI la concebimos como «el conjunto de particularidades psicológicas individuales que permite la adquisición y utilización de los conocimientos, hábitos y habilidades que determinan el éxito de una actividad intelectual específica» (Hernández, 1992).

El estudio de la C.T.I. resulta necesario no solo en la norma, sino también en la enfermedad. Con mucha frecuencia los pacientes neuróticos y de otras enfermedades aquejan pérdida de su capacidad de trabajo sin que esto se pueda constatar en un examen testológico tradicional. De ahí la significación práctica de la investigación de los procesos que se alteran en los trastornos de la capacidad de trabajo intelectual, de la búsqueda de aquellos métodos concretos con los cuales ella puede ser diagnosticada con confiabilidad y valor pronóstico.

Con mucha frecuencia, en la práctica clínica se observan personas que tienen alteraciones no de su CTI en el sentido amplio del concepto, sino que se trata de alteraciones como consecuencia de la extenuación. En estos casos, los hábitos adquiridos y las operaciones intelectuales se conservan, pero al mismo tiempo la persona no está en condiciones de ejecutar una serie de trabajos intelectuales que exigen esfuerzos estables y sostenidos.

La extenuación o astenización de esas personas adquiere a menudo un carácter especial, como si se tratara de procesos por separado. Puede manifestarse en forma de alteraciones de la memoria, o de oscilaciones de la atención, o en el análisis de sus procesos elementales, por ejemplo, en el ritmo de las reacciones sensomotoras.

En el análisis del ritmo de este tipo de reacciones se han utilizado técnicas especiales, entre ellas las nacidas en la Patopsicología .

Numerosos investigadores como S. Ia. Rubinstein y B. W. Zeigarnik han considerado que esta inestabilidad de los procesos psíquicos está relacionada con oscilaciones del tono cortical cerebral. Ellos provocan alteraciones de la actividad intelectual que dan lugar a la inconsistencia en los juicios, una de las alteraciones descritas en la literatura patopsicológica (Zeigarnik, 1969, Hernández 1992).

La particularidad característica de este tipo de alteración es la inestabilidad del modo de ejecución de la tarea. El nivel de generalización no está por lo común disminuido, los enfermos comprenden correctamente la consigna, analizan y sistematizan bien el material, sin embargo, el carácter adecuado de sus juicios no es estable.

L. S. Vigotski y A. N. Leontiev, mientras investigaban los procesos cognoscitivos, descubrieron la memoria mediata. En ella, el establecimiento de relaciones asociativas hace que el pensamiento desempeñe un importante papel en el recuerdo mediato lógico, el cual se forma en base a nuevos procedimientos humanos.

En Cuba se ha acumulado experiencia en la caracterización de estas alteraciones que permiten suponer que ante una enfermedad que implica un larvado proceso de astenización, se manifiestan alteraciones de la CTI. Las expresiones del conocido «bloqueo intelectual» o las fallas del rendimiento, son manifestaciones clínicas de alteraciones que resulta imposible fijar, caracterizar y explicar mediante el diagnóstico psicológico con tareas concretas.

Al investigar la atención en pacientes neuróticos, se ha encontrado diferencias entre los sujetos no enfermos y estos pacientes con respecto a la calidad de este proceso. En los sujetos no enfermos la velocidad es mayor, se observa mayor concentración y poca fluctuación de la atención, mientras que en los pacientes la velocidad se ve disminuida, tienen muchos errores y su ritmo de trabajo es lento (Guash y Martínez, 1984).

Las alteraciones de la actividad mnésica se manifiestan de forma diferente en la demencia, esquizofrenia y neurosis, tomando matices distintos en cada una de ellas (Ramírez y Miguelez, 1982).

En el trabajo de investigación «Estudio patopsicológico de la memoria en algunas formas clínicas de Neurosis», se realizó un estudio de este proceso psíquico en 60 pacientes, para demostrarse que existen alteraciones de la memoria inmediata y mediata, tanto a corto como a largo plazo, siendo más afectada esta última. En todos los pacientes se encontraban alteraciones de la dinámica de la CTI y del componente motivacional (Mesa, 1983).

Un resultado importante en las investigaciones ha sido la no correspondencia entre las manifestaciones objetivas y las quejas subjetivas, lo que demuestra que estas alteraciones deben ser siempre constatadas mediante la investigación patopsicológica.

Habiéndose constatado en diferentes investigaciones la existencia de alteraciones de algunos procesos cognoscitivos por separado, se realizó una investigación destinada a demostrar la existencia de alteraciones de la CTI en pacientes neuróticos, así como la evolución de la misma desde el debut de la neurosis hasta su remisión. Se estudiaron 30 pacientes neuróticos y se encontró que existen alteraciones de la CTI en estos pacientes que son provocados por la alteración de la dinámica de la actividad en la esfera afectivo-volitiva. Este cambio incapacita al enfermo de ejecutar una serie de trabajos intelectuales que exigen esfuerzos estables y mantenidos. La falta de aprovechamiento o la ausencia de productividad en el trabajo se explica, no por un bajo nivel de conocimientos ni por la pérdida de los hábitos, sino por las alteraciones funcionales del neurodinamismo cortical que condicionan la disminución de la CTI del paciente neurótico (Moredo y Fernández, 1984).

Las oscilaciones en los logros intelectuales no son provocadas por la complejidad del material, ni por las dificultades en su organización, sino por la inestabilidad de la productividad intelectual del enfermo. Esa vacilación hace que aparezca unas veces como una persona que actúa y piensa adecuadamente, mientras que otras veces da la impresión de realizar acciones carentes de finalidad.

El problema de las alteraciones de la CTI, atañe no solo a la psicología clínica o de la salud. Existen otras áreas de trabajo de la Psicología, como la Educacional y la Laboral donde se hace evidente la necesidad del estudio de estos aspectos. Este es el caso de la selección y evaluación de receptores.

Estados emocionales

Esta categoría es muy necesaria cuando se va a seleccionar receptores, porque los estados emocionales en muchas ocasiones son determinantes para incentivar una buena actuación, tomar una decisión oportuna o inoportuna, factores estos que deben tenerse en cuenta al elegir un candidato a trasplante.

Dentro de los estados emocionales se hará especial énfasis en aquellos que de acuerdo a las investigaciones realizadas puedan afectar directamente la CTI o incidir en la aparición de enfermedades cardiovasculares, por citar un

ejemplo. Entre estos estados emocionales se encuentran: el estrés, la ansiedad, la depresión y la ira u hostilidad.

Numerosos investigadores se han referido específicamente a cómo el estrés puede provocar o agravar una enfermedad cardiovascular. Desde el punto de vista fisiológico se ha considerado que el estrés se presenta cuando los mecanismos de adaptación de un organismo vivo son impuestos o forzados. Estudios epidemiológicos han señalado una estrecha asociación entre las enfermedades coronarias y factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol, consumo de tabaco, la obesidad, la inactividad física y sobre todo el estrés psicosocial y ocupacional.

Se ha encontrado, por ejemplo, que aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión, aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios. Los trastornos emocionales crónicos (como la ansiedad o la depresión) parecen encontrarse también asociados a cardiopatías. Resultan de particular relevancia las alteraciones del ritmo sueño-vigilia que conllevan tales trastornos emocionales, ya que el sueño cumple un papel protector del músculo cardíaco.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte y morbilidad en los países desarrollados. Se estima que en estos países cerca del 40% de todas las muertes en sujetos de mediana edad se deben precisamente a los trastornos cardiovasculares, las tres cuartas partes de la mortalidad corresponden a las enfermedades coronarias y en especial, al infarto agudo del miocardio. De acuerdo con un estudio sociológico de la cardiopatía isquémica en España, se producen cada año entre doce y trece mil casos de infarto agudo del miocardio, excluyendo a la población mayor de 74 años. Otras manifestaciones de la cardiopatía isquémica son la angina de pecho y la muerte súbita.

En Cuba la cardiopatía isquémica presenta una morbilidad entre 132 y 210 por mil habitantes, siendo causa de más de 17000 defunciones anuales (Anuario de Estadísticas, 2005).

Por tal motivo, es de suma importancia realizar acciones de salud para lograr la disminución de su morbilidad, así como obtener un diagnóstico y una evaluación de su severidad para llevar a cabo un mejor control y tratamiento de los enfermos disminuyendo así su mortalidad. Entre estas acciones de salud tiene una gran importancia la prevención, y dentro de esta, la selección de un paciente que tenga mecanismos de afrontamiento fuertes para enfrentarse a los procedimientos quirúrgicos necesarios.

Una correcta evaluación clínica es el método más sensible en el diagnóstico de la cardiopatía isquémica. Existen múltiples investigaciones que pue-

den realizarse para avalar el diagnóstico, así como definir el pronóstico y/o el significado clínico de una lesión coronaria.

Dentro de esa evaluación clínica es importante tener en cuenta la incidencia del estrés, ya que es sabido que puede producir isquemia miocárdica fundamentalmente en pacientes con enfermedad coronaria severa, aún en aquellos que tienen una prueba de esfuerzo negativa.

En la práctica clínica la isquemia miocárdica inducida por el estrés mental es generalmente asintomática y se presenta con muy poca elevación del doble producto (FC X TA), lo que sugiere un mecanismo vasoespástico. La fisiopatología de la isquemia miocárdica inducida por ese mecanismo difiere de la fisiopatología de la isquemia miocárdica inducida por el ejercicio. Por otro lado, las alteraciones electrocardiográficas inducidas por el estrés mental pueden constituir un elemento independiente para el diagnóstico y la estratificación del riesgo de un cuadro coronario agudo en un paciente con enfermedad arterial coronaria conocida.

En una investigación desarrollada conjuntamente con el Dr. Ricardo Campos, en un trabajo realizado para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cardiología, se creó una situación experimental para producir frustración-tensión en pacientes con cardiopatía isquémica. Al paciente se le incitaba a resolver una serie de problemas ejecutivos en un período de tiempo sin permitirle llegar a la solución ni terminar, ofreciéndole, sin pausa, otra tarea más difícil aún. El paciente estaba acoplado al Ergocid y a un equipo de Biofeedback con el sonido de alarma conectado y además tenía encima la presión de los investigadores para aumentar el nivel de estrés. El equipo de Biofeedback registraba la Resistencia Psicogalvánica para confirmar la presencia de estrés y el Ergocid ofrecía la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, así como un electrocardiograma continuo. Se pudo demostrar la incidencia del estrés en las alteraciones de la fisiología cardiovascular y su utilidad como prueba diagnóstica en las lesiones coronarias (Campos y Hernández 1997).

Diferentes investigadores se han referido a los factores psicosociales que provocan estrés en unos grupos comunitarios más que a otros. Sin embargo, otros enfatizan el hecho de que frente al estrés hay que considerar los diferentes tipos de personalidades, de manera que se mencionan los tipos A, B, C, H, y recientemente se habla del patrón D.

Los estados emocionales reiterados pueden conformar determinados patrones comportamentales. Por ejemplo, estados reiterados de ansiedad pueden llegar a conformar una personalidad ansiosa y, a la vez, esa personalidad ansiosa es más propensa a caer en estados emocionales de ansiedad. Nos referiremos a determinados patrones comportamentales, que se han asociado a enfermedades cardiovasculares.

Personalidad tipo A

Este tipo de personalidad es la que ha llamado «procuradora de estrés». Son personas con una propensión al estrés en grado sumo, ven la vida siempre en tono amenazante. A. Paolasso (1998) plantea que vulgarmente podrían denominarse «caballos de carrera», porque estarían siempre dispuestos a competir.

Estos individuos se caracterizan por:

1. Siempre estar implicados en una lucha desmesurada, en ocasiones ni pueden justificar la lucha ni saben contra quién es.
2. Al poseer una competitividad extrema, siempre son perfeccionistas y encuentran que los demás ponen obstáculos a la realización de sus deseos porque sus parámetros de evaluación de la actividad de los demás son muy rígidos. Las cosas nunca están bien hechas a juzgar por sus criterios.
3. Son muy ambiciosos y tienen un deseo persistente de progreso y sobre todo una imperiosa necesidad de reconocimiento.
4. A pesar de que tienen logros en diferentes esferas, pueden sentirse angustiados porque piensan que pudieron hacer mucho más.
5. Son muy hostiles e irritables, cualquier cosa suele «sacarlos del paso». La hostilidad emana de que la mayoría de la población no es como ellos y ven en todas partes insuficiencia e incapacidad. Se tornan intolerantes.
6. Son impacientes, con hábitos motores desasosegados y respuestas verbales entrecortadas. Siempre quieren apresurar el ritmo de ejecución de la actividad física e intelectual. Como no les gusta esperar, suelen ir a la mesa leyéndose un artículo interesante por si hay que esperar no perder el tiempo, de modo que casi nunca disfrutan de la compañía de su ambiente familiar. Aunque vayan de paseo en su automóvil, tienen necesidad de adelantar al carro que lleven delante.
7. Contradictoriamente, procuran la compañía de los demás aunque a veces no sepan escuchar atentamente porque «no les alcanza el tiempo».
8. Buscan la responsabilidad con permanente ocupación en múltiples y diversos proyectos. Siempre hacen todo con rapidez acentuando el sentido de premura.
9. Sus objetivos siempre están muy bien definidos. Se implican en el trabajo y tienen preocupación constante con los límites de tiempo en el desempeño de sus labores. Todo tenía que haber estado «para ayer».

Es frecuente que tengan sin dormir a sus subordinados aunque luego ese «informe nocturno» duerma plácidamente en la gaveta de su buró por largo tiempo.

10. Manifiestan un estado permanente de alerta física y mental.
11. Tienen elevado nivel de colesterol, reducido tiempo de coagulación y acentuada tendencia a desarrollar enfermedades coronarias. (Citado por Paolasso). Presentan excreción elevada de catecolaminas, 17-hidrocorticoides, 17-cetosteroides y 5-hidroxiindol.12. Responden con gran intensidad a los estímulos generadores de estrés, por lo que son «reactores calientes» o «reactores ardientes».

Personalidad tipo B

Es la que pertenece a personas que Selye denominó «evasoras de estrés». No se asocia a las enfermedades cardiovasculares, por el contrario, cuando se ejerce influencia sobre el Patrón de conducta tipo A, al cabo del tiempo se realiza una segunda evaluación y el individuo ha pasado a ser patrón B o Intermedio entre A y B.

Se caracterizan por rehuir los estresantes y vivir un ritmo más tranquilo en relación con la personalidad tipo A. Vulgarmente podían ser identificados como el tipo «Tortuga».

El perfil caracterológico del tipo B se distingue por:

1. Ser introvertidos, no sienten necesidad de buscar ni compartir con los demás.
2. Son distendidos o relajados, no viven en vigilancia permanente como los del tipo A.
3. Son deferentes, delicados.
4. Son pacientes, saben escuchar.
5. No conciben su trabajo como una lucha contra los acontecimientos y las personas.
6. Si bien no son personas totalmente inertes, son muy pasivas con relación al tipo A y su reacción con los agentes estresores es más moderada.
7. Reaccionan más lentamente con la secreción de catecolaminas y corticoides.
8. Padecen menos enfermedades por estrés.
9. En contraposición al tipo A, este es un «reactor frío».

Personalidad tipo C

No está contemplada en la clasificación general de Friedman y Roseman. No se asocia a las enfermedades cardiovasculares, es el tipo de personalidad que se asocia al cáncer.

Ha sido descrita por algunos autores y Selye la resume como la que posee especialmente las características del tipo B y por añadidura el elemento de ansiedad crónica.

Se distingue por:

1. Perfil introvertido, obsesivo.
2. Tienden a interiorizar o internalizar su reacción al estrés, mecanismo por el cual lo perpetúan y lo cronifican.
3. Se caracteriza este perfil como «factor tranquilo» dado que a pesar de una apariencia exterior de persona resignada, callada y apacible, de escasa agresividad, su «procesión va por dentro» y según este autor «sufre en silencio».

Personalidad tipo H

Se plantea como una clasificación intermedia entre A y B, con bastante de C en el sentido de ansiedad crónica, pero expresada como hostilidad. De ahí surge la letra de la clasificación.

Se distingue por:

1. Ser hostil, su conducta se caracteriza por estar permanentemente reaccionando con enojo. El enojo fácil es el estigma de este tipo de personalidad.
2. El enojo hostil los lleva a desarrollar una intensa reactividad cardiovascular por lo que se plantea que es el responsable del 90% de los infartos y otras cardiopatías por estrés.

En la década del 60 un estudio realizado por cardiólogos de la ciudad de San Francisco, EUA, con 3,400 hombres, concluyó que la personalidad tipo A era más propensa que la B al infarto del miocardio, porque la vida acelerada y competitiva parecía ser la antesala del infarto (Paolasso, 1998).

Sin embargo, a principios de la década del 80, otros estudios, de los cuales fueron pioneros los esposos Redford y Virginia Williams, de la Universidad Duque de los EUA, investigaron que la mayoría de las características de la

personalidad tipo A no producen infarto pero que si hay una muy particular que es la causa del 90% de los infartos en esta y otras personalidades: el enojo hostil. Se plantea incluso que se provocan no solo infartos sino otras cardiopatías por estrés. Pero la hostilidad -según estos autores- solo es perjudicial cuando se manifiesta en actos violentos o provocadores.

Vulgarmente siempre se ha pensado que es mejor expresar que reprimir la ira. La teoría de los Williams es que la expresión violenta del enojo lleva a la enfermedad cardiopática. La epidemióloga Mara Julius de la Universidad de Michigan, EUA, concluye que no es sano aguantar el enojo, por lo que no manifestar el enfado es nocivo.

A pesar de todas las controversias en torno al asunto de la externalización o no de las emociones, todos los expertos coinciden en que es conveniente entender y dirigir los estados emocionales. Algunos consideran que lo más saludable es concentrarse en resolver el problema que causó el enojo. Esta teoría quedó confirmada con estudios realizados por el epidemiólogo Ernest Harburg (Estudios Detroit y Búfalo, cit. por Paolasso).

En conclusión, la solución no está en reprimirse ni en expresarse en forma colérica, si no en resolver el problema que está en la base del estado emocional agudo, cualquiera que éste sea, aunque estos investigadores enfatizan en el enojo.

Los esposos Williams han confeccionado el llamado Test Williams sobre la base de 12 preguntas, cuya calificación se realizan basándose en el número de respuestas positivas. En el acápite de los métodos para la evaluación el lector podrá ver esta técnica.

Personalidad tipo D

Recientemente se ha descrito este tipo de personalidad y se ha asociado fuertemente a la enfermedad de arterias coronarias, a la hipertensión arterial y a la mortalidad.

Las personas con personalidad tipo D tienen una tendencia a inhibir la expresión de las emociones negativas. El tipo D se asocia a la depresión, a la alienación social y está caracterizado por la supresión crónica de las emociones negativas. En una investigación reciente realizada por Johan Denollet, se encontró que la personalidad tipo D fue un predictor significativo de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria. Estos pacientes tuvieron experiencias de distrés sustanciales, 15 meses después del daño inicial.

La personalidad D se caracteriza por presentar:

1. Clínicamente: un aumento de la tendencia a la preocupación, inquietud, abatimiento por todas las cosas, sentimiento de infelicidad, o irritabilidad.
2. Psicométricamente: síntomas de depresión, tensión crónica, subjetividad de poco bienestar.
3. Desde el punto de vista interpersonal tienden a mantener los otros a distancia; inhiben la expresión de los verdaderos sentimientos y tienen bajo el nivel de percepción del apoyo social.

Como puede observarse, ya existen tres tipos de personalidad que se han asociado a las enfermedades cardiovasculares, el tipo A, el H y el D.

Puede considerarse entonces, que lo importante no es buscar el patrón comportamental responsable de tal enfermedad, sino considerar la personalidad cómo un nivel superior de organización e integración de lo psíquico, definida por las complejas mediatizaciones de la autoconciencia sobre toda la vida psíquica, que determinan síntesis reguladoras del comportamiento, estudiar en cada enfermo su personalidad, sin encasillarlo en un Patrón conductual, sino analizando la presencia de contradicciones no resueltas, el nivel de desarrollo de su personalidad, sus mecanismos de autorregulación personal.

Para ello es importante analizar el conocimiento del paciente de su enfermedad, de sus factores de riesgo, su autocontrol, su nivel de aspiraciones, así como establecer un programa de cambio para de este modo evitar un nuevo accidente cardiovascular, que pudiera ser fatal.

En el Cardiocentro del Hospital Clínico Quirúrgico «Hermanos Ameijeiras» se ha trabajado en la modificación de los estados emocionales que están en la base de estos patrones comportamentales. Se han obtenido muy buenos resultados en pacientes con infarto del miocardio, pacientes sometidos a trasplante del corazón, pacientes de la tercera edad, etc. (Hernández 1994, 1995, 1999).

Desde el punto de vista fisiológico, está descrita la incidencia del estrés emocional sobre el sistema cardiovascular, el cual influye en la aparición de las siguientes alteraciones:

Paro cardíaco

En un artículo que se refiere al proceso de rehabilitación cardíaca, Harris describe el caso de un médico que, al ver su propio electrocardiograma, descubrió un Infarto del Miocardio y murmuró las palabras: «Dios mío, me estoy muriendo» (aunque no se estaba muriendo). Acto seguido, expiró

súbitamente. Harris comenta que posiblemente el miedo mató a este hombre (Stein, 1987).

Tenemos una experiencia con un familiar muy cercano que no soportó la muerte de su hijo. Un día amaneció pidiéndole a Dios que se la llevara para unirse con su hijo: se le trató de reanimar de siete paros cardíacos seguidos, hasta que no salió de uno de ellos y falleció.

Alteraciones de la presión venosa

White y colaboradores realizaron una serie de estudios interesantes sobre la presión venosa central y periférica. Observaron a 22 pacientes durante la encuesta realizada, de los cuales unos estaban sometidos a estrés y otros no. Hallaron aumentos de la presión venosa central de hasta 45 mm de Hg. como respuesta al efecto acumulativo de sucesivas preguntas cargadas emocionalmente. Este aumento puede ser suficiente para provocar una descompensación en pacientes cardiopatas.

Cambios en el volumen-minuto

Ya en 1929, Grollman, usando el método del acetileno y a estudiantes de medicina como sujetos de experimentación, midió el volumen-minuto en una gran variedad de situaciones, incluyendo alteraciones psíquicas. Encontró que los resultados podían ser reproducidos (con aproximación de 100 cc/min) cuando el paciente estaba relajado y tranquilo, en condiciones «basales». Si se producían trastornos psíquicos leves como los ocasionados por un portazo, el volumen aumentaba tan solo alrededor de otros 100 cc/min., pero si se hacía enojar intencionadamente al paciente podía ascender incluso hasta unos 900 cc/min. La presión arterial y la frecuencia cardíaca aumentaban de manera simultánea con la elevación del volumen-minuto, pero los valores de consumo de oxígeno no seguían necesariamente paralelos a los cambios del volumen minuto cardíaco.

Grollman concluyó que estos cambios leves producidos en estudiantes de medicina acostumbrados a los procedimientos de prueba, habrían sido cambios exagerados en pacientes cardiopatas. Se admite, entonces, que la insuficiencia cardíaca congestiva puede ser precipitada por episodios reiterados de tensión emocional. Por otra parte, es importante recordar que las situaciones placenteras también pueden aumentar el volumen sistólico y provocar taquicardia, aumentando las demandas del volumen-minuto cardíaco (Stein, 1987).

Respuestas del pulso y la presión arterial

Wolf, en 1930, observó que durante una entrevista cargada de emoción, no solo aumentó la presión arterial, sino se elevó significativamente la viscosidad de la sangre.

El efecto «anticipatorio» de la frecuencia del pulso es un fenómeno bien reconocido. En un grupo de levantadores de peso bien entrenados, cuyo pulso habitual era de 72 latidos por minuto, en los momentos previos a un torneo la frecuencia se elevaba a 135- 160 latidos por minuto.

Los efectos del estrés sobre la frecuencia cardíaca pueden ser superados distraendo al paciente, ya sea mediante el ejercicio, técnicas hipnolaxantes u otras técnicas como la imaginación dirigida, etc. Muchos investigadores obviando los efectos del estrés sobre los parámetros en estudio, citan que una vez que el paciente ha terminado el ejercicio y descansa, la frecuencia cardíaca baja, sin tener en cuenta también el alivio del estrés.

Cambios en la resistencia periférica

Habitualmente consideramos la respuesta a la tensión emocional como un aumento de la resistencia periférica. Esta respuesta es ejemplificada por las manos frías y viscosas de la ansiedad. Este tipo de elevada resistencia al igual que una respuesta a la adrenalina, está asociada con un escaso o nulo cambio de la frecuencia cardíaca y a veces con un descenso del volumen-minuto cardíaco.

Por otra parte, la tensión emocional puede disminuir la resistencia periférica. Esta es, en realidad, otro tipo de respuesta anticipatoria. Por ejemplo, el sistema cardiovascular puede comportarse como si el sujeto estuviera preparándose para correr y necesitase un aumento de flujo sanguíneo para hacerlo. En estas circunstancias, puede producirse taquicardia y un aumento del volumen sistólico con aumento de la resistencia periférica.

Este tipo de respuesta es el mismo que el tipo de «lucha o huye» o el «tipo de elevado volumen-minuto» de H. G. Wolf.

De este modo, la resistencia vascular periférica puede ser aumentada o disminuida por la emoción. Hoy día se acepta que una emoción determinada (por ejemplo, la ira), no produce necesariamente un efecto vascular periférico particular o específico, en realidad, puede provocar cualquiera de ambos tipos de respuesta.

Cambios en la frecuencia o ritmo cardiaco

Cualquier alteración del ritmo cardíaco puede ser ocasionada por una emoción, bien sea taquicardia, bradicardia, extrasístoles, etc. A veces es fácil establecer la asociación entre el impacto emocional y la respuesta psicofisiológica. Los extrasístoles pueden ocurrir en un corazón anatómicamente dañado por una enfermedad orgánica. Sin embargo, influencias metabólicas, farmacológicas o mecanismos nerviosos reflejos pueden provocar también extrasístoles, aún en corazones normales. En pacientes con corazones normales aparecen muchas más extrasístoles durante la cirugía craneana o del cuello, que durante otro tipo de operaciones. También las drogas simpático-miméticas o parasimpáticomiméticas pueden causar extrasístoles. Habitualmente se consideran las extrasístoles que se presentan en el reposo, pero que desaparecen con el ejercicio, como de escasa importancia. Se consideran como significativos y asociados con un mal pronóstico, los que aumentan en número con el ejercicio.

Por ejemplo, si la tensión emocional produce un aumento de la excitabilidad del nódulo auricular, los impulsos procedentes del mismo pueden eliminar las extrasístoles durante el ejercicio y éstos podrán recurrir al disminuir la frecuencia cardíaca. Por otra parte, si el estrés aumenta la excitabilidad del foco ectópico más que la del nódulo sino auricular los latidos prematuros pueden aparecer en el ejercicio y desaparecer en el reposo. Stevenson y colaboradores señalan que no solamente las extrasístoles indican daño cardíaco sino que su reiteración en salvas puede perjudicar aún más al corazón, gravitando repetidamente sobre su capacidad. Así se sugiere que si un sujeto desarrolla salvas de extrasístoles o arritmias transitorias que comprometen el volumen minuto-cardíaco debido a una mayor frecuencia y a la retención de sangre en los ventrículos, la insuficiencia cardíaca congestiva preexistente podrá ser agravada por la arritmia. Estos autores creen que una de las responsabilidades médicas en el cuidado del paciente con daño cardíaco anatómico es la eliminación de tensiones emocionales que empeoran la situación orgánica (Stein, 1987).

Por otro lado, los pacientes ansiosos suelen describir la presencia de palpitaciones en ausencia de todo signo subjetivo de arritmia cardíaca (Sánchez y col, 1990; Scott, 1993).

En algunos enfermos, las palpitaciones pueden formar parte de una neurosis crónica de ansiedad, que se manifiesta por una prolongada hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Esta afección se ha denominado de numerosas formas: astenia neurocirculatoria, corazón del soldado, síndrome Da Costa, neurosis cardíaca y enfermedad funcional cardiovascular. Estos enfermos

suelen tener hallazgos físicos correspondientes a un estado circulatorio e hiperkinético que se manifiesta por taquicardia sinusal en reposo, exceso de transpiración, pulso arterial amplio y soplo sistólico funcional. Se da la ausencia de otros hallazgos físicos o de laboratorio que indiquen la presencia de un exceso de hormona tiroidea circulante (Bongard y col. ,1992).

Alteraciones electrocardiográficas

Las modificaciones electrocardiográficas secundarias a la tensión emocional incluyen no sólo cambios de la frecuencia y del ritmo, sino también alteraciones de la configuración. Las ondas T y P pueden modificar su forma, y aparecer alteraciones del segmento S-T. Sin embargo, estos cambios no suelen ser constantes de un día a otro y no significan necesariamente enfermedad cardíaca isquémica ni contraindican el ejercicio.

La frecuente asociación de alteraciones inespecíficas de la repolarización en el electrocardiograma en reposo, como aplanamiento e inversión de la onda T, junto con frecuentes molestias de dolor torácico, puede inducir a un diagnóstico erróneo de arteriopatía coronaria. El error diagnóstico puede agravarse con el ECG de esfuerzo, ya que la hiperventilación por sí sola puede provocar un descenso del segmento S-T en algunos enfermos (Stein, 1987).

Ansiedad

El estado de ansiedad es ocasionado por cambios en las condiciones de vida, en la actividad acostumbrada del individuo. También puede surgir por la anticipación del disgusto, de la amenaza, por el aplazamiento o demora en la aparición del objeto esperado o de la acción. Las investigaciones experimentales y teóricas han demostrado el importante papel de la diferenciación conceptual y precisa de la ansiedad en sus distintas formas de expresión.

Grau (1982) hizo una amplia caracterización psicológica de las distintas formas de expresión de la ansiedad:

Situacional

Surge ante nuevas condiciones, cambios en lo habitual, de forma más o menos brusca, que tienen un enorme significado vital para el individuo, en estrecha correspondencia con sus propios motivos y valoraciones. Los sujetos ante todo dirigen las vivencias ansiosas hacia la situación circundante. Los mecanismos compensatorios se expresan únicamente en dependencia de la situación causante de la ansiedad, los cuales poseen un carácter temporal.

Sin embargo, no conducen a una activación global de la autorregulación y el autocontrol de la personalidad del sujeto.

Patológica

Se caracteriza por un polimorfismo de manifestaciones psicofisiológicas, que en algunas formas clínicas adopta una conocida relación de síntomas. Surge ante situaciones extremas, que son percibidas como tales y que al mismo tiempo tienen gran significación para el individuo. La generalización de este estado provoca alteraciones funcionales con desorganización de las instancias de regulación individual, conductual, afectiva y volitiva. El sujeto se siente incapaz de mantener un autocontrol de su conducta y muestra alteraciones de la actividad dirigida a un objetivo.

Ansiedad personal

Es considerada como una característica relativamente estable de la personalidad del individuo, formada a lo largo de su historia vital, y se corresponde con un modo de actuar típico ante situaciones desfavorables y en cierto modo, amenazantes. Está en estrecho vínculo con el sistema de valores y la esfera motivacional-emocional de la personalidad, teniendo, al mismo tiempo, un carácter dinámico. El individuo es capaz de adquirir mecanismos compensatorios más o menos adecuados para enfrentar la influencia de las frecuentes situaciones percibidas como estresantes, de forma tal que estas no alcanzan un nivel desestabilizador, y son capaces de bloquear la desintegración del curso normal de los procesos psíquicos, conservando la efectividad de la autorregulación y productividad de la actividad.

Las interacciones o vínculos recíprocos entre estas formas de ansiedad se caracterizan porque se refuerzan unas a otras ante determinadas condiciones. La ansiedad personal facilita el surgimiento y manifestación de la ansiedad situacional en un determinado individuo; al mismo tiempo que los estados repetidos de tensión y ansiedad influyen en la formación de rasgos ansiosos de la personalidad o sea, que estados reiterados de ansiedad pueden llegar a conformar una personalidad ansiosa.

Instancias orientadoras de la personalidad

Dentro de las instancias orientadoras de la personalidad debemos analizar la estructura de los *motivos* y su jerarquía, las formaciones de sentido. Es decir, lo que constituye el verdadero sentido de la personalidad, los ideales, la

autovaloración, el nivel de pretensiones o aspiraciones, la comunicación, el autocontrol y la autorregulación.

La personalidad surge y se desarrolla en el transcurso de la interacción del hombre con su medio. Por eso, en el hombre, el proceso de satisfacción de las necesidades se manifiesta como un proceso activo, orientado hacia un objetivo, para la asimilación de los productos de la cultura mediante un determinado desarrollo social y su participación en determinadas formas de actividad.

Las fuentes de manifestación de la personalidad son las *necesidades*. En ellas, la dependencia de las condiciones concretas de existencia de la personalidad descuellos como su aspecto activo, como sistema de motivos.

Los *motivos* son impulsos para la acción vinculados con la satisfacción de determinada necesidad. Si las necesidades constituyen el mecanismo de todas las formas de actividad humana, los motivos se distinguen como manifestaciones concretas de su existencia. Ejemplo: libro y necesidad cognoscitiva. Cuando el objeto es capaz de satisfacer una necesidad se convierte en motivo. Los motivos se diferencian entre sí por el tipo de necesidades concretas a que responden, por las formas que adquieren, por su amplitud o limitación o por el contenido concreto de actividad en la cual ellos se manifiestan. Además, los motivos pueden ser conscientes o inconscientes.

En la personalidad, el sistema de motivos rige la actividad y están estructurados jerárquicamente de forma estable, pero sujeta a variaciones en el desarrollo de la personalidad. Los motivos esenciales para la personalidad determinan el sentido fundamental de la vida del hombre.

Existen formaciones motivacionales complejas mediatizadas por la autoconciencia que regulan y orientan el comportamiento, como por ejemplo: la autovaloración, los ideales. Un motivo se convierte en tendencia orientadora de la personalidad cuando adquiere un sentido esencial para la personalidad, manifestándose en objetivos mediatos que implican activamente la autoestima del sujeto. Estos motivos tienen energía dinámica que le es inherente y comprometen la autoestima del sujeto. Pueden ser motivos de distinta naturaleza, lo importante es el potencial consciente que el individuo puede expresar en la consecución del mismo, lo que estará determinado por el grado de significación que el motivo tiene para el sujeto.

Estos motivos tienen una estrecha relación con la concepción del mundo, pues la dirigen.

Algo muy importante a la hora de analizar a un individuo para un trasplante de órganos es la Estabilidad de la Personalidad. Esta se trata de la capacidad que tiene el hombre para alcanzar sus fines superando cualquier tipo de

motivación situacional que pueda conspirar contra la consecución de los mismos.

Un aspecto esencial en este sentido es la solidez de la jerarquía motivacional, expresada por el sujeto y la formulación de objetivos mediatos relacionados con esta jerarquía a través de diferentes formaciones psicológicas como ideales, intenciones, etc., las que variarán en los diferentes períodos de desarrollo de la personalidad.

Intereses

Son manifestaciones emocionales de las necesidades cognoscitivas del hombre. Su satisfacción contribuye a compensar las lagunas en los conocimientos y a una mejor orientación, comprensión, información de los hechos que han adquirido carácter significativo. Pueden clasificarse atendiendo a contenido, objetivos, amplitud y estabilidad.

Otra formación psicológica importante son las convicciones, concebidas como un sistema de necesidades conscientes de la persona que lo impulsan a obrar de acuerdo con sus puntos de vista, principios y concepción del mundo.

Las convicciones son motivos de la conducta humana, son pensamientos, ideas, principios de la persona que son determinados por el sentido de su vida y su cúmulo de conocimientos. Adquieren para el hombre una significación permanente y esencial y por eso los afirma y los defiende hasta exponer su vida si fuera necesario.

Aspiraciones

Son los motivos de la conducta en la que encuentra expresión la necesidad en las condiciones de existencia y desarrollo que no están directamente representadas en una situación determinada, pero pueden ser creadas como resultado de la actividad de la personalidad, organizada de un modo especial, como por ejemplo las ilusiones.

El nivel de aspiraciones de una persona se determina según los objetivos elegidos, entre aquellos que tienen mayor importancia en su estructura jerárquico motivacional, ya sean fáciles o difíciles. Este nivel de aspiraciones o de pretensiones, lo establece la persona en un punto intermedio entre tareas y objetivos extremadamente difíciles o fáciles, de tal manera que se conserva para sí determinada perspectiva.

Los ideales morales, sin duda alguna constituyen otra formación psicológica muy interesante. Se concibe como una formación motivacional integrada por diversas razones que se expresen mediatizadas por la autoconciencia de un modelo que la persona se propone alcanzar en un futuro. Representan una forma de reflexión y de activa valoración en el joven sobre el modelo formado como ideal y no simplemente un esfuerzo por imitar formas de comportamiento. Son una vía de regulación en la adolescencia y en la edad escolar superior, pero los principios son igualmente validos para estudiar motivaciones mediatas en el adulto. No es una regularidad en el desarrollo, su aparición depende de una adecuada formación y educación de la personalidad.

Autoconciencia

La autoconciencia o conciencia de sí mismo es el conocimiento y valoración que el hombre forma de sí mismo. Es un producto evolutivo que se desarrolla con la personalidad y que permite al hombre no solo descubrir nuevas características y aspectos de sí mismo, sino modificarlas. Refleja la idea de que el ser humano tiene de sus cualidades psíquicas. Se encuentra relacionado con la autoestima, con la autovaloración.

El hombre conoce el mundo y lo valora, transformándolo mediante su actividad práctica y teórica. En este mismo proceso de conocer, valorar y transformar el mundo, el hombre forma y desarrolla las cualidades de su personalidad: temperamento, carácter, capacidades, aspiraciones, intereses, convicciones, ideales, etc.

Autovaloración

Es una formación psicológica reguladora que se forma sobre la base de la autoconciencia. Son los contenidos que el hombre valora de aquellos aspectos de la personalidad que expresan sus principales motivos. El hombre no compromete su autoestima, su autovaloración, en todas las esferas de su vida ni por motivos superfluos.

La expresión de aquellos motivos esenciales de la personalidad, los que implican movilización de todo su potencial se vinculan con la autoestima del sujeto en la realización de determinada actividad.

La reflexión del sujeto sobre sí mismo para conformar su autovaloración, estará orientada hacia aquellas cualidades, capacidades, intereses o poten-

cialidades vinculadas a la consecución exitosa de los fines que responde a sus principales motivaciones.

La autovaloración es una expresión cognitiva porque se expresa en forma de conceptos, valoraciones, juicios, categorías; pero esta expresión tiene en su base la fuerza dinámica de los principales motivos de la personalidad y es en esa fuerza donde reside el potencial regulador de la autovaloración sobre el comportamiento.

La autovaloración implica siempre una reflexión del sujeto sobre la actividad que realiza partiendo de sus contenidos autovalorativos y el producto de esa reflexión se expresara, tanto en forma de valoraciones concientes como en forma de vivencias, que muchas veces pueden ser concientizadas con la personalidad. Está relacionado con la valoración de los demás, con la actividad y la comunicación.

El nivel de adecuación de la autovaloración esta dado por la relación entre las aspiraciones y las posibilidades reales. Así, por ejemplo, la sobrevaloración se da cuando el nivel de aspiraciones esta por encima del nivel de posibilidades reales, mientras que una valoración adecuada es la relación armoniosa entre ambas. La subvaloración aflora cuando el nivel de aspiraciones está por debajo del nivel de posibilidades.

Otros elementos importantes para evaluar la autovaloración y su nivel de adecuación es la flexibilidad de los contenidos autovalorativos. Esta es la posibilidad que tiene la autovaloración de asimilar resultados disonantes con sus contenidos y el nivel de integridad, que es cuando se asimila determinado contenido disonante y no se transforma la imagen autovalorativa del sujeto. Se conoce como efecto de la inadecuación a la reacción emocional que se da ante el fracaso de la autovaloración. Su característica principal es el carácter agresivo orientado hacia las supuestas causas externas según el sujeto el fracaso. Es una reacción de intolerancia al fracaso para mantener la imagen.

MÉTODOS PARA LA EVALUACIÓN

La entrevista

Puede definirse la entrevista como un encuentro con objetivos bien definidos, en un marco temporal, espacial y metodológico. En este intercambio

comunicacional se desarrolla la mayor parte del ejercicio de la Psicología y otras profesiones.

El eje central del proceso de selección de receptores lo constituye la entrevista, ya que es la técnica que permite integrar el empleo del resto de los métodos en el proceso. La entrevista brinda la posibilidad de intercambiar de forma directa con el candidato, de observar, valorar, comprobar y cruzar la información, de conocer datos importantes de la historia vital, lo que es motivante para él y constituye el sentido de su vida.

Pueden realizarse tantas entrevistas como se considere necesario, pero es importante realizar una entrevista inicial, en la cual se exploran las características generales del sujeto. Después se debe realizar otra final o determinativa, que servirá para completar la información obtenida por diferentes vías, integrar diferentes factores y obtener una valoración cualitativa integral del candidato.

Para realizar una buena entrevista que cumpla los objetivos propuestos, debe tenerse en cuenta las habilidades y la formación profesional de quien realiza la entrevista. El entrevistador no debe improvisar, será imprescindible contar con una guía para no divagar ni perder el hilo conductor. Las preguntas que integran el interrogatorio, sin embargo, no deberán ser rígidas, ni ser frías ni carentes de contacto humano. La entrevista psicológica debe seguir una serie de etapas a fin de que no se descuiden algunos elementos.

Recepción

La primera impresión, cuya importancia es conocida en cualquier forma de relación humana, alcanza, en el trabajo clínico, una extraordinaria significación, si se tienen en cuenta las expectativas con que una persona acude a una entrevista. Algunos «pequeños detalles» pueden olvidarse en el recibimiento de una persona que pueden, o facilitar tremendamente el establecimiento de una buena relación, o dificultar tal objetivo. Aunque el profesional de la salud está siendo valorado desde mucho antes por el entrevistado, este es el momento en que se comienza a investigar al paciente.

Un buen entrevistador debe ofrecer una buena impresión desde el principio, llamar a la persona por su nombre, saludarla, preferentemente dándole la mano, e indicarle su asiento para evitar situaciones de ambigüedad, las que pueden generar ansiedad. Si hubiera que seleccionar lo más importante de esta etapa se diría que: la actitud de respeto al otro.

Identificación

La toma de los datos de identidad es una manera muy hábil de iniciar la conversación con el entrevistado, por lo general inhibido en este momento de la entrevista. Por otra parte, los datos generales donde se incluye la edad, estado civil, ocupación y procedencia, brindan al entrevistador elementos muy útiles para definir ante qué tipo de persona se encuentra.

Un elemento muy importante es la utilización de preguntas que se adapten al nivel intelectual que se considere tenga el entrevistado. En este momento se inicia formalmente la comunicación verbal, y la persona, con frecuencia, se preocupa por no comprender el lenguaje técnico del entrevistador. Esto le produce ansiedad, sobre todo cuando se utilizan términos desconocidos para su vocabulario. El hecho de manejar de forma hábil la posibilidad de hablar con brevedad sobre algún tema extra, aparentemente trivial, es también un buen recurso para relajar las tensiones.

Interrogatorio

Es una de las etapas más importantes de la entrevista porque con ella comienza el trabajo en sí. El interrogatorio es la vía principal por la que se establece la relación investigador- investigado. En él se manifiesta la actitud de ambos, mostrando respeto, corrección, interés humano y evitando enjuiciar sus comunicaciones verbales y extraverbales.

Es importante que el investigador evite preguntas sugestivas o introductorias, ya que las mismas pueden llevar a respuestas falsas.

Exámenes

Se debe evitar a toda costa las tensiones acerca de los mismos, explicando lo que deba dominar el entrevistado con referencia a los objetivos de la selección.

Información

Es importante recordar que uno de los objetivos de la persona en la entrevista es salir lo mejor informado posible. El entrevistador debe satisfacer esa demanda de manera adecuada, programando siempre la forma y profundidad de la información.

Despedida

Es importante saber cerrar la entrevista y definir con el interlocutor el momento de la retirada. Es aconsejable que se le estreche la mano y se hagan recomendaciones ansiolíticas finales. En ocasiones resulta útil una palmada en la espalda, aunque solo se debe dar cuando sea compatible con la personalidad de ambos participantes.

La entrevista debe ser guiada de modo tal que se puedan considerar los principales indicadores funcionales que deben ser valorados por el especialista en el proceso de selección. Entre los indicadores recomendamos:

1. Nivel de funcionamiento intelectual, o sea, su nivel de comprensión, de información general, disposición para el aprendizaje, forma en que ha empleado el intelecto en su adaptación al medio, en la solución de los problemas, como se ha comportado su aprovechamiento académico en los distintos niveles de enseñanza.
2. Capacidad de adaptación ante los cambios de la vida, adaptación al entorno.
3. Capacidad de anticipación, proyección de futuro, nivel de aspiraciones, proyecto de vida en general.
4. Capacidad organizativa para alcanzar los objetivos propuestos, esfuerzos en función de ello.
5. Habilidades sociales expresadas en capacidades para desarrollar actividades sociales, satisfacer sus necesidades cognitivas y afectivas.

Batería de pruebas para la evaluación de la capacidad de trabajo intelectual

Se expondrá el sistema de técnicas para la evaluación de las alteraciones de la CTI, integrado y validado por nuestro equipo multidisciplinario. Dicho sistema fue integrado bajo los principios de la patopsicología que tiene como objeto la determinación de las regularidades de la desintegración de la actividad psíquica y de las propiedades de la personalidad en correspondencia con las leyes de formación y desarrollo de los procesos psíquicos en la norma.

De acuerdo con los principios de la investigación patopsicológica y con el fin de constatar la presencia de alteraciones de la CTI, fue integrado un sistema de técnicas destinadas al análisis de los diferentes procesos que intervienen en la actividad cognitiva, haciendo especial énfasis en la atención, la memoria y el pensamiento.

Este sistema fue validado en Cuba en sujetos no enfermos y luego aplicado a pacientes de distintas enfermedades desde lo predominantemente psicógeno hasta lo predominantemente orgánico. El estudio se realizó para la determinación de las alteraciones vinculadas a estados emocionales o a procesos orgánicos como es el deterioro.

El examen se aplicó a pacientes de diferentes tipos de neurosis, trastornos psicofisiológicos (psoriasis, colitis ulcerativa idiopática, hipertensión arterial, migrañas) esquizofrénicos, dementes y finalmente a pacientes operados a corazón abierto. De esta manera se quiso determinar la influencia del estrés pre y post quirúrgico en las alteraciones del ritmo de trabajo intelectual, o los efectos de la hipoperfusión cerebral por la circulación extracorpórea, en el deterioro intelectual. El sistema resultó muy útil para comprobar el efecto de los estados emocionales en la dinámica de la productividad intelectual.

Aprendizaje de diez palabras de A. R. Luria

Se trata de una metódica creada por A. R. Luria para valorar el estado de la memoria, la fatiga y la actividad de la atención. La prueba se realiza mediante la reproducción de diez palabras en diferentes intervalos de tiempo, e intercalando otra tarea antes de la última reproducción aplazada en el tiempo.

Se requiere de silencio y consta de varias series de palabras breves (monosílabas y bisílabas) escogidas para cada aplicación. Se le presentan las diez palabras al sujeto que el debe repetir juntas. La segunda vez se le vuelven a repetir de manera que él reproduzca esta vez todas: las que dijo y las que omitió.

En la tercera, la cuarta y la quinta vez ya no se le repiten las palabras, solo se le dice: «otra vez». De esta manera se va consignando la reproducción en un protocolo preparado a tal efecto. Luego se le dan otras tareas y pasada una hora se le pide que reproduzca otra vez las mismas palabras. Pueden aplicarse series paralelas, de modo que es posible repetir la investigación al cabo de cierto tiempo sin que influya el aprendizaje de la prueba.

Instrucciones

Se le repite al paciente: «Ahora le voy a leer diez palabras, usted debe escuchar atentamente. Cuando yo termine de leer, repita inmediatamente tantas palabras como recuerde. El orden no juega ningún papel».

En la medida en que el sujeto va diciendo las palabras, se van marcando con una cruz en el protocolo y si es posible con un número, para saber el orden en que la repite.

Una vez que el sujeto ha repetido la primera ocasión, se le dice: «De nuevo leeré las mismas palabras y usted debe repetirlas, las que mencionó y las que omitió la primera vez. Todas juntas y en cualquier orden».

El experimentador de nuevo marcará las palabras que el sujeto va repitiendo. Después se hace otra vez, tres cuatro y cinco veces pero sin dar instrucciones, solo se le dice: «Otra vez». Si el sujeto menciona otras palabras se anotan y, si repite esas, se hacen cruces debajo de ellas.

Tabla 3.1. Aprendizaje de diez palabras. Serie I

No.	Campo	Pan	Mesa	Agua	Miel	Puerta	Viejo	Hierba	Hilo	Bosque
1										
2										
3										
4										
5										

Tabla 3.2. Aprendizaje de diez palabras. Serie II

No.	Dedo	Serie	Cine	Brazo	Lobo	Ducha	Raiz	Barco	Clavo	Tabla
1										
2										
3										
4										
5										

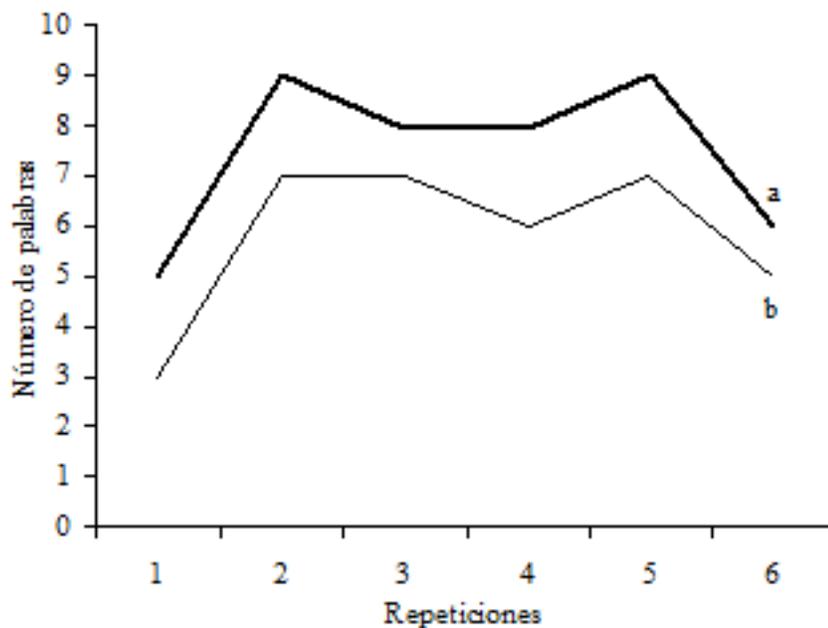
Tabla 3.3. Aprendizaje de diez palabras. Serie III

No.	Tabla	Buey	Tamal	Pie	Dama	Filo	Barco	Copa	Clavo	Oso
1										
2										
3										
4										
5										

Tabla 3.4. Aprendizaje de diez palabras. Serie IV

No.	Caña	Luz	Vela	Palo	Goma	Cinto	Carta	Bola	Avión	Libro
1										
2										
3										
4										
5										

Fig. 3.1 Aprendizaje de diez palabras



Con el fin de seguir evolutivamente la productividad intelectual del sujeto, pueden llevarse gráficamente los resultados en la curva anterior.

En el gráfico se observan dos curvas de memoria de un sujeto que ha sufrido afectaciones en su memoria. Nótese que la curva en la segunda aplicación está más baja que la primera, por lo que hay un franco deterioro. Sería importante precisar si el sujeto en cuestión está bajo un estado emocional agudo, ya que tiene una curva en zigzag, propio de un individuo con alteraciones del ritmo de trabajo intelectual.

Interpretación

Se considera como normal el recuerdo de 7 o más palabras, menos de 7 evidencia dificultad en el proceso de fijación e inactividad cuando es constante la disminución.

Por las características de la curva pueden extraerse algunas conclusiones, se ha constatado que a partir de la tercera repetición se produce el mayor recuerdo.

La curva de recuerdo puede mostrar debilitamiento de la atención activa y fatiga manifiesta. Así, por ejemplo, en ocasiones el enfermo reproduce por segunda vez 8 o 9 palabras y después de cada ensayo de reproducción cada vez menos y menos. Eso es un indicador de disminución de memoria y distracción, en la base descansa una astenia pasajera.

El agotamiento de la atención de los sujetos no se manifiesta obligatoriamente en un descenso brusco de la curva. A veces esta aparece en zigzag, lo que evidencia inestabilidad de la atención, probablemente por factores emocionales como estrés o ansiedad. Si la curva es en forma de meseta evidencia indolencia emocional, no hay interés por recordar más.

Con esta prueba puede estudiarse el recuerdo inmediato a corto plazo en las primeras cinco repeticiones y en la sexta repetición el recuerdo inmediato a largo plazo. Además, podemos evaluar el debilitamiento de la atención activa mediante la inclusión por el paciente de palabras ajenas.

Como criterio de alteración se tomarán:

1. Descenso evidente al final de la curva de repetición.
2. Inclusión de palabras ajenas.
3. Oscilaciones bruscas en la curva de reproducción (zigzag)
4. Reproducción de menos de 7 palabras en la sexta repetición (después de una hora).

Recomendación

Esta prueba debe ser la primera que se aplique en la evaluación de la capacidad de trabajo intelectual.

Búsqueda de números en las tablas de Schulte

Esta técnica que fue propuesta por A. Schulte y se ha adaptado por la psicología del trabajo tiene una gran aplicación en la patopsicología. Se utili-

za tradicionalmente para descubrir la velocidad de los movimientos de orientación y búsqueda con la vista, para la investigación del volumen de atención visual a través de cinco tablas de 60 x 60 cm con números escritos del uno al 25 colocados en diferentes posiciones. Se requiere de un cronómetro y un puntero de unos 30 cm aproximadamente.

Instrucciones

Sin mostrar la tabla al sujeto se le da la siguiente orden: «En la tabla aparecen los números del 1 al 25 y estos no están en orden. Con este puntero usted señalará y nombrará en voz alta los números en el orden del 1 al 25. Esto será lo más rápido posible, pero sin equivocarse». Si el sujeto no comprende, se le vuelve a explicar, pero sin mostrarle la tabla, porque el tiempo de búsqueda se cuenta desde el primer número.

Luego se coloca rápidamente al sujeto delante de la tabla con el puntero en la mano a una distancia de aproximadamente 70 centímetros y poniendo a funcionar el cronómetro se le dice: «Comience».

Mientras el sujeto señala los números se protocolizan todos los detalles, sus expresiones verbales y extraverbales y cuando dice 25 se detiene el cronómetro y se anota el tiempo de búsqueda. Luego se realiza el mismo procedimiento con la segunda, tercera, cuarta y quinta tablas.

Tabla 3.5

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

Tabla 3.6

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

Tabla 3.7

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

Tabla 3.8

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
18	12	24	16	4
8	15	2	10	22

Tabla 3.9

5	14	12	23	2
16	25	7	24	13
11	3	20	4	18
8	10	19	22	1
21	15	9	17	6

Interpretación

En la valoración se toma ante todo las diferencias en el tiempo de búsqueda de cada tabla, considerando normal un tiempo de entre 50 y 60 segundos. Un aumento notable del tiempo en la búsqueda de números en las últimas tablas (tercera, cuarta y quinta) evidencia la fatiga del enfermo. La «curva de agotamiento» que puede construirse gráficamente sobre la base de los resultados obtenidos manifiesta el carácter de la Astenia del sujeto: curva hipoesténica que se caracteriza por un aumento del tiempo que se invierte en la búsqueda de cada tabla, y curva hiperesténica, en la cual el sujeto al inicio tiene altos tiempos de búsqueda, se recupera disminuyendo el tiempo y vuelve a aumentar en las últimas tablas (ver gráfico 3.2 y 3.3).

Se hace mucha referencia a que tiene mejor pronóstico la Astenia cuando la curva es hiperesténica.

Fig. 3.2. Prueba de búsqueda de números. Curva Zigzagueante

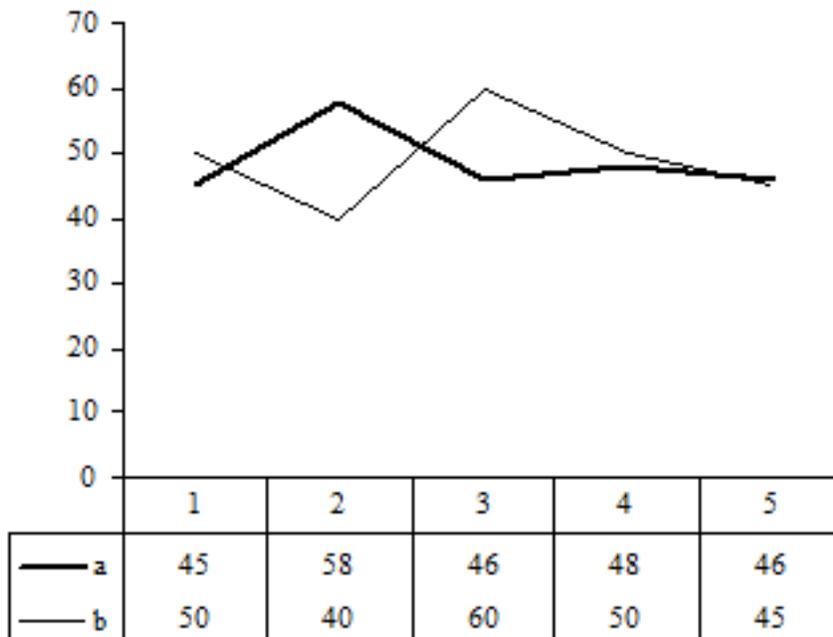
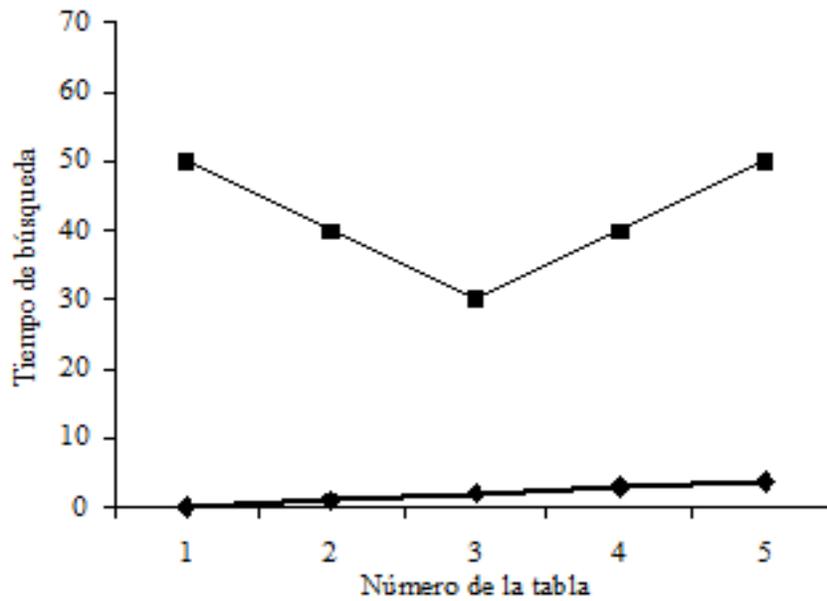


Fig. 3.3. Curva hiperesténica



El sujeto del gráfico anterior tiene alteraciones del ritmo de atención, probablemente por un estado emocional agudo dado por la curva zigzagueante, no hay diferencias entre la primera y la segunda evaluación.

Reproducción de relatos

Dirigida fundamentalmente al estudio de la memoria, esta metódica fue propuesta por S. Ia. Rubinstein. A través de textos impresos con contenido alegórico solapado que el enfermo debe reproducir, se investiga la comprensión y el recuerdo de los textos, las particularidades del lenguaje oral y escrito y algunas particularidades del pensamiento como la abstracción y la generalización. Además, evalúa el componente dinámico motivacional de la memoria. Pueden utilizarse dos relatos en cada aplicación.

Instrucciones

Se le explica al sujeto que se le leerá un relato. Él deberá reproducirlo lo más fielmente posible. Puede dársele a leer, si el sujeto así lo prefiere.

Relatos utilizables para la primera evaluación

La hormiga y la paloma

Una hormiga quería beber y bajó hasta un arroyo. La corriente la arrastró y comenzó a ahogarse. Una paloma que pasaba volando advirtió esto y le lanzó una ramita al agua, la hormiga trepó a la ramita y se salvó.

Al día siguiente la hormiga vio que un cazador iba a capturar la paloma con una red. Se acercó lentamente a él y lo picó en un pie. El cazador gritó de dolor y dejó caer la red, la paloma echó a volar.

Por no hablar claro

A un viejo le dolía una muela y vino un amigo a sacársela. Este le dijo: «¿Cuál es la que te duele?» El viejo respondió: «Es la penúltima»

El amigo, que no sabía de esas cosas, le sacó la última muela. El viejo se dio cuenta de que no era esa la que le dolía y le dijo al amigo: «la penúltima es la que está al lado de la última». El amigo respondió: «ah, bien, ya entendí». Entonces le sacó la que ocupaba el penúltimo lugar en esos momentos.

Así, por no hablar claro, el viejo se quedó con la muela mala y sin dos de las buenas.

Relatos utilizables para la segunda evaluación

Dos camaradas

Caminaban por el bosque dos camaradas cuando sobre ellos cayó de repente un jabalí. Uno salió corriendo, subió a un árbol y se ocultó. El otro se quedó en el lugar, no podía hacer nada, cayó a tierra y se hizo el muerto.

El jabalí se acercó a él y comenzó a olerlo. El hombre dejó de respirar. El jabalí le olisqueó la cara, pensó que estaba muerto y se fue.

Cuando el jabalí se hubo ido, el otro bajó del árbol y se rió.

-Y bien -dijo-, ¿el jabalí te habló al oído?

- Si, me dijo que las personas malas son aquellas que en el peligro abandonan a los camaradas.

Lógica

Un estudiante llegó de vacaciones a su casa y encontró al padre en la cocina donde se disponía a preparar una tortilla de tres huevos. El padre le preguntó al hijo qué había aprendido en la ciudad. Y este le contestó que había estudiado Lógica. El padre, que no sabía que era la lógica, le pidió que le explicara en que consistía esa ciencia.

El hijo respondió: «te voy a explicar qué es y a demostrarte que en la sartén no hay tres sino cinco huevos. Escúchame solo atentamente. Tú sabes que el número tres contiene en sí al número dos. Dos huevos más tres son cinco huevos».

- Bueno hijito -respondió el padre-, veo que te enseñaron el asunto. Ahora yo voy a hacer una tortilla de tres huevos y tú prepara una tortilla para ti, con los otros que descubriste en la sartén según tu Lógica.

Relatos utilizables para la tercera evaluación

Perder el tiempo

A un muchacho que estaba arrojando piedras en un río, un viejo le preguntó qué beneficios le traía eso. El muchacho le respondió: «a mí ninguno».

El viejo le preguntó: «Entonces ¿por qué lo haces?»

Dijo el joven: «¿A usted por qué le molesta que yo lo haga?, ¿qué pierde usted con eso y que pierdo yo?»

El viejo le respondió: «yo no pierdo nada, pero tú pierdes el tiempo».

El barco y el mar

Un barco cargado de piedras hasta el tope exclamó: « ¡Será posible que yo lleve sin protestar esta carga tan enorme!»

Pero el mar, que estaba oyendo, le dijo: «¿Qué es eso, por qué te quejas así, cómo te has olvidado de mí que llevo el mismo peso que tú y además te llevo a ti?»

Relatos utilizables para la cuarta evaluación

El jorobado y el espejo

Un día un jorobado se miró al espejo, pero al verse la figura tan encorvada se enfadó y de un puntapié rompió el espejo.

Después de un rato, en más pedazos se veía. Se enfadó más y seguía rompiendo los cristales en pedazos más pequeños, pero al paso que los rompía, se miraba, y con eso más se enfurecía.

El ciego y la luz

Hubo una vez un ciego que no determinaba con quién hablaba ni en el resplandor del día. Una noche iba el ciego alumbrándose con una linterna por una calle, y uno que lo conocía le dijo: «¿Si no te alumbras para qué llevas esa luz?»

El ciego le respondió: «Si no veo la luz yo, la ve el que viene. Así la luz que ves, si no es para ver yo, es para que me vean a mí».

Protocolo de observación de la reproducción de relatos

Para buscar los indicadores de alteración se van consignando los datos en un protocolo de observación que se detalla a continuación:

Nombre: _____

1. ¿Es necesario repetir el relato?

Sí _____ No _____ ¿Cuántas veces? _____

2. ¿Mantiene concentrada su atención en la prueba?

Sí _____ No _____

3. ¿Es necesario incitarle a que reproduzca?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo:

Una vez _____ Dos veces _____ Más veces _____

4. ¿Comienza a reproducir inmediatamente?

Sí _____ No _____

5. ¿Se niega a reproducir?

Sí _____ No _____

6. ¿Expresa deseos de marcharse?

Sí _____ No _____

7. ¿Lo lee el propio sujeto?

Sí _____ No _____ Lo lee el experimentador _____

8. ¿Se le pide que lo relate oralmente?

Sí _____ No _____

9. ¿Lo relata por escrito?

Sí _____ No _____

10. Algunas observaciones que desee hacer el investigador

Investigador _____

Fecha _____

Interpretación

Se puede observar errores en la reproducción como: sustitución de unos personajes del relato por otros, unión, contaminación y confabulación de los acontecimientos de los dos relatos además de alteración de circunstancias, inclusión de frases ajenas, omisiones y necesidad de repeticiones.

Además pueden analizarse particularidades del lenguaje oral y escrito como agramatismos (combinaciones alteradas e impropias de palabras) y perseveraciones.

Comparación de conceptos

Mediante diez pares de conceptos se investigan los procesos de análisis, síntesis, abstracción y generalización del pensamiento y las particularidades del lenguaje oral. De cada uno de los pares de conceptos el sujeto debe decir en qué se parecen y en qué se diferencian.

En la relación existen conceptos de diferentes grados de generalidad, como también conceptos no comparables del todo, que frecuentemente son los más demostrativos para detectar trastornos del pensamiento.

Instrucciones

Preguntar al paciente en qué se parecen y en qué se diferencian algunos pares de conceptos.

Si no comprende la tarea de inmediato, se puede hacer la comparación con él de algún par de palabras. Al proponerse un par de palabras no comparables, se observa atentamente el comportamiento del sujeto: si expresa sorpresa, confusión o si permanece callado. Cuando esto ocurre se le explica: «Hay algunos pares de conceptos que no son comparables». Si a pesar de esto el sujeto trata de compararlos se anotan sus respuestas y luego se le explica que no son comparables.

Al evaluar las respuestas se debe tener en cuenta si es capaz de emitir los indicadores esenciales de las diferencias y semejanzas de los conceptos. La incapacidad para ello sería un indicador de debilidad del proceso de abstracción y generalización del pensamiento.

Si a una respuesta brillante le sucede una respuesta torpe, entonces sería un indicador de una alteración denominada «inconsistencia en los juicios».

Pares de conceptos

Primera evaluación

1. Mañana – tarde
2. Vaca – caballo
3. Piloto – taxista
4. Carriola – patines
5. Guagua – tren
6. Lago – río
7. Lluvia – granizo
8. Río – ave
9. Tren – avión
10. Eje – avispa

Segunda evaluación

1. Niña pequeña – muñeca grande
2. Mango – mamey
3. Gorrión – aura
4. Vaso – gallo
5. Leche – agua
6. Oro – plata
7. Bota – lápiz
8. Perro – luna
9. Engaño – error
10. Viento – sal

Tercera evaluación

1. Bicicleta – velocípedo
2. Gorrión – gallina
3. Gato – manzana
4. Tarde – mañana
5. Pino – cedro
6. Hambre – sed
7. Leyenda – canción
8. Cesto – lechuza
9. Espejuelos – dinero
10. Lámina – retrato

Protocolo Metódica Comparación de Conceptos

Nombre: _____

Fecha: _____

Tabla 3.11

Intervención experimentador	Expresiones del sujeto	Mímica y conducta
Relación de conceptos dados	Semejanzas Diferencias	del enfermo

Interpretación

Es necesario el grado de exigencia en la fundamentación lógica de las respuestas, en la categorización para considerar una generalización a nivel abstracto o a nivel concreto.

Como criterio para analizar los datos que nos ofrece la metódica se tomará la aparición de:

Tendencia al pensamiento concreto

1. Utilización práctica: la generalización se establece a partir de fines pragmáticos, del uso instrumental de los objetos.
2. Vinculación situacional: la generalización se establece vinculando los pares de conceptos en una especie de historia del momento presente.

Estas respuestas vinculan los objetos a un nivel concreto de relación a nivel fenoménico externo, no a su esencia.

Tendencia al pensamiento generalizado cuando el sujeto da respuestas del tipo siguiente

1. Generalización esencial: los objetos se vinculan a partir de la relación esencial que los une realmente. Se consideran también el número de errores cometidos. Cuatro errores o más indican fracasos ante la prueba.

Modificación de las tablas de Schulte

Esta metódica fue propuesta por F. D. Gorbov (1959-1974) y se ha utilizado en la psicología del trabajo. En esta técnica se utiliza una tabla de 60 por 60 centímetros dividida en 49 casillas, en las cuales según un orden casual están distribuidas cifras rojas y negras del 1 al 24 y del 1 al 25 respectivamente. El sujeto de investigación debe ir localizando estas cifras con un puntero de 30 centímetros en forma ascendente en la serie negra; posteriormente en orden descendente en la serie roja. La tercera tarea es ir localizando simultáneamente los números de la serie negra y el correspondiente en forma descendente de la serie roja.

En cada una de las tareas se va protocolizando el tiempo de búsqueda de cada serie (ascendente y descendente), así como los aciertos y errores. Esta técnica permite poner de manifiesto la inercia de los procesos psíquicos, problemas con la conmutación de la atención, así como fatigabilidad.

Procedimiento

El sujeto deberá realizar tres tareas fundamentales: mostrar los números negros en orden creciente; mostrar los números rojos en orden decreciente y mostrar los números negros en orden creciente y conjuntamente los números rojos en orden decreciente.

Por ejemplo: 1 negro, 24 rojo; 2 negro, 23 rojo; 3 negro, 22 rojo. Y así sucesivamente. (R- rojo)

Tabla 3.11. Metodica modificación de las tablas de Schulte

8	9 (R)	24	20 (R)	15 (R)	6	19
4	5	12	1	24(R)	13(R)	23
14 (R)	18	17(R)	22 (R)	2	11	6 (R)
22	11(R)	7	21	8(R)	3	9
2	7	16	23(R)	19(R)	16(R)	3
13	1(R)	21(R)	5	10	25	17
15	10(R)	18(R)	20	4(R)	14	12(R)

Tabla 3.12. Protocolo para la modificación de las tablas de Schulte

Número de la serie negra	Tiempo de búsqueda	Número de la serie roja	Tiempo de búsqueda	Tiempo total de la tarea simultánea
Todos los números hasta el 24		Todos los números hasta el 25		

Interpretación

Se puede señalar que hay alteraciones en la conmutación de la atención o fatigabilidad cuando durante la ejecución de la metódica aparece:

1. Pérdida de la secuencia.
2. Pérdida del conteo.
3. Inversión del color.
4. Repetición de los números.
5. Suspensión de la tarea por fracaso.

6. Utilización de más de 1 minuto en la realización de la tarea simple y más de 4 en la simultánea.

Exclusión de objetos

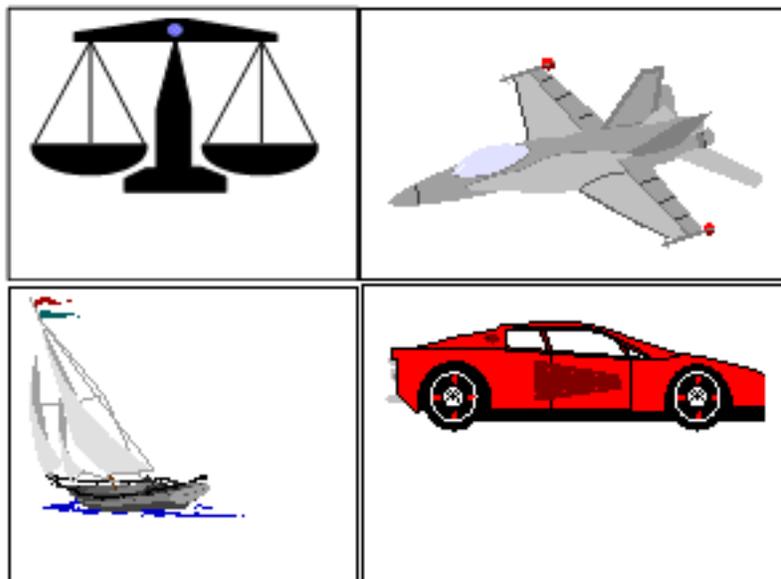
Se usa para investigar la actividad analítico-sintética y el proceso de generalización del pensamiento. Exige de la fundamentación lógica y de la corrección de las generalizaciones.

Constituida por tarjetas diseñadas con cuatro elementos de los cuales uno debe excluirse y el resto integrarse en un mismo criterio de agrupación. El investigador debe dar la consigna de que debe excluir uno de los objetos y explicar a qué grupo pertenecen los tres restantes.

Instrucciones

A los pacientes se les muestran las tarjetas y se les explica: «En cada tarjeta están representados cuatro objetos, tres de ellos tienen semejanza entre sí, se les puede dar una denominación, mientras que el cuarto no se relaciona con ellos. Usted debe nombrar el objeto que no se parece y decir qué una a los tres restantes».

Gráfico 3.4. Ejemplo de tarjeta de exclusión de objetos



En esta tarjeta que se ha diseñado a modo de ejemplo, el sujeto promedio debe identificar la balanza como el objeto que debe ser excluido y agrupar al resto como Medios de transporte.

Contenidos de las tarjetas de la metódica exclusión de objetos

1. Reloj despertador – reloj de bolsillo – reloj de pared – moneda
2. Zapato trabajo – zapato de niño – mocasín – pie
3. Teléfono – radio – sobre – guitarra
4. Esquíes – pelota – patines – hombre patinando
5. Carretel de hilo – tijera – dedal – cachimba
6. Carretel – broche – hebilla – botón
7. Reloj – balanza – termómetro – espejuelos
8. Carretilla – barco – camión – marinero
9. Avión – barco – automóvil – globo aéreo
10. Elefante – pato – mariposa – cubo de limpieza
11. Bombillo – vela – quinqué – sol
12. Rosa – margarita – amapola – gato

Tabla 3.13. Protocolo metódica exclusión de objetos

No . de tarjeta	Objeto excluido	Preguntas o niveles de ayuda	Explicación del paciente

Interpretación

Es necesario el grado de exigencia en la fundamentación lógica de las respuestas, en la categorización para considerar una generalización a nivel abstracto o a nivel concreto.

Como criterio para el análisis de los datos que nos ofrece la metódica se tomará la aparición de:

Tendencia al pensamiento concreto

1. Utilización práctica: la generalización se establece a partir de fines pragmáticos, del uso instrumental de los objetos.
2. Vinculación situacional: la generalización se establece vinculando los objetos de la tarjeta en una especie de historia del momento presente.

Estas respuestas vinculan los objetos a un nivel concreto de relación a nivel fenoménico externo, no a su esencia.

Tendencia al pensamiento generalizado cuando el sujeto da respuestas del tipo siguiente

1. Generalización esencial: los objetos se vinculan a partir de la relación esencial que los une realmente. Se consideran también el número de errores cometidos. Cuatro errores o más indican fracasos ante la prueba.

Simultaneidad de los signos

Fue elaborada por V.M. Kogan y E. A. Korobkova para investigar las alteraciones de la capacidad de trabajo en adultos, aunque también puede ser utilizada en niños. Es utilizada para la investigación de la conmutación de la atención, así como el ritmo de trabajo intelectual.

Materiales

Se usa un tablero de 49 casillas, en la línea superior están impresas 7 figuras geométricas incoloras (cuadrado, triángulo, círculo, trapecio rombo, hexágono y elipse), en la columna vertical izquierda aparecen 7 colores diferentes. Además son necesarias 49 tarjetas pequeñas de cartón aproximadamente de 4 x 4 cm, en cada una de las cuales están representadas figuras de color y forma que corresponden a la combinación de los dos signos, además un puntero y un cronómetro.

Procedimiento

El paciente debe operar con 49 tarjetas, cada una representa figuras de color y forma que corresponden a la combinación de los dos signos de la tabla. El sujeto recibe las tarjetas siempre barajadas para operar con ellas a través de 4 tareas de creciente nivel de complejidad.

En la primera tarea llamada Conteo Sencillo, el sujeto debe contar en alta voz las tarjetas a la vez que las va situando sobre la mesa. En la segunda tarea o Conteo con agrupamiento por color, el sujeto debe ir contando las tarjetas en alta voz a la vez que va haciendo grupos de acuerdo al color. En la tercera tarea o Conteo con agrupamiento por forma, el sujeto debe ir contando las tarjetas a la vez que va formando grupos por forma sin tener en cuenta el color.

En la cuarta tarea o Conteo con ubicación en el tablero, el sujeto debe ir contando las tarjetas a la vez que las va ubicando en el tablero, donde tiene que tener en cuenta la forma, el color y la posición de la figura en el tablero.

El investigador debe ir cronometrando y protocolizando el tiempo que el sujeto demora en cada decena y el tiempo total de cada tarea, además de los errores y si el sujeto rectifica o no los errores cometidos.

Tabla 3.14. Metodica simultaneidad de los signos

	Círculo	Cuadrado	Triángulo	Trapezio	Hexágono	Rectángulo	Elipse
Azul							
Verde claro							
Rosado							
Amarillo							
Violeta							
Rojo							
Verde oscuro							

Protocolo de metodica simultaneidad de los signos

Nombre _____

Tabla 3.15. Indicadores de tiempo en la nominación de cada decena de tarjetas

Etapas I	10	20	30	40	49
Conteo sencillo					
II Conteo con agrupamiento por color					
III Conteo con agrupamiento por forma					
IV Conteo con ubicación en el tablero					

Para saber si existe un déficit o no de atención hacemos la operación: $V - (II + III)$. Si este número es mayor que 60, se considera un déficit importante de atención.

I _____
II _____
III _____
IV _____

Valoraciones y conclusiones de la prueba

Interpretación

Debe llevarse a cabo un análisis cualitativo de las particularidades de la CTI del sujeto.

Según los autores, la suma del tiempo invertido en el agrupamiento por color y del agrupamiento por forma deberá ser aproximadamente igual al tiempo invertido en el conteo con ubicación de las tarjetas en el tablero.

Si sucede que el tiempo de la cuarta etapa sobrepasa la suma de los tiempos de la segunda y la tercera etapa, esta diferencia se designa con el nombre de déficit. Se considera la existencia de déficit cuando la diferencia es superior a un minuto.

Se consideran alteraciones de la dinámica de la atención cuando el sujeto comete errores pero rápidamente los rectifica.

Indicadores de errores de la distribución de la atención cuando el sujeto no se da cuenta de los errores, el experimentador se los corrige y los sigue cometiendo.

El tránsito del agrupamiento por color al agrupamiento por forma pone de manifiesto las dificultades en la conmutación de la atención.

Es muy importante que el experimentador registre las manifestaciones del sujeto, que observe por ejemplo cómo busca el lugar de la tarjeta en la IV etapa, si solo con la vista o si realiza el movimiento con la mano a lo largo de la fila.

Debe señalarse además cómo reacciona el sujeto ante una dificultad que aparece de improviso. Los errores cometidos deben señalarse por etapa.

Por último, para el análisis de las alteraciones del ritmo psíquico, se observa si el tiempo inicial de la primera decena se duplica en las siguientes. Por ejemplo:

	10	20	30	40	49
I etapa	12 seg.	25 seg.	35 seg.	48 seg.	60 seg.

Concluyendo, se puede decir que hay alteraciones en la capacidad de trabajo en esta metódica si:

1. Hay errores en el agrupamiento por forma, color y forma-color-posición.
2. Ritmo alterado de una decena a otra en toda la tarea: cuando la diferencia del tiempo invertido de una decena a otra es mayor al tiempo invertido en la primera decena más diez segundos.
3. Déficit manifiesto: se calcula restándole al tiempo invertido en la cuarta etapa, la suma del tiempo invertido en la segunda y tercera etapas. Cuando la diferencia es mayor de un minuto indica alteración.

Cálculo de Kraepelin

Destinada a la investigación de los esfuerzos volitivos, la ejercitación y la fatiga de los enfermos, la fluctuación de la atención, la conmutabilidad y la actitud ante la tarea experimental.

Materiales

Se utiliza un modelo que tiene impreso filas con pares de cifras destinadas a operaciones de suma, un cronómetro y lápices.

Procedimiento

Se le indica al sujeto realizar las sumas. El investigador debe limitar el tiempo que dará a la suma de cada fila, y darle la consigna para pasar a la fila subsiguiente. Se le manda a pasar de fila cada quince segundos, hasta llegar a la última serie del modelo.

Interpretación

Conociéndose las sumas correctas e incorrectas se puede valorar su capacidad de trabajo. El gráfico de las sumas totales por cada serie se construye en el mismo modelo donde pueden evidenciarse tipos de curvas.

En dependencia del número de errores cometidos en el cálculo (teniendo en cuenta el principio de la mitad más uno) se puede valorar la dificultad para la realización del cálculo aritmético (aspecto operacional del pensamiento); así

como en relación con el bajo rendimiento en la ejecución (el promedio de rendimiento para valorarse normal oscila entre 11 y 13 operaciones por serie), se puede valorar dificultad en la capacidad de trabajo intelectual.

Las curvas pueden ser:

1. En zigzag, señalando alteración de la dinámica de la atención, memoria y pensamiento.
2. Descendente, por debilitamiento de la atención activa, del ritmo de trabajo intelectual y fatiga.
3. En meseta, expresión de estabilidad del ritmo de trabajo.
4. En meseta baja, señalando desmotivación por la tarea.

Tabla 3.16. Modelo de la metódica cálculo de Kraepelin

3	4	3	4	6	6	2	2	2	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	2	
2	5	9	7	8	3	2	4	7	6	5	7	6	5	3	4	4	7	9	2	4	
3	9	8	5	3	8	4	2	6	7	4	2	4	3	9	7	2	9	7	4	3	5
9	5	4	7	5	4	8	9	8	4	7	9	3	6	8	9	4	8	5	4	9	4
9	5	4	5	2	6	7	7	6	3	7	8	3	2	8	6	9	5	4	7	3	
2	9	8	7	2	4	8	4	5	4	4	9	7	2	5	9	2	2	7	9	4	

Nombre _____

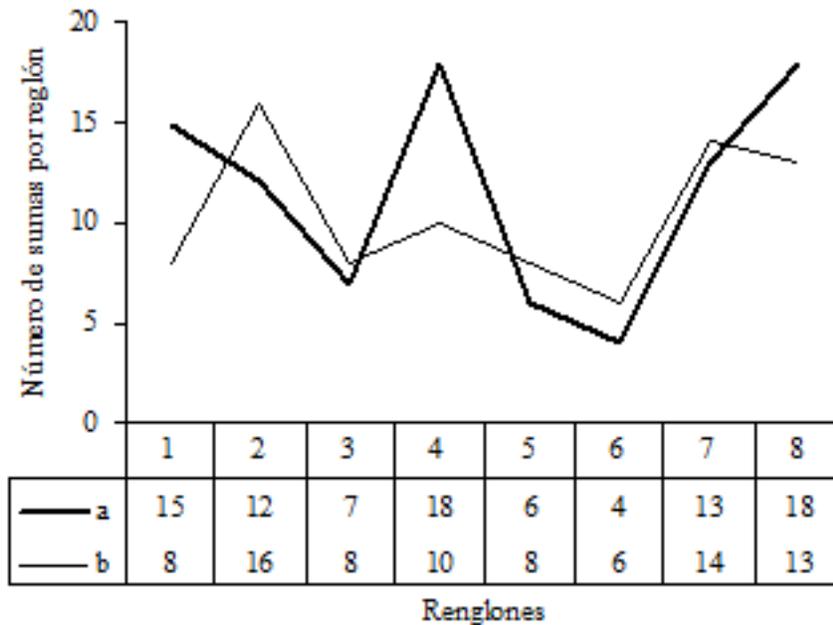
Y así hasta completar 16 renglones para realizar ocho tareas de suma.

Hasta el momento se han expuesto cada una de las metódicas para el análisis de los procesos que integran la CTI. (Fig. 3.5)

Sistema de categorías diagnósticas para la evaluación de las alteraciones de la C.T.I.

¿Cómo hacer el diagnóstico de la CTI si cada una de ellas realiza el análisis de un proceso por separado? Para la integración de esta serie de técnicas se hizo necesario elaborar un Sistema de Categorías Diagnósticas, con los indicadores de alteración por cada una de las metódicas.

Fig. 3.5. Representación gráfica de los resultados de la metódica cálculo de Kraepelin



Esta concepción de la integración de las alteraciones de la CTI con un sistema de metódicas permite no sólo evaluar las alteraciones, sino realizar un estudio longitudinal del sujeto para tener criterio de mejoría o deterioro de la CTI. (Hernández, Tesis Doctoral).

De este modo, al evaluar el proceso en toda su dimensión, se puede conocer la parte afectada y lo que ha quedado indemne para sobre esa base llevar a cabo la psico-corrección. Por ejemplo, un sujeto puede tener problemas con la constancia de la atención pero no con el volumen. Las técnicas tradicionales ofrecen un número, digamos 90 % de atención.

Eso no da la medida de qué aspecto del proceso atencional está alterado. Este sistema sí permite tal distinción.

Con este sistema premiado en Foros de la Ciencia y Técnica ha permitido rehabilitar exitosamente a pacientes operados de corazón con circulación extracorpórea que se suponían que presentaban algún tipo de deterioro.

Categorías diagnósticas

1. Alteración de la memoria inmediata.
2. Alteración de la memoria mediata.
3. Debilitamiento de la atención activa.
4. Alteraciones de la distribución de la atención.
5. Alteraciones operacionales del pensamiento.
6. Alteraciones de la dinámica de los procesos.
7. Fatigabilidad.

Tabla 3.17. Modelo para la integración de las alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual

Alteración	Metódica	Indicadores	I	II	III
Memoria inmediata	Aprendizaje 10 palabras	Menos de 7 palabras Curva en meseta baja			
	Modificación Schulte	Pérdida de secuencia			
Memoria mediata	Reproducción de relatos	Sustitución de personajes y circunstancias Omisiones Necesidad de repetición			
Debilitamiento atención activa	Aprendizaje 10 palabras	Adición de palabras			
	Modificación Schulte	Pérdida de conteo			
	Búsqueda números	Pérdida de conteo			
Distribución de la atención	Modificación Schulte	Invierte color Repite números Suspensión de tareas por fracaso			
	Simultaneidad de los signos	Errores en agrupación sin rectificación			
Alteraciones operacionales del pensamiento	Kraepelin	Error en cálculo			
	Reproducción de relatos	Uniones Confabulaciones Disminución del nivel de generalización			

	Comparación conceptos	Disminución generalización Distorsión del nivel de generalización
	Exclusión objetos	Disminución nivel generalización Distorsión del nivel de generalización
Alteraciones de la dinámica de la atención, memoria y pensamiento	Aprendizaje 10 palabras Kraepelin	Curva zigzag
	Búsqueda números	Oscilaciones en tiempo
	Simultaneidad de signos	Errores con rectificación
	Modificación Schulte	Ritmo alterado Fracaso en la tarea
Fatigabilidad	Aprendizaje 10 palabras Kraepelin	Descenso evidente
	Modificación Schulte	Descenso evidente
	Búsqueda números	Más de 1 min en tarea simple y más de 4 en simultánea Aumento del tiempo después de la 3ra tabla

A este sistema puede añadirse una guía de observación para el caso que permita que se integre el resultado de las pruebas aplicadas con el resultado del individuo en la actividad.

Un ejemplo de guía de observación se ofrece a continuación:

Guía de observación de las alteraciones de la CTI

Nombre _____

Actividad laboral _____

1. Concentra su atención en las actividades

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

2. Su participación es Activa _____ Pasiva _____

3. Comportamiento / Cumplimiento de la disciplina:

Sí_____ No_____ A veces_____

4. Cumplimiento de las normas de trabajo establecido:

Sí_____ No_____ A veces_____

5. Relaciones Interpersonales / Ayuda

Sí_____ No_____ A veces_____

6. Intercambia criterios con los compañeros:

Sí_____ No_____ A veces_____

7. Brinda solución

Sí_____ No_____ A veces_____

8. Capacidad creativa / Tiene conocimientos de la actividad que realiza:

Sí_____ No_____ A veces_____

9. Tiene habilidades en la labor que realiza

Sí_____ No_____ A veces_____

10. Realiza innovaciones en el trabajo

Sí_____ No_____ A veces_____

11. Muestra fatiga durante el trabajo

Sí_____ No_____ A veces_____

12. Al finalizar la jornada de trabajo su rendimiento

Aumenta_____ Disminuye _____ Se mantiene constante _____

Fecha_____ Técnico_____

También es importante contar con un reporte de quejas subjetivas de la CTI, de modo que el propio sujeto pueda emitir un criterio autovalorativo del estado de los procesos cognoscitivos y de sus vivencias subjetivas. Para esto se ha elaborado el siguiente modelo de reporte.

Reporte de quejas subjetivas de la CTI

1. ¿Ha notado en los últimos meses alteraciones de la memoria?

Sí_____ No_____

2. Cuando utiliza algún recurso que le ayude a recordar, ¿le resulta efectivo?
 Sí _____ No _____
3. Cuando tiene que realizar una actividad ¿le cuesta trabajo concentrarse?
 Sí _____ No _____
4. Al realizar alguna actividad, ¿le cuesta trabajo mantener la atención hasta el final?
 Sí _____ No _____
5. Cuando realiza algún esfuerzo mental duradero ¿aparece sensación de cansancio?
 Sí _____ No _____
6. ¿Ha notado dificultades para realizar varias cosas simultáneamente?
 Sí _____ No _____
7. ¿Ha notado dificultades en el proceso de razonamiento?
 Sí _____ No _____
8. ¿Le cuesta trabajo distinguir entre las cuestiones esenciales y las que no lo son?
 Sí _____ No _____
9. ¿Ha observado usted que piensa con más lentitud que antes?
 Sí _____ No _____
10. ¿Le cuesta trabajo mantener el mismo ritmo en una actividad intelectual cualquiera?
 Sí _____ No _____
11. ¿Ha notado usted otros cambios en sus procesos intelectivos?
 ¿Cuáles? _____

Batería de pruebas para la evaluación de los estados emocionales

A continuación se explicarán las pruebas utilizadas para evaluar los estados emocionales.

Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado

Esta técnica fue concebida por Charles Spielberger. En Cuba ha sido modificada por Bárbara Castellanos, Marta Martín Carbonell y Jorge Grau Aba-

lo. Está conformada por dos escalas independientes para la exploración de la ansiedad reactiva (estado) y la ansiedad como rasgo de la personalidad (peculiar). La evaluación de la ansiedad reactiva se realiza mediante la calificación de las respuestas a 20 proposiciones, 10 de ellas caracterizan la tensión, inquietud, preocupación y 10 la carencia de estos estados. Se describe el estado momentáneo en una escala de cuatro puntos: 1 equivale a No, 2 a Un Poco, 3 a Bastante, 4 a Mucho.

La otra escala también tiene 20 ítems o proposiciones que reflejan cómo el sujeto se siente generalmente, también en una escala de 4 puntos, donde 1 equivale a Nunca, 2 a Algunas veces, 3 a Frecuentemente y 4 a Casi siempre.

Luego se califican ambas escalas para obtener una evaluación final de Ansiedad Alta, Media o Baja, tanto como rasgo o como estado.

IDARE. Inventario de autovaloración

(Variante de Charles Spielberger, A. Martínez Urrutia, F. González Reigosa, L. Natalicio R. Díaz Guerrero, modificada por J. Grau, B. Castellanos y M. Martín).

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones

Se le debe explicar al paciente así: «Lea cada frase y marque con un círculo el número que indique cómo se siente en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora mismo.»

Tabla 3.18

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	1	2	3	4
2. Me siento seguro.	1	2	3	4
3. Estoy tenso.	1	2	3	4
4. Estoy contrariado.	1	2	3	4
5. Me siento a gusto.	1	2	3	4
6. Me siento alterado.	1	2	3	4
7. Estoy preocupado	1	2	3	4

actualmente por algún posible contratiempo				
8. Me siento descansado.	1	2	3	4
9. Me siento ansioso.	1	2	3	4
10. Me siento cómodo.	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo.	1	2	3	4
12. Me siento nervioso.	1	2	3	4
13. Estoy agitado.	1	2	3	4
14. Me siento «a punto de explotar».	1	2	3	4
15. Me siento relajado.	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho.	1	2	3	4
17. Estoy preocupado.	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido.	1	2	3	4
19. Me siento alegre.	1	2	3	4
20. Me siento bien.	1	2	3	4

IDARE. Inventario de autovaloración

Instrucciones

Se le debe explicar al paciente así: «Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien.	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente.	1	2	3	4
26. Me siento descansado.	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	1	2	3	4

28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz.	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho.	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo.	1	2	3	4
33. Me siento seguro.	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad.	1	2	3	4
35. Me siento melancólico.	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho.	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente.	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos, me pongo tenso y alterado.	1	2	3	4

IDARE. Hojas de calificación

Subescalas de ansiedad como estado

Ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18

Ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20

(___) + 50 ___

Nivel de Ansiedad _____ Bajo (30)

_____ Medio (30 – 44)

_____ Alto (45)

Subescalas de Ansiedad Peculiar

Ítems 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40

Ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36, y 39

(___) + 35 ___

Nivel de Ansiedad _____ Bajo (30)

_____ Medio (30 – 44)

_____ Alto (45)

Examinador _____ Fecha _____

Escala de Ansiedad Patológica (EAP)

Esta técnica fue elaborada y aprobada por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Cuba (J. Grau, D. Portero, A. Pérez Yera, 1973, S. Colunga 1979). Explora la Ansiedad Patológica, su grado y nivel.

Consta de 76 ítems: 26 revelan ansiedad patológica, 42 sirven de relleno y 8 conforman una escala de sinceridad. El paciente solo marca Sí o No en un protocolo de respuestas conformado para tal efecto.

Para la calificación se utiliza un patrón de respuestas luego de lo cual el paciente o sujeto queda ubicado en una de las tres categorías siguientes: de 0 a 18 puntos, Ansiedad patológica Baja; de 19 a 24, ansiedad patológica Moderada y de 25 a 26, Ansiedad Patológica Alta.

Con el fin de poder seguir evolutivamente el estado emocional de un sujeto o paciente se crearon tres formas paralelas, de modo que se pueda aplicar la forma A, después de un tratamiento la forma B, y posteriormente la forma C.

E. A. P.: Forma A

Instrucciones

Este cuestionario consta de una serie de preguntas que pueden tener un significado para usted. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, sólo se trata

de una prueba para conocer sus sentimientos, preferencias, consideraciones, costumbres, etc., por lo que usted debe dar contestación a las preguntas con la mayor sinceridad posible, siguiendo las instrucciones que a continuación le damos. De esta forma se podrán obtener resultados exactos y útiles para usted.

Indicaciones

1. A la derecha de cada pregunta usted encontrará dos casillas, una encabezada con la palabra Sí y otra con la palabra No, de la siguiente forma:

Sí _____ No _____

2. Después de haber leído la pregunta correctamente, ponga una X en la casilla correspondiente a la pregunta escogida por usted. Si su respuesta es sí marcará de esta forma:

Sí X _____ No _____

Si su respuesta fuera negativa, marcará así:

Sí _____ No X _____

3. Debe contestar siempre Sí o No. Nunca los dos a la vez. Es necesario además que responda todas las preguntas de este cuestionario.
4. Lea con cuidado cada pregunta y piense bien su respuesta antes de marcar la casilla. En caso de equivocación puede borrar y entonces marcar la que usted desee.

Si ha entendido bien las instrucciones puede Ud. comenzar a contestar el cuestionario. Cerciórese finalmente de que ha respondido todas las preguntas sin dejar alguna.

Cuestionario

Conteste Sí o No a las siguientes preguntas. Indique con una X su respuesta.

Sí No

1. ¿Le gustaría ser cantante?.....__ __
2. ¿Le gustaba la escuela?.....__ __
3. ¿Se siente feliz casi siempre?.....__ __
4. ¿Siempre han sido sus hermanos y usted buenos amigos?.....__ __

5. Últimamente cuando se pone molesto, ¿siente Ud. una opresión en el pecho muy molesta?.....__ __
6. ¿Le agrada estar en compañía de un grupo de amigos?__ __
7. ¿Acostumbra a leer los periódicos?.....__ __
8. ¿Le sudan las manos con más frecuencia que antes?.....__ __
9. ¿A menudo se decepciona de la gente?.....__ __
10. ¿Tiene convicciones políticas muy bien definidas ?.....__ __
11. ¿Es muy cuidadoso (a) con respecto a su modo de vestir?.....__ __
12. ¿Ha notado, hace tiempo que le sudan las manos sin saber por qué?.....__ __
13. ¿Le gusta que los demás piensen lo mejor de usted?.....__ __
14. ¿Se pone bravo fácilmente?.....__ __
15. ¿Se siente incómodo dentro de la casa?.....__ __
16. ¿Prefiere ganar que perder en el juego?.....__ __
17. ¿Le gusta confeccionar flores y plantas decorativas?.....__ __
18. ¿Ha sentido miedo alguna que otra vez?.....__ __
19. ¿Le falta confianza en sí mismo?.....__ __
20. ¿Es usted una persona rencorosa?.....__ __
21. Se le dificulta hablar con alguien a quien acaba de conocer?.....__ __
22. ¿Viene notando que desde no hace poco que trabaja o se desenvuelve habitualmente sometido a una gran tensión interna?.....__ __
23. ¿Le gustaba jugar solo la mayoría de las veces cuando era niño?.....__ __
24. ¿Siente temor últimamente sin saber por qué?.....__ __
25. ¿Espera que suceda algo durante todo el día sin saber qué pueda ser?.....__ __
26. ¿Siente el peligro de algo que va a suceder sin saber cuándo ni por qué?.....__ __
27. ¿Se siente melancólico muy frecuentemente?.....__ __
28. ¿Siente a veces que no puede soportar la intranquilidad y le entran deseos de caminar sin parar durante mucho tiempo?.....__ __
29. Desde hace un tiempo, ¿piensa cuando se acuesta cosas terribles que no le dejan dormir?.....__ __
30. ¿Se le nota ya su nerviosismo hasta en la voz y en los gestos?.....__ __

31. ¿Siente mucho miedo ante cualquier situación nueva?__ __
32. ¿Le caen bien la mayoría de las personas que usted conoce?.....__ __
33. ¿A veces le resulta ya imposible controlar sus nervios y comienza a llorar?.....__ __
34. ¿Siente últimamente algo dentro de sí, sin poderlo definir, que no le deja tranquilo?.....__ __
35. ¿Le gustaría visitar los lugares donde no había ido antes?.....__ __
36. ¿Le pone nervioso tener que esperar hasta un punto que le parece insoportable?.....__ __
37. ¿Se está sintiendo asaltado por pensamientos que lo intranquilizan y lo sobresaltan sin poder explicarse las causas?.....__ __
38. ¿Ha abusado de las bebidas alcohólicas?.....__ __
39. ¿En ocasiones ha llegado tarde a la escuela o al trabajo?.....__ __
40. ¿Le gustan los niños?.....__ __
41. ¿Casi nunca sueña por las noches?.....__ __
42. ¿A veces se enfada?.....__ __
43. ¿Lo que más le gusta del cine son las escenas de amor?.....__ __
44. ¿Le gusta burlarse de las gentes?.....__ __
45. ¿Le disgusta la suciedad?.....__ __
46. ¿En ocasiones ha dejado para mañana lo que podría hacer hoy?.....__ __
47. ¿Ha perdido, desde hace algún tiempo, horas de sueño a causa de sus preocupaciones?.....__ __
48. ¿Le parece sin esperanzas el futuro?.....__ __
49. ¿Siente, frecuentemente, como si algo no lo dejara respirar?.....__ __
50. ¿Cuándo despierta por las noches debido a las preocupaciones, tiene dificultad en dormirse de nuevo?.....__ __
51. ¿Se siente cansado (a) la mayor parte del tiempo?.....__ __
52. ¿Le gusta leer artículos históricos?.....__ __
53. ¿Recuerda haberse fingido enfermo (a) alguna vez para librarse de algo que no deseaba?.....__ __
54. ¿Se considera muy susceptible?.....__ __
55. ¿Piensa que sus sufrimientos pueden llevarlo a enloquecer?.....__ __
56. Desde hace algún tiempo, cuando tiene que enfrentar alguna labor difícil tiende a temblar o a sudar?.....__ __
57. ¿Se siente intensamente intranquilo, como si quisiera algo, pero que no sabe qué es?.....__ __

58. ¿Se siente ansioso la mayor parte del tiempo?__ __
59. ¿A veces se siente inútil?.....__ __
60. ¿Se siente tan inquieto en los últimos tiempos que quisiera vo-
lar?.....__ __
61. ¿Se siente aburrido (a) la mayor parte del tiempo?.....__ __
62. ¿Tiene momentos en que pierde la noción total de lo que está ha-
ciendo?.....__ __
63. ¿Hay momentos en que escucha voces sin saber de donde vie-
nen?.....__ __
64. ¿Critica a las gentes algunas veces?.....__ __
65. ¿Tiene pesadillas terribles que lo hacen sentirse nervioso al otro
día?.....__ __
66. ¿Siempre fue su deseo obedecer las órdenes que le dieron sus pa-
dres?.....__ __
67. ¿Se siente mal cuando hieren su orgullo?.....__ __
68. ¿Le entra miedo cuando mira hacia abajo desde un lugar
alto?.....__ __
69. ¿Le costaba trabajo aprender en la escuela?.....__ __
70. ¿Le gustaría trabajar de bibliotecario (a)?.....__ __
71. ¿No puede explicarse ya lo que desea sin poder estar tranquilo en nin-
gún lugar?.....__ __
72. ¿Cree que la mujer debería tener igual libertad sexual que el
hombre?__ __
73. ¿Le gustan las tareas domésticas?.....__ __
74. ¿Gasta actualmente más energía preocupándose por algo que tiene que
hacer que la energía que gastan otros, o que debería gastar ud. mismo en
hacerlo?.....__ __
75. ¿A veces se siente lleno de energía?.....__ __
76. ¿Le gusta o le ha gustado mucho pescar?.....__ __

E. A. P. Forma B

Instrucciones

Este cuestionario consta de una serie de preguntas que pueden tener un significado para usted. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, sólo se trata de una prueba para conocer sus sentimientos, preferencias, consideraciones, costumbres, etc., por lo que usted debe dar contestación a las preguntas

con la mayor sinceridad posible, siguiendo las instrucciones que a continuación le damos. De esta forma se podrán obtener resultados exactos y útiles para usted.

Indicaciones

1. A la derecha de cada pregunta usted encontrará dos casillas, una encabezada con la palabra Sí y otra con la palabra No, de la siguiente forma:

Sí _____ No _____

2. Después de haber leído la pregunta correctamente, ponga una X en la casilla correspondiente a la pregunta escogida por usted. Si su respuesta es sí marcaría de esta forma:

Sí X _____ No _____

Si su respuesta fuera negativa, marcaría así:

Sí _____ No X _____

3. Debe contestar siempre Sí o No, nunca los dos a la vez. Es necesario además que responda todas las preguntas de este cuestionario.
4. Lea con cuidado cada pregunta y piense bien su respuesta antes de marcar la casilla. En caso de equivocación puede borrar y entonces marcar la que usted desee.

Si ha entendido bien las instrucciones puede Ud. comenzar a contestar el cuestionario. Cerciórese finalmente de que ha respondido todas las preguntas sin dejar alguna.

Cuestionario

Conteste Sí o No a las siguientes preguntas. Indique con una X su respuesta.

SÍ NO

1. ¿Prefiere los libros a los amigos?__ __
2. ¿Simpatiza con la gente dominante?.....__ __
3. ¿Le divierten las actividades bailables?.....__ __
4. ¿Le molesta que los demás sean indisciplinados.....__ __
5. ¿ Prefiere quedarse callado antes de pedir ayuda a una persona que le cae mal?.....__ __
6. ¿Le gusta ser admirado por los demás?.....__ __

7. ¿Le agrada llamar la atención de vez en cuando?.....__ __
8. ¿Lo que más le gusta del periódico es la sección de deportes? __ __
9. Últimamente, cuando se pone nervioso, ¿siente usted una opresión en el pecho muy molesta?.....__ __
10. ¿Acostumbra a hablar mal de los demás?.....__ __
11. ¿Cree que es difícil encontrar un amigo verdadero?.....__ __
12. ¿Le sudan las manos con más frecuencia que antes?.....__ __
13. ¿Se hace el desentendido algunas veces para no saludar a aquellas personas que le desagradan?.....__ __
14. ¿Ha notado hace tiempo que le sudan las manos sin saber por qué?.....__ __
15. ¿Viene notando desde no hace poco que trabaja o se desenvuelve habitualmente sometido a una gran tensión?.....__ __
16. ¿Le gusta destacarse por su laboriosidad?.....__ __
17. ¿Le gustan las revistas acerca de temas científicos?.....__ __
18. ¿Se ha mostrado hipócrita en alguna ocasión, forzado por las circunstancias?.....__ __
19. ¿Se vio comprometido en pequeños robos en cierta época de su niñez?.....__ __
20. ¿Siente temor últimamente sin saber por qué?.....__ __
21. ¿Espera que le suceda algo durante todo el día sin saber qué puede ser?.....__ __
22. ¿Siente el peligro de algo que va a suceder sin saber cuando ni donde?.....__ __
23. ¿Le disgusta a su familia el trabajo que ha elegido o piensa elegir?.....__ __
24. ¿Le agrada tratarse con viejos compañeros de colegio?.....__ __
26. ¿Le agradan las películas sobre temas políticos?.....__ __
27. ¿Cree que están conspirando contra usted?.....__ __
28. ¿Prefiere las obras cómicas a las trágicas en el teatro?.....__ __
29. ¿Siente a veces que no puede soportar la intranquilidad y le entran deseos de caminar sin parar durante mucho tiempo?.....__ __
30. Desde hace un tiempo, ¿piensa cuando se acuesta cosas terribles que no lo dejan dormir?.....__ __
31. ¿Se le nota ya su nerviosismo hasta en la voz y en los gestos?.....__ __

32. ¿Considera que todas las personas obran por puro interés?.....__ __
33. ¿Siente mucho miedo desde hace algún tiempo, ante cualquier situación nueva?.....__ __
34. ¿Le gusta cocinar?.....__ __
35. ¿Le molesta que alguien lo interrumpa mientras trabaja en algo importante?.....__ __
36. ¿Le entusiasman los viajes turísticos?.....__ __
37. ¿A veces le resulta ya imposible controlar sus nervios y comienza a llorar?.....__ __
38. ¿Escribe el diario de su vida?.....__ __
39. ¿Hay veces que no se conforma con lo que tiene?.....__ __
40. ¿Siente últimamente algo dentro de sí, sin poder definir, que no le deja tranquilo?.....__ __
41. ¿Prefiere la literatura extranjera a la cubana?.....__ __
42. ¿Son excelentes todas las personas que conoce?.....__ __
43. Cuando se siente aburrido, ¿prefiere contar?.....__ __
44. ¿Le pone nervioso tener que esperar hasta un punto que actualmente le parece insoportable?.....__ __
45. ¿Ve en la lectura un medio de entretenimiento?.....__ __
46. ¿Ha soñado despierto alguna vez?.....__ __
47. ¿Se está sintiendo asaltado por pensamientos que lo intranquilizan y lo sobresaltan y no logra explicarse las causas?.....__ __
48. ¿Le molesta ver sufrir a los animales?.....__ __
49. ¿Ha perdido, desde algún tiempo horas de sueño a causa de sus preocupaciones?.....__ __
50. ¿Le gusta mucho cazar?.....__ __
51. ¿Es usted una persona cuidadosa de su aspecto personal?....__ __
52. ¿Siente frecuentemente como si algo no lo dejara respirar?...__ __
53. ¿Le caen bien todas las personas que conoce?.....__ __
54. ¿Le gusta cumplir cabalmente sus responsabilidades?.....__ __
55. Cuando despierta por la noche debido a las preocupaciones,
¿Tiene dificultad para dormirse de nuevo?__ __
56. Cuando se pone bravo, ¿se le pasa enseguida?.....__ __
57. ¿Se considera bastante independiente de la tutela familiar?__ __

58. ¿Piensa que sus sufrimientos pueden llevarlo a enloquecer? ___ ___
59. Desde hace algún tiempo, cuando tiene que enfrentar una labor difícil ¿tiende a temblar o a sudar?.....___ ___
60. ¿Se siente intensamente intranquilo, como si quisiera algo, pero que no sabe que es?.....___ ___
61. ¿Le agrada ser amable con las personas que acaba de conocer?___ ___
62. ¿Le gusta gastar bromas con sus amigos más allegados?.....___ ___
63. ¿Le gusta divertirse a costa de la gente?.....___ ___
64. ¿Ha hablado de temas sexuales en alguna ocasión?.....___ ___
65. ¿Se siente ansioso (a) la mayor parte del tiempo?.....___ ___
66. ¿Se siente tan inquieto en los últimos tiempos que quisiera desaparecer?.....___ ___
67. ¿Siempre come con la misma corrección en su casa que cuando es invitado a algún lugar?.....___ ___
68. ¿Toma gran cantidad de agua diariamente?.....___ ___
69. ¿Tiene pesadillas terribles que lo hacen sentirse nervioso al día siguiente?.....___ ___
70. ¿Le gustaban los cuentos y aventuras infantiles?.....___ ___
71. ¿Alguna vez en su vida le ha gustado jugar con muñecas?....___ ___
72. ¿No puede explicarse ya lo que desea, sin poder estar tranquilo en ningún lugar.....___ ___
73. ¿Cree que cuando las personas se encuentran en un verdadero aprieto, deben inventar un cuento o excusa para salir del paso?.....___ ___
74. ¿Se ha enamorado más de una vez?.....___ ___
75. ¿Gasta actualmente más energía preocupándose por algo que tiene que hacer que la energía que gastan otros o que gastaría usted mismo en hacerlo?.....___ ___
-
76. ¿Ciertas personas lo hacen reírse a carcajadas?.....___ ___

E. A. P. Forma C

Instrucciones

Este cuestionario consta de una serie de preguntas que pueden tener un significado para usted. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, sólo se trata de una prueba para conocer sus sentimientos, preferencias, consideracio-

nes, costumbres, etc., por lo que usted debe dar contestación a las preguntas con la mayor sinceridad posible, siguiendo las instrucciones que a continuación le damos. De esta forma se podrán obtener resultados exactos y útiles para usted.

Indicaciones

1. A la derecha de cada pregunta usted encontrará dos casillas, una encabezada con la palabra Sí y otra con la palabra No, de la siguiente forma:

Sí _____ No _____

2. Después de haber leído la pregunta correctamente, ponga una X en la casilla correspondiente a la pregunta escogida por usted. Si su respuesta es sí marcaría de esta forma:

Sí X _____ No _____

Si su respuesta fuera negativa, marcaría así:

Sí _____ No X _____

3. Debe contestar siempre Sí o No, nunca los dos a la vez. Es necesario además que responda todas las preguntas de este cuestionario.

4. Lea con cuidado cada pregunta y piense bien su respuesta antes de marcar la casilla. En caso de equivocación puede borrar y entonces marcar la que usted desee.

Si ha entendido bien las instrucciones puede Ud. comenzar a contestar el cuestionario. Cerciórese finalmente de que ha respondido todas las preguntas sin dejar alguna.

Cuestionario

Conteste sí o no a las siguientes preguntas. Indique con una X su respuesta.

SÍ NO

1. ¿Prefiere la lectura a los deportes?.....__ __
2. ¿Últimamente cuando se pone nervioso (a), siente usted una opresión en el pecho muy molesta?.....__ __
3. ¿Le sudan las manos con más frecuencia que antes?.....__ __
4. ¿Le imponían sus padres la obediencia cuando pequeño (a)?... __ __
5. ¿Recuerda generalmente los títulos de las películas que le han gustado mucho?.....__ __

6. ¿Ha notado hace tiempo que le sudan las manos sin saber por qué?.....__ __
7. ¿Viene notando que desde no hace poco que trabaja o se desenvuelve habitualmente sometido a una gran tensión interna?.....__ __
8. ¿Nota olores raros de vez en cuando?.....__ __
9. ¿Le sorprende que la gente se comporta a menudo más amistosa de lo que pudiera esperarse?.....__ __
10. ¿Siente temor últimamente sin saber por qué?.....__ __
11. ¿Espera que suceda algo durante todo el día sin saber qué pueda ser?.....__ __
12. ¿Le tiene miedo a los perros?__ __
13. ¿Dice siempre la verdad?.....__ __
14. ¿Le gusta el color azul?.....__ __
15. ¿Cree que es correcto y elegante que las mujeres fumen?.....__ __
16. ¿Son los trucos de los magos lo que prefiere en un circo?.....__ __
17. ¿Prefiere trabajar con hombres?.....__ __
18. ¿Lee diariamente los editoriales de todos los periódicos?.....__ __
19. ¿Siente el peligro de algo que va a suceder sin saber cuándo, ni por qué?.....__ __
20. ¿Le gusta memorizar los números de las chapas de los automóviles?.....__ __
21. ¿Siente a veces que no puede soportar la intranquilidad y le entran deseos de caminar sin parar durante mucho tiempo?.....__ __
22. ¿Desde hace un tiempo, piensa cuando se acuesta cosas terribles que no le dejan dormir?.....__ __
23. ¿Se le nota ya su nerviosismo hasta en la voz y en los gestos? __ __
24. ¿Le gusta presenciar carreras de motos?.....__ __
25. ¿Le gustan las novelas de aventuras?.....__ __
26. Siente mucho miedo, desde algún tiempo, ante cualquier situación nueva?.....__ __
27. ¿A veces le resulta ya imposible controlar sus nervios y comienza a llorar?.....__ __
28. ¿Cree que es bueno ser sincero?.....__ __
29. ¿Le agrada coleccionar sellos?.....__ __
30. ¿Le gustaría cazar leones en África?.....__ __
31. ¿Siente últimamente algo dentro de sí, sin poderlo definir, que no lo deja tranquilo?.....__ __

32. ¿Le pone nervioso (a) tener que esperar, hasta un punto que actualmente le parece imposible?.....__ __
33. ¿Se le nota ya su nerviosismo hasta en la voz y en los gestos?__ __
34. ¿Ha perdido, desde hace algún tiempo, horas de sueño a causa de sus preocupaciones?.....__ __
35. ¿Le gusta arreglar las cerraduras de las puertas?.....__ __
36. ¿Siente frecuentemente como si algo no lo dejara respirar?....__ __
37. ¿Le agradaría dedicarse a hacer dibujos para niños?.....__ __
38. ¿Le agrada montar a caballo?.....__ __
39. ¿A veces se encoleriza?.....__ __
40. ¿Siente admiración por su mamá?.....__ __
41. ¿Prefiere las novelas policíacas a las románticas?.....__ __
42. ¿Chismea un poquito de vez en cuando?.....__ __
43. ¿Le gusta dormir mientras cae la lluvia?.....__ __
44. ¿Cuándo despierta por la noche, debido a preocupaciones, tiene dificultad en dormirse de nuevo?.....__ __
45. ¿Piensa que sus sufrimientos pueden llevarlo a enloquecer?....__ __
46. ¿A veces, cuando no se siente bien se pone de mal humor?.....__ __
47. ¿Desde hace algún tiempo, cuando tiene que enfrentar alguna labor difícil tiende a temblar o a sudar?.....__ __
48. ¿Habitualmente se levanta temprano por las mañanas?.....__ __
49. ¿Le gustaría ser poeta?.....__ __
50. ¿Cree que a veces los niños merecen ser severamente castigados?.....__ __
51. ¿Es partidario (a) de no admitirle perretas a los niños de la familia?.....__ __
52. ¿Se siente intensamente intranquilo, como si quisiera algo, pero que no sabe qué es?.....__ __
53. ¿Si pudiera colocarse en un cine sin pagar, estando seguro (a) de que nadie lo (a) vería, lo haría probablemente?.....__ __
54. ¿Se siente ansioso la mayor parte del tiempo?.....__ __
55. ¿Le agradan los jardines bien cuidados?.....__ __
56. ¿Se siente tan inquieto en los últimos tiempos que quisiera volar?__ __
57. ¿Cree que las habitaciones deben pintarse con colores claros?.....__ __
58. ¿Le entretiene la televisión?.....__ __

59. ¿Le gustaría poder cumplir una misión internacionalista?.....__ __
60. ¿Tiene por afición coleccionar sellos?.....__ __
61. ¿Cree que el ajedrez es verdaderamente un deporte más?.....__ __
62. ¿Tiene pesadillas terribles que lo hacen sentirse nervioso al día siguiente?.....__ __
63. ¿Ha sentido compasión por algún niño que ha sido abandonado por sus padres?.....__ __
64. ¿Se ha reído alguna que otra vez con un chiste picante?.....__ __
65. ¿No puede explicarse ya lo que desea sin poder estar tranquilo en ningún lugar?.....__ __
66. ¿Practica la natación?.....__ __
67. ¿A veces elige en las asambleas a personas a quienes conoce muy poco?
68. ¿Le gustaría (o gusta) vivir en una casa de altos?.....__ __
69. ¿Admira la modestia como cualidad de las personas?.....__ __
70. ¿Se dedica a coleccionar monedas?.....__ __
71. ¿Es el tenis de mesa su deporte favorito?.....__ __
72. ¿Es amante de la música clásica?.....__ __
73. ¿Considera la hipocresía como una cualidad humana detestable?__ __
74. ¿Gasta actualmente más energía preocupándose por algo que tiene que hacer, que la energía que gastan otros o que gastaría usted mismo (a) en hacerlo?.....__ __
75. ¿Encuentra interés particular en poseer pececitos de diversas especies?.....__ __
76. ¿Celebra los éxitos que han obtenido sus conocidos?.....__ __

Inventario de depresión de Beck

Este inventario, tan utilizado en la práctica clínico asistencial en Cuba, fue creado por Beck, Ward, Mendelson y Erbanght, a partir de un estudio realizado con 300 pacientes de una clínica psiquiátrica universitaria entre 1964 y 1966.

Permite valorar el estado depresivo del sujeto y sus diferentes manifestaciones mediante el análisis de 21 ítems destinados a evaluar la manifestación de depresión y su profundidad.

Consta de dos protocolos, una con las preguntas correspondientes a la prueba y otro donde se recogen las respuestas dadas por el sujeto.

Al sujeto se le indica que debe marcar con una X la letra que se corresponde con la proposición que identifica su estado anímico, de manera que exprese sus sentimientos, ideas, su valoración emocional.

Debe marcar una sola proposición de cada grupo correspondiente a cada letra.

Instrucciones

Marque con una X en la hoja de respuestas la frase correspondiente que expresa sus verdaderos sentimientos, ideas o estados de ánimo. Debe marcarse una sola del grupo correspondiente a cada número.

1.

- A__ No estoy triste.
- B__ Siento desgano de vivir, o bien, estoy triste.
- C__ Siento siempre desgano de vivir, o bien, estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- D__ Estoy triste y me siento tan desgraciado (a) que sufro mucho.
- E__ Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2.

- A__ No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- B__ Creo que no debo esperar ya nada.
- C__ Creo que jamás me libraré de mis penas y sufrimientos.
- D__ Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejoraré mi situación.

3.

- A__ No tengo la sensación de haber fracasado.
- B__ Tengo la sensación de haber fracasado más que las otras personas.
- C__ Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- D__ Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- E__ Creo que he fracasado por completo.

4.

- A__ No estoy particularmente descontento.
- B__ Casi siempre me siento aburrido.
- C__ No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- D__ No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.
- E__ Estoy descontento del todo.

5.

- A__ No me siento particularmente culpable.
- B__ Siento, muchas veces, que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- C__ Me siento culpable.
- D__ Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- E__ Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.

6.

- A__ No tengo la impresión de merecer un castigo.
- B__ Creo que me podría pasar algo malo.
- C__ Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.

7.

- A__ No estoy descontento de mí mismo.
- B__ Estoy descontento de mí mismo.
- C__ No me gusta a mí mismo.
- D__ No me puedo soportar a mí mismo.
- E__ Me odio.

8.

- A__ No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- B__ Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- C__ Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- D__ Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9.

- A__ No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
- B__ A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré.
- C__ Pienso que sería preferible que me muriese .
- D__ He planeado como podría suicidarme.
- E__ Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
- F__ Si pudiera me suicidaría.

10.

- A__ No lloro más de lo corriente.
- B__ Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
- C__ Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
- D__ Ahora ya no puedo llorar aunque quisiera, como lo hacía antes.

11.

- A__ No me siento más irritado que antes.
- B__ Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
- C__ Estoy constantemente irritado.
- D__ Ahora no me irritan las cosas con las que antes me irritaba.

12.

- A__ No he perdido el interés por los demás.
- B__ Me intereso por los demás menos que antes.
- C__ He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
- D__ Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13.

- A__ Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- B__ Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- C__ Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- D__ Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14.

- A__ No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- B__ Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.
- C__ Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
- D__ Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15.

- A__ Trabajo con la misma facilidad que siempre.
- B__ Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- C__ Ya no trabajo tan bien como antes.
- D__ Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- E__ Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo, por pequeño que sea.

16.

- A__ Duermo tan bien como de costumbre.
- B__ Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- C__ Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- D__ Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de 5 h.

17.
A__ No me canso como de costumbre.
B__ Me canso más pronto que antes.
C__ Cualquier cosa que haga me cansa.
D__ Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer algo, por poco esfuerzo que me cueste.
18.
A__ Mi apetito no es peor que de costumbre.
B__ No tengo apetito como antes.
C__ Tengo mucho menos apetito que antes.
D__ No tengo en absoluto ningún apetito.
19.
A__ No he perdido peso y si lo he perdido es desde hace poco tiempo.
B__ He perdido más de dos kilos de peso.
C__ He perdido más de cuatro kilos de peso.
D__ He perdido más de Siete kilos de peso.
20.
A__ Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
B__ Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
C__ Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
D__ No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.
21.
A__ No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
B__ Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
C__ Me intereso ahora mucho menos que antes por lo que se refiere al sexo.
D__ He perdido todo interés por las cosas del sexo.

Iventario de depresión de Beck. Hoja de respuestas

Datos de identidad

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Raza _____ Estado civil _____ Natural _____

Escolaridad _____ Ocupación _____

Organización _____ Ingreso familiar _____

Miembros_____ Percápita_____ Hijos_____

Dirección_____ Fecha_____

Tabla 3.19

Calificación	Gráfico				Estado ánimo
	0	1	2	3	
1					Pesimismo
2					Fracaso
3					Descontento
4					Sentimiento culpa
5					Necesidad castigo
6					Odio a sí mismo
7					Autoacusaciones
8					Impulsos suicidas
9					Llanto
10					Irritabilidad
11					Aislamiento social
12					Incapacidad decisión
13					Imagen corporal
14					Incapacidad trabajar
15					Trastornos del sueño
16					Fatigabilidad
17					Pérdida del apetito
18					Pérdida de peso
19					Hipocondría
20					Pérdida de la libido
Calificación total	suma		1 al	21	
Diagnóstico					
Examinador:					

Tabla 3.20. Respuestas

	A	B	C	D	E	F
1	A	B	C	D	E	F
2	A	B	C	D		
3	A	B	C	D	E	
4	A	B	C	D	E	
5	A	B	C	D	E	
6	A	B	C	D	E	

7	A	B	C	D	E	
8	A	B	C	D		
9	A	B	C	D	E	F
10	A	B	C	D		
11	A	B	C	D		
12	A	B	C	D		
13	A	B	C	D		
14	A	B	C	D		
15	A	B	C	D	E	
16	A	B	C	D		
17	A	B	C	D		
18	A	B	C	D		
19	A	B	C	D		
20	A	B	C	D		
21	A	B	C	D		

Calificación

En el protocolo donde se recogen las respuestas podemos encontrar veintidós letras donde se reflejan las diferentes manifestaciones del estado depresivo y cada letra tiene un valor en su grupo correspondiente. Estos valores se suman y se llevan a un total que se busca según los puntos obtenidos en su tabla de valores medios.

De esta forma se encuentra una medida para la profundidad de la depresión, pues en esencia este inventario se dirige a los juicios personales de cada cual sobre sí mismo. Los resultados o puntuaciones correspondientes a cada ítem se pueden representar en un diagrama que permite obtener el perfil de las características más sobresalientes de la depresión.

Ninguna depresión_____10,9

Depresión leve_____18,7

Depresión moderada_____25,4

Depresión grave_____30,0

Prueba de Williams para evaluar la hostilidad

Como parte de esta prueba se realizan las preguntas siguientes:

1. ¿Se impacienta cuando el ascensor tarda mucho en llegar?
2. ¿Se ha disgustado tanto con alguien como para pegarle o darle un empujón?

3. ¿Vuelve a enojarse cuando recuerda incidentes molestos?
4. ¿En la cola de la carga rápida del supermercado, cuenta la mercadería de los demás para saber si llevan más de 10 artículos?
5. ¿Si el peluquero le corta demasiado pelo, se molesta por varios días?
6. ¿Si al cobrarle le dan mal el cambio, cree que le toman el pelo?
7. ¿Le enojan las pequeñas molestias que se acumulan en el curso del día?
8. ¿Si un automovilista se interpone en su camino, le prende las luces y toca bocina?
9. ¿Se aleja de sus amigos cercanos por sentir que lo defraudan?
10. ¿Se irrita siempre por la incompetencia de los demás?
11. ¿Cuándo su esposa (o) cocina, le supervisa para que no se le queme nada?
12. Si alguien no llega a tiempo a su cita, se pone a planear una reprimenda que le dará después?

Evaluación

Hasta 3 respuestas afirmativas _____ persona tranquila

De 4 a 8 respuestas afirmativas _____ persona normal

9 o más respuestas afirmativas _____ persona hostil

Batería para la evaluación de las instancias orientadoras de la personalidad

Como se ha visto en el acápite de los elementos constitutivos del sistema, las instancias orientadoras de la personalidad son bien amplias, por lo que es muy difícil abordarlas en toda su magnitud con pocas técnicas. De todos modos, un investigador habilidoso puede integrar los datos y aplicar aquellas técnicas que le ofrezcan más información acerca de lo que desea profundizar. Se exponen las pruebas que han resultado más útiles en nuestra experiencia.

Escala de Autovaloración Dembo-Rubinstein

La escala original fue creada por el psicólogo norteamericano T.V. Dembo y modificada por S. Ia. Rubinstein con el objetivo de conocer la autovaloración y conciencia de enfermedad en adultos y niños. Los indicadores que

plantea el autor son: inteligencia, salud, carácter y felicidad. Si se desea, se pueden agregar tantos parámetros como se quiera investigar. La prueba consta de líneas verticales de 15 centímetros de longitud, las cuales tienen escrito en el extremo superior cada uno de los indicadores antes señalados.

Instrucciones

Se le dice al paciente: «Supongamos que en esta línea se encuentran todas las personas del mundo; en la parte superior se encuentran las personas más sanas y en la inferior las menos sanas, las más enfermas. Usted debe hacer con el lápiz una cruz que indique el lugar donde usted se encontraría en el indicador salud».

Así se realiza sucesivamente con cada uno de los indicadores. Lo ideal es que cada indicador esté en una hoja, recogiendo por separado la información.

Luego se somete al sujeto a un interrogatorio experimentalmente preparado, que recoge varias preguntas, que complementarían la prueba. Su aplicación no es rígida, puede tener variaciones en su forma, siempre y cuando se conserve el objetivo y contenido de la misma.

Escalas de autovaloración

Salud	Inteligencia	Felicidad	Carácter
+	+	+	+
-	-	-	-

Las siguientes preguntas nos pueden servir para el interrogatorio. En él debemos comenzar por el concepto que el sujeto tiene de cada uno de los indicadores valorados y su ubicación en la línea correspondiente. En dependencia de esto se guía el interrogatorio para el cual presentamos el siguiente ejemplo:

Salud

1. ¿Qué es para usted la salud?
2. ¿Qué personas colocaría usted entre las más enfermas?
3. ¿Qué le falta para ser una persona totalmente sana?
4. ¿Por qué se considera una persona poco sana?

Inteligencia

1. ¿Qué es para usted la inteligencia?
2. ¿Qué persona considera la más inteligente?
3. ¿Qué personas considera las más incapaces?
4. ¿Con cuáles cualidades de su inteligencia está satisfecho y con cuales insatisfecho?

Felicidad

1. ¿Qué es para usted la felicidad?
2. ¿Qué personas considera las más felices?
3. ¿Qué personas considera las más infelices?
4. ¿Qué le falta para ser una persona feliz?

Carácter

1. ¿Qué es para usted el carácter?
2. ¿Qué personas considera usted que tienen mejores rasgos del carácter?
3. ¿Qué personas considera usted que tienen mal carácter?
4. ¿Qué le falta para llegar a ser una persona con buen carácter?

Interpretación

El análisis de los datos se realizará por la ubicación de los trazos en las líneas de cada uno de los indicadores y por las respuestas del paciente en el interrogatorio. Esto nos señala la tendencia general de la autovaloración. Esta metódica es elemental y de ningún modo pretende obtener indicadores profundos y detallados de la estructura de la personalidad, por lo que es necesario contrastar los datos obtenidos con otras técnicas complementarias.

El promedio de los sujetos que presentan una autovaloración adecuada tiende a ubicarse algo por encima de la media. Es bueno señalar que no por que el individuo se evalúe por debajo indica subvaloración. Es necesario verificar con la realidad, ya que en ocasiones el individuo tiene una justa valoración y es que en realidad está por debajo de la media en determinado parámetro.

Prueba de completar oraciones

La idea de la confección de esta metódica surgió de J. Rotter y J. Rofferty, y permite conocer las áreas fundamentales de conflictos sexuales, escolares, laborales, familiares, personales y de relaciones.

Nombre_____ Edad_____ Sexo_____

Último grado cursado_____ Ocupación_____

Instrucciones

Complete o termine estas frases para que expresen sus verdaderos sentimientos, ideas u opiniones.

1. Me gusta_____
2. El tiempo más feliz_____
3. Quisiera saber_____
4. En el hogar_____
5. Lamento _____
6. A la hora de acostarme_____
7. Los hombres_____
8. El mejor_____
9. Me molesta_____
10. La gente_____
11. Una madre_____
12. Siento _____
13. Mi mayor temor_____
14. En la escuela_____
15. No puedo_____
16. Los deportes_____
17. Cuando yo era niño (o niña)_____
18. Mis nervios_____
19. Las otras personas_____
20. Sufro _____
21. Fracaseé _____
22. La lectura _____
23. Mi mente_____

24. Yo necesito _____
25. Mi futuro _____
26. El matrimonio _____
27. Estoy mejor cuando _____
28. Algunas veces _____
29. Me duele _____
30. Odio _____
31. Este lugar _____
32. Estoy muy _____
33. La preocupación principal _____
34. Deseo _____
35. Mi padre _____
36. Yo secretamente _____
37. Yo _____
38. Mis diversiones _____
39. Mi mayor problema es _____
40. La mayoría de las mujeres _____
41. El trabajo _____
42. Amo _____
43. Me pone nervioso _____
44. Mi principal ambición _____
45. Yo prefiero _____
46. Mi problema principal en la elección de la carrera o profesión _____
47. Quisiera ser _____
48. Creo que mis mejores aptitudes son _____
49. La personalidad _____
50. La felicidad _____

Composición

La composición es un método indirecto en la evaluación psicológica, pues el sujeto no conoce los diferentes aspectos sobre cuya base se está evaluando. En esta técnica, el individuo se define como un sujeto activo en su elaboración intelectual, por ello esta nos permite no solo analizar el contenido expresado, sino también los índices de manipulación activa del sujeto sobre

esos contenidos, en lo cual se expresan elementos esenciales del potencial regulador de la personalidad.

El análisis integral de esta técnica nos permite el estudio de los diferentes motivos, intereses, necesidades de la personalidad y en definitiva, todas las potencialidades orientadoras de la personalidad.

Para este fin se realiza el análisis de los contenidos manifestados por el sujeto, teniendo en consideración la multitud de intereses y motivaciones, y sobre todo el grado de compromiso emocional o implicación afectiva en los mismos.

Instrucciones

Realice una composición con el título_____ . (El título se lo indica el investigador de acuerdo con los objetivos de la evaluación pudiera ser: «El sentido de mi vida» o «Mis mayores conflictos y dificultades» o «Como soy, como quisiera ser, como creen los demás que soy», etc.)

Interpretación

Para el análisis de la composición se debe centrar la atención en algunos aspectos fundamentales:

1. Contenido: análisis de los elementos positivos y negativos que el sujeto expresa, la frecuencia, relación entre estos y cualquier otro proceso dado en la descripción de lo expuesto. Conflictos, motivaciones fundamentales, etc.
2. Vínculo emocional hacia el contenido: se determina por las expresiones afectivas que acompañan al contenido: amor, odio, miedo, admiración, deseo, etc y otras; o bien por actitudes manifiestas del sujeto hacia el contenido.

La elaboración personal del contenido expresado se caracteriza por:

1. No ser totalmente descriptivo, sino expresar juicios y convicciones propias.
2. En el contenido el sujeto se compromete con valoraciones personales.
3. El sujeto expone problemas planteándose interrogantes, discrepancias en su elaboración.

4. El contenido está comprometido afectivamente.
5. El sujeto se incluye activamente en sus consideraciones sobre el tema, desarrollándolo basado en sus necesidades, vivencias y experiencias personales.

CAPÍTULO IV

CALIDAD DE VIDA Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

INTRODUCCIÓN

El tema calidad de vida es un asunto muy controvertido, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Algunos investigadores incluyen dentro de este término los aspectos físicos, emocionales y sociales; otros estiman pertinente considerar los aspectos fisiológicos y psicológicos. Una amplia gama de factores como actividad física, comida y sueño, status laboral, actividad social y sexual, estado psíquico, percepción y expectación en el tratamiento fueron considerados por un grupo de investigadores de Brasil, en un grupo de pacientes sometidos a miocardio plastia (Borghetti, 1994).

L. Bestuzhev-Lada, ya hace algunos años, definió la categoría modo de vida en el cual incluye los aspectos: nivel de vida, calidad de la vida, estilo de vida y género de vida. Concibe el nivel de vida como una «categoría económica que permite apreciar el grado de satisfacción de los demandas materiales y parcialmente de las espirituales que se pueden medir directamente en el plano cuantitativo». La calidad de vida, como una categoría sociológica que expresa «las características cualitativas de la vida, el grado en que se satisfacen las demandas de carácter más complejo, que no se pueden cuantifi-

car»; el estilo de vida, como una categoría socio-psicológica más específica que «sirve para evaluar el modo de vida cotidiano de las personas» y el género de vida como una categoría socio-económica que «peculiariza el fundamento socio-económico y espiritual del modo de vida» (Bestuzhev-Lada, 1981).

K. Dracup y colaboradores estimaron la Calidad de la Vida (CV) usando medidas subjetivas y objetivas, incluyendo capacidad funcional, síntomas físicos, estado emocional y adaptación psicosocial (Dracup, 1992).

Otros investigadores han considerado más útil el estudio de su componente subjetivo, de su naturaleza psicológica, evaluada globalmente por el propio paciente (De Haes y Van Knipperberg, 1987; B. L. Anderson, 1992).

Anthony Font, conceptualiza la CV como: «La valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud». Este autor considera que dicha valoración permite conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento, los efectos secundarios de los tratamientos, ayudar en la toma de decisiones médicas, potenciar la comunicación personal de salud-paciente y facilita la rehabilitación total o por esferas de los pacientes (Font, 1988).

En los últimos tiempos, se ha hecho muy frecuente el uso del término CV en muy variados contextos. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas lo usan indistintamente, al tiempo que representa una premisa o aspiración, que ha sido sustento de todo tipo de discursos. Su estudio constituye un terreno donde los especialistas aportan sus enfoques. Los ambientalistas sitúan el énfasis en el entorno físico / biológico, los economistas en parámetros como el producto interno bruto, los médicos en los síntomas, los psicólogos en las necesidades humanas y su satisfacción. Se debate hoy en día sobre varios problemas: su naturaleza objetiva o subjetiva, su delimitación de enfoques afines, su estructura dimensional o global, los instrumentos y las medidas más idóneas para su evaluación. Ya expiró el siglo xx y comenzamos el xxi y todavía las opciones y contribuciones en este tema no se pueden integrar armónicamente (Grau, Victoria y Hernández, 2005).

Resulta imposible, en una revisión de esta naturaleza, hacer una reflexión medianamente completa de los problemas que atañen a la investigación de la CV en relación con la salud. Se intentará una aproximación a los problemas más actuales de su estudio desde las perspectivas de la psicología y para la salud. Tal aproximación no podría lograrse sin una clara convicción de los límites de cada disciplina, ni tampoco con la hiperbolización de una vertiente en su conceptualización o medición a expensas de otra. El estudio de la CV invita a abandonar posiciones tradicionales y vislumbrar fuentes comunes de abordaje.

Si la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud constituyen también metas indiscutibles para la Psicología de la Salud -sin excluir el trabajo de la enfermedad-, habría que aceptar que el tema de «calidad de vida» es prioritario para esta disciplina.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONCEPTO CALIDAD DE VIDA

Casi todos los autores coinciden en afirmar que el término aparece en la década del 70 y tuvo su expansión hacia los años 80, encubierto por el desarrollo de conceptos como bienestar, salud y felicidad. Aunque su prehistoria data de las civilizaciones antiguas, es en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar cuando surge propiamente el término. Algunos -Ferrel y cols, 1989; Grau, 1997- remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de filosofía y ética y aseguran que en algunos trabajos clásicos se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Bech (1993) reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, en 1964.

Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las ciencias médicas para extenderse rápidamente a la psicología y la sociología, intentando desplazar otros términos más difíciles de operativizar como bienestar y felicidad (Moreno, Ximénez, 1996). Lo cierto es que mientras la mayoría de los trabajos sobre CV a principios de la década de los 80 provenía de las ciencias médicas en una proporción de 10:1 en relación con trabajos psicosociales, hacia finales de esta década, tal proporción se había invertido (Friedman, DiMatteo, 1989). Otros autores -Reimel, Muñoz, 1990- plantean que el término fue popularizado en los años 50 en el marco de los estudios de opinión pública del economista norteamericano J. K. Galbraith.

Si pretender agotar el análisis del desarrollo histórico del concepto, sí debe señalarse que su evolución se caracterizó por una continua ampliación. Si en las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la salud personal, luego se centró en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, e incluyendo la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En este decursar, los indicadores han evolucionado desde la vertiente de las «condiciones de vida» hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones.

En el contexto de la salud, este concepto se convirtió, desde 1977, en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el sistema Medline, aunque llegó a ser realmente popular entre los investigadores de la salud durante la década del 80 (Hollandsworth, 1988). A partir de entonces, la tendencia ha sido al crecimiento, en gran parte determinado por la prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento en la esperanza de vida. La CV es un objetivo de la atención médica; cuando no es posible aumentar la cantidad de vida, o cuando comienza a importar más la satisfacción con la vida que el incremento en pocos años, al acercarse la cantidad de la vida a sus propios límites biológicos (Lara-Muñoz y cols, 1995). En una búsqueda computarizada de tres años (1978-1980) se encontraron aproximadamente 200 artículos que incluían en el título el término CV. En un sólo año (enero-diciembre de 1991), Lara-Muñoz y cols (1995) encontraron 829 trabajos en las que se incluía la CV como descriptor, 205 de ellos en español e inglés. En 1990, la revista Medical Care publicó una lista de trabajos relacionados con la CV de pacientes con diferentes padecimientos, 108 de estos trabajos eran en pacientes oncológicos. De esta forma, a la par que crecía el número de estudios sobre CV, este concepto iba sufriendo un proceso de maduración, aumentando de complejidad, y a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.

PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN DE LA CV EN SALUD

Al analizar el desarrollo de los estudios en este tema, se encuentra el investigador con tres grandes grupos de problemas. El primero es el de su *indistinción conceptual*, determinado en gran parte por su naturaleza compleja. Como resulta con muchos otros constructos, ha resultado más fácil medirla que definirla; suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Grau, 1997; Victoria, 2000). Campbell y cols (1976) han señalado que la CV es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata. A tal punto ha llegado su indistinción.

En realidad, el concepto de CV es extenso y ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le despoja de su dimensión temporal, todos los atributos restantes corresponden a la calidad. La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, etc., pero la calidad requiere otro tipo de indicadores (Ware, 1987). No por gusto se afirma que definirla adquiere connotación filosófica (Slevin y otros, 1988).

Históricamente, ha estado relacionado el concepto con los de «felicidad» y «bienestar», y también con el de «virtud» (Bradburn, 1969; Fordyce, 1988; Marías, 1989; García-Riaño, 1991; Strack, Argyle y Schwartz; 1991; Argyle, 1992; Nordenfelt, 1993; Diener, 1994). En realidad existe confusión entre todos estos conceptos.

Levi y Anderson, asumiendo una propuesta de la ONU, afirman que es una «medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros» (1980). Brengelmann entiende por calidad de vida «disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si éste consiste en valores materiales o ideales...» (1986). Andrews y Withey (1976) insisten en que no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.

La diversidad de definiciones es enorme, existiendo gran confusión en todos estos aspectos. Hay autores que proponen «sustituir» el concepto de CV por otros (Kaplan y Bush, 1982; Gafni, Birch y Menrez, 1993). Otros autores la definen atendiendo únicamente al ámbito de la salud y entienden que es el valor asignado a la duración de la vida en la medida que puede ser modificada por los deterioros, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son influenciados por la enfermedad, las lesiones, los tratamientos o la política de salud (Patrick y Erickson, 1993a, 1993b). Se podrían exponer cientos de definiciones, pero no se llegaría a ninguna otra conclusión mejor que la de aceptar la confusión existente.

Actualmente la mayoría de los autores la definen con referencia al bienestar de las personas (Szalai, 1980; Wiklund y otros, 1986; Celia y Tulskey, 1990; De Haes, Van Knippenberg, 1989; Chaturvedi, 1991; Schmale y otros, 1983; Wood-Dauphine, Williams, 1987; Victoria 2002; Victoria, 2003; y muchos otros). Griffin (1986), por ejemplo, considera el bienestar como aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas. Muchos otros autores han ofrecido otras fórmulas; en realidad, no existe un marco teórico general al que acudir; las investigaciones generan más y más definiciones (Grau, 1997; Moreno, Ximénez, 1996).

Asociado a lo anterior, se erigen los problemas relacionados con la naturaleza de la CV: de sus componentes subjetivos y objetivos. Al primero de ellos

corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. La satisfacción adquiere aquí carácter de componente más «cognitivo», mientras que la felicidad sería un componente más «afectivo». Veenhoven (1991), por ejemplo, define la satisfacción vital como el grado en que un individuo juzga favorablemente la calidad de vida como un todo. Se ha planteado si la felicidad es un rasgo o un estado pasajero (Veenhoven, 1994; Argyle, 1992; Grau, 1997). Veenhoven afirma que no es un rasgo temporalmente estable ni situacionalmente consistente, ni tampoco es totalmente intrínseco al individuo, sino el resultado de la interacción de la persona y sus condiciones sociomateriales de existencia. El componente objetivo de la CV se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997).

No hay duda de que «la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida» (Cabrera, 1998).

Por otra parte, la cuestión de la objetividad puede referirse al viejo problema de quién hace la evaluación: si un observador externo o la propia persona (Slevin y otros, 1988; Fayos y Beland, 1981; De Haes, Van Knippenberg, 1987). Esto es particularmente importante en lo que se refiere a la CV en relación con la salud, y, especialmente, en la resolución de los problemas metodológicos de su evaluación. En los últimos años, parece mucho más útil el estudio de su componente subjetivo, de su naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo (De Haes y Van Knippenberg, 1987, 1989; Lara-Muñoz y cols, 1995; Grau, Jiménez, Chacón y otros, 1995; Grau, 1997). Como se ha planteado (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997), las condiciones «objetivas» se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el nivel de vida: la opulencia social y el consumismo de bienes no significan CV (Campbell y otros, 1976; Grau, 1997).

Si la CV es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona más capaz

de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su vida (De Haes, Van Knippenberg, 1989; Gill y Feinstein, 1994; Winefeld, 1995, Victoria, 2002).

En el contexto de la atención sanitaria, este asunto es particularmente importante. Slevin y cols (1988) han concluido que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente, debe contarse con la evaluación de los pacientes. Es conocido el trabajo de Jachuk y cols (1982; cit: Friedman y DiMatteo, 1989), quienes preguntaron a médicos, pacientes y familiares sobre la CV de hipertensos que habían iniciado un nuevo tratamiento: el 100 % de los médicos consideraron que había mejorado la CV de sus pacientes, el 49 % de los enfermos percibieron alguna mejoría, mientras que el 96 % de los familiares consideraron que era igual o peor. Discernir de qué depende esta evaluación que realiza cada individuo es la clave para mejorar realmente la CV de las personas (Batista-Foguet, Artés, 1994).

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar es determinante para el proceso de evaluación. Así, desde el campo de la psicología, la CV se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma.

Si se considera la calidad de vida en su dimensión subjetiva, determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, entonces lo más importante es la percepción que el sujeto tiene de ella. Joyce y colaboradores desarrollaron una escala denominada *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQL), partiendo de que «la calidad de vida es claramente un atributo de la persona, que algunos autores identifican como una actitud, un rasgo de personalidad, una respuesta situacional o un estado sentimental o un juicio racional, pero que, de cualquier manera, es un asunto personal» (Joyce, 1999).

Si se considera que la CV debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida, y por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1984, 1994, Victoria, 2004). Sin embargo, existen opiniones divergentes en relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad), o conceptualizándola en términos de una actitud. Esto ha permitido examinarla bajo el prisma de diferentes modelos teóricos recientes: el modelo de medición perceptual de Rice y sus cols, los modelos basados en la teoría social-

cognitiva de Bandura y Jeller, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, la teoría de la ecología del desarrollo de Bronfenbrenner, y otras propuestas que pueden revisarse con detenimiento en el trabajo de Reimel y Muñoz (1990). Este es aún un camino incipiente que habrá de desarrollarse en los próximos años y puede servir de substrato al enfoque psicológico en la conceptualización de la CV y su evaluación.

Un problema de trascendencia metodológica que se discute actualmente es el de los componentes, es decir, si la CV debe definirse como una medida global que se evalúa en su totalidad (Szalai, 1980; Fayos y Beland, 1981; De Haes y Van Knippenberg, 1987) o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en un contexto determinado (Harwood, 1976; Shaw, 1977; Hörnsquit, 1982). La primera opción ha sido hiperbolizada; al consideran que es mejor preguntar simplemente a la persona sobre ello.

Muchos autores han enlistado esferas o dimensiones de CV (Flannagan, 1978; Hutchinson y cols, 1979; Ware, 1984; Jenkins y cols, 1990). Al estar ausente una clara definición teórica, la elección de estas áreas resulta arbitraria, en base a intentos particulares de operacionalización del concepto. Se observa cierto consenso últimamente en considerar a la CV total como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo. Pero el problema no es tan sencillo y no se resuelve fácilmente por consenso.

Un tercer grupo de problemas al que se enfrentan los investigadores de la CV es el de las dificultades inherentes a su evaluación. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a su evaluación diversos matices en función de la alternativa a ejecutar.

A estos problemas se añade el que los instrumentos no siempre cumplen requisitos mínimos de construcción y generalización de resultados (Victoria, 1992; Grau, 1997).

Un problema instrumental frecuente es el de la validez y la fiabilidad de los métodos de evaluación. Para poder medir fiabilidad hay que suponer la estabilidad de la variable medida. Sin embargo, este supuesto no resulta válido en muchas mediciones de CV; en particular, cuando se intenta evaluar el estado de salud o su impacto en el bienestar subjetivo a través de variables inestables. Por otra parte, no siempre es posible establecer la consistencia interna a través del establecimiento de grupos de variables que tienden a covariar conjuntamente. La propia validez depende en mucho de la definición operacional de la variable medida, por lo que muchos autores reportan dificultades al establecer elementos criteriosales o al intentar validaciones de constructo (Grau, 1997).

La primera característica que tiene que tener un instrumento de evaluación es la validez de constructo. Consecuentemente, Gill y Feinstein han introducido el concepto de «validez aparente» para explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de la CV. Ellos afirman: «desde los años 70, las mediciones de la CV han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica. Además, el desarrollo de nuevos instrumentos para medirla se ha hecho más complejo y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de ítems, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluaciones cuantitativas para lograr reproducibilidad y validez...». En consecuencia, se preguntan «si los principios psicométricos académicos, aunque quizás estadísticamente elegantes, serían satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los médicos y los pacientes perciben como CV» (Gill y Feinstein, 1994).

Unido a estas dificultades: el escaso tamaño de las muestras, el descuido de variables intervinientes, la generalización de instrumentos que no han tenido suficiente validación previa, entre otras, empeoran el cuadro general que se refiere a la medición apropiada de la CV (Kaplan, Bush, Berry, 1976; De Haes, Van Knippenberg, 1987; Bowling, 1994; Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997). Un problema específico es el de la limitada estandarización y generalización de los resultados. Algunos de ellos pueden, en la clínica, ser interpretados directamente; otros, con valores cuantitativos, deberán ser interpretados a la luz de resultados normativos procedentes de estudios en muestras representativas, lo cual no siempre se ha logrado. Esto entorpece el avance del conocimiento científico (Grau, 1997).

Además de todo lo anterior, es importante tener en cuenta el relativismo sociocultural en la medición de la CV. Aún son pocas las adaptaciones transculturales de instrumentos para evaluar CV y categorías afines (Victoria, 1999). Hoy se considera muy cuestionable el intento de desarrollar un modelo de consenso para evaluarla, ya que las diferencias transculturales imposibilitarían llegar a un sistema único. En realidad, la gente valora ciertas cosas en función de cómo lo han inducido su cultura y su biografía (Lolas, 1991; Lara-Muñoz y cols, 1995, Victoria, 2002).

Desde la perspectiva de la Psicología y para la Salud, la evaluación de la CV tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997, Hernández, 1995, 2003). Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que el interés médico se ha estado centrando actualmente no sólo en la supervivencia, sino en una

supervivencia con calidad (Hernández, 1995, Torrance, 1987; Grau, 1997; Victoria 1998, Hernández, 2003).

El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos se hayan desarrollado en el campo de la salud no es, entonces, casual. Es frecuente, incluso, encontrar en la literatura el concepto «calidad de vida relacionada con la salud» (*quality of life-health related*) (Grau, 1997). La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la CV total, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la CV y esta es una resultante también de la atención a la salud. Por ello, muchos autores consideran que el concepto de salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante, entre los distintos integrantes de la CV (Kaplan, 1985; Moreno, Ximénez, 1996).

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN SALUD

La indefinición conceptual y metodológica en torno a la calidad de vida ha influido en el hecho de que los autores no se pongan de acuerdo en cuanto a las formas de evaluarla, y esta diversidad de instrumentos, generados por unos y otros autores, a su vez, ha redundado negativamente en la clarificación del constructo (Campbell, Converse y Rogers, 1976; Spilker, 1990; Stewart y Ware, 1992; Anderson, Aaronson y Wilkin, 1993; Cummins, 1993a, 1993b, 1994; Naughton y Wiklund, 1993; Walker y Rosser, 1993; Albrecht y Fitzpatrick, 1994; Bowling, 1994; Orlen y Kauyken, 1994; Parmenter, 1994; Rodríguez-Marín, 1994, 1995; Hays, Donald y Mazer, 1995; Fernández-Ríos y García-Fernández, 1999).

Algunos autores, como Fernández-Ríos y García-Fernández (1999) distinguen entre evaluación de la CV a nivel general y a nivel específico. Entre los primeros instrumentos pueden citarse:

1. El cuestionario de calidad de vida/The Quality of Life Questionnaire, de Evans y cols. (1985), con 192 ítems agrupados en 15 escalas de contenidos y 1 de discapacidad social, incluyendo los dominios: bienestar general (bienestar material, bienestar físico, desarrollo personal); relaciones interpersonales (maritales, con la familia extensa, extramatrimoniales o con amigos); actividad organizacional (altruismo, conducta política); actividad ocupacional (características laborales, relaciones en el trabajo, satisfacciones del trabajo); ocio y actividad recreativa (conducta creativa, activi-

dad deportiva, conducta durante las vacaciones). Tiene buenas propiedades psicométricas y es un instrumento útil no sólo para evaluar la CV de una población, sino para diseñar intervenciones preventivas.

2. El inventario de calidad de vida/Quality of Life Inventory, de Frisch (1988), que evalúa satisfacción vital en 17 áreas: salud, autoconsideración, filosofía de la vida, nivel de vida, trabajo, tiempo de ocio, aprendizaje, creatividad, servicio social, acciones cívicas, relaciones de afecto, amistad, relaciones con los hijos, relaciones familiares, hogar, vecindad y comunidad.
3. El instrumento de evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud/World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL), de la OMS (1993). Persigue la evaluación transcultural de la CV más allá de los indicadores clásicos de salud. La propuesta inicial tiene 5 dominios, evaluados desde una percepción objetiva y subjetiva: dominio físico (dolor e incomodidad, energía y fatiga, actividad sexual, sueño, descanso y funciones sensoriales óptimas); dominio psicológico (sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); nivel de dependencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicación o tratamientos, dependencia de sustancias no alcohólicas como tabaco y drogas, capacidad de comunicación, capacidad de trabajo, relaciones sociales, apoyo social práctico y actividades como proveedor o sostén); ambiente (seguridad física, ambiente del hogar, satisfacción en el trabajo, recursos financieros, disponibilidad y calidad de cuidado social y de salud, oportunidades para adquirir nueva información y destrezas, disponibilidad y participación en actividades de ocio, ambiente físico y transporte) y espiritualidad (religión y creencias personales).

Además de estos instrumentos, se dispone de otros instrumentos específicos para evaluarla la CV ante problemas concretos de salud o en poblaciones concretas en temas no relacionados con la salud (estudiantes, profesores, atletas, en el trabajo, etc.) (Fernández-Ríos y García-Fernández, 1999). Así, los instrumentos para evaluar CV en la enfermedad mental difieren considerablemente de los utilizados para evaluarla en cáncer, o en VIH, o ante problemas cardíacos, o en la tercera edad, y no es correcto extrapolarlos para utilizarlos en otro campo diferente a aquel para el cual han sido diseñados y evaluados (Grau, 1997). Una revisión de los principales trabajos que se han generado en torno a las anteriores áreas puede encontrarse en Fernández-Ríos y García-Fernández (1999). En la evaluación de la CV ante patologías específicas se han diseñado instrumentos para los siguientes problemas de salud: drogadicción (Grichting y Barber, 1989; Welsh y cols, 1993;

Eklund y cols, 1994), artritis reumatoide (Deyo, 1993; Krol y cols, 1993), asma (Marks y cols, 1992; Jones, 1993; French y cols, 1994), hiperplasia prostática (Epstein y cols, 1992); diabetes (Wilkby y cols, 1993); alopecia (Donk y cols, 1994); usuarios de atención primaria (Pakerson y cols, 1992); epilepsia (Vickrey y cols, 1992), enfermos crónicos (Buckhardt y cols, 1989; Bech, 1993); personas con trastornos del desarrollo (Dennis y cols, 1993; Evans y cols, 1993; Cummins, 1994; Schalock, 1994); personas con deterioro visual (Drummond, 1990); enfermedad de Parkinson (Shindler y cols, 1993); enfermedades de la piel (Salek, 1993); problemas hepáticos (Allen-Mersh y cols, 1994); incontinencia urinaria (Shumaker y cols, 1994), y muchos otros. Aquí, los que estudian CV en diferentes tipos de enfermos pueden encontrar una variedad de instrumentos más o menos idóneos para el propósito de su trabajo.

Desde una perspectiva general, los instrumentos empleados para evaluar CV podrían agruparse en:

1. Escalas o índices de problemas específicos: actividad, validismo, etc.; los más conocidos son los Índices de Karnofsky y de Katz.
2. Pruebas o escalas de evaluación psicológica, como el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario General de Salud (CHQ), la Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad (PAIS) y el Inventario Breve de Síntomas.
3. Instrumentos especialmente diseñados para evaluar CV, como el Índice de Spitzer y el Índice Funcional de Vida en Cáncer (FLIC) (Lara-Muñoz y cols, 1995).

Siguiendo a estos autores, el tercer subgrupo puede clasificarse desde diversos ejes:

1. de acuerdo a sus objetivos: instrumentos que evalúan variables aisladas relacionadas con la CV (dolor, por ejemplo) e instrumentos que intentan evaluar la CV misma (el Índice de Spitzer). Los instrumentos, a su vez, pueden ser genéricos (para cualquier problema de salud) o específicos (por ejemplo, para cáncer de mama).
2. dependiendo del número de dimensiones: medidas unidimensionales o globales (el HAY), y multidimensionales (el FLIC).
3. de acuerdo a su forma de aplicación: la mayoría son escalas autoadministrables, unas pocas son calificadas por el entrevistador, como el Vitagrama y la Escala de Beretta.
4. de acuerdo a su forma de respuesta: cuestionarios con respuesta en escalas tipo Likert, o en escalas análogas visuales.

Teniendo en cuenta que las medidas usadas para evaluar CV se han utilizado frecuentemente para evaluar la satisfacción y el bienestar subjetivo, determinar los niveles de salud (estatus de salud), y valorar la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad (Moreno, Ximénez, 1996), sería imposible obviar una referencia panorámica a estas tendencias.

La evaluación del bienestar subjetivo se ha hecho con diferentes tipos de escalas y cuestionarios, dirigidos al estudio de la «satisfacción» global con la vida, como componente esencialmente cognitivo que expresa la valoración por el sujeto de las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, y a la investigación de la «felicidad», componente de mayor connotación emocional que expresa el grado de afectividad positiva, es decir, alegría y regocijo como un estado actual (Grau, 1997). Entre estas medidas, las más conocidas son la «Escala de Equilibrio Afectivo» de Bradburn, las Escalas que miden bienestar y satisfacción Andrews y Withey, el «Instrumento de Evaluación Multinivel» de Lawton, y las «Escalas de Satisfacción con la Vida» de Neugarten (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997).

En lo que se refiere estrictamente a la *evaluación* de la salud en función de la calidad de vida resulta aún más difícil la operacionalización. La propuesta de un modelo multidisciplinar de salud, con su enfoque positivo, el desarrollo de los modelos salutogénicos en relación con la personalidad y algunos otros aspectos, hacen complejo el proceso de instrumentación de estas medidas. Así, si se considera que en el enfoque positivo de la salud tienen que ver las habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de fuertes sistemas de apoyo social, la integración en la comunidad, una alta moral y autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico, se podrá comprender cuán inalcanzable resulta la operacionalización de estos modelos en función de la evaluación de la CV. De hecho, muchas medidas de salud se hacen a través de indicadores como bienestar, ajuste, ejecución o funcionamiento social, reflejando la formulación multivariada de la salud.

Varios autores emplean indistintamente los términos de «estado de salud» y CV, y los evalúa con los mismos instrumentos. De acuerdo con Spitzer (1987) y Lara-Muñoz y cols (1995), deben ser diferenciados, para lo cual suele emplearse el criterio del tipo de sujetos que se pretende sean evaluados. En el caso de los estados de salud, el foco sería la población general, sana o enferma, y el propósito es tener una medición grupal. En el caso de la CV, sería más pertinente restringirla a la experiencia individual, según sea afectada, digamos, por la enfermedad.

Gill y Feinstein (1994) apoyan esta diferenciación; ellos señalan: «desafortunadamente, mientras se logran con rigor las metas estadísticas de altos coeficientes de correlación, los investigadores pueden olvidar que, a dife-

rencia de la belleza que descansa en el ojo del espectador, la CV es un atributo del paciente (sujeto) como persona. Consecuentemente, mientras declaran medir CV, muchos investigadores están realmente midiendo varios aspectos del status de salud. Los instrumentos pueden ser satisfactorios para indicar este status, pero la CV es percibida por cada persona individualmente. La necesidad de incorporar valoraciones y preferencias de pacientes (sujetos) es lo que distingue la CV de todas las otras mediciones de salud...». Ellos recomiendan incorporar la valoración no sólo de la magnitud de las dimensiones que se consideren, sino la significación para cada persona en particular, y para ello sugieren permitir en los instrumentos ítems o escalas suplementarias, para que los sujetos identifiquen factores que no hayan sido inicialmente incluidos.

De esta manera, el enfoque subjetivo de la salud se ha centrado más en la percepción personal de salud, como aspecto importante relacionado con creencias, atribuciones, conductas de salud (incluyendo acciones protectoras y conducentes a la búsqueda de atención médica). Se ha señalado que la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la condición clínica o patológica misma de la persona (Goldstein y cols, 1984; Friedman y DiMatteo, 1989); de aquí la importancia de contar con medidas que permitan estudiar la apreciación que las personas hacen de su salud.

Los instrumentos utilizados varían en un amplio espectro: muchos de ellos aún no han podido desprenderse del modelo centrado en la enfermedad, al incorporar en la lista síntomas emocionales o físicos. No es raro encontrar entre ellas a muchas escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes actualmente en la evaluación de la salud (Moreno, Ximénez, 1996, Grau, 1997). Muchas de estas medidas han adquirido suficiente validez al evaluar con sensibilidad los cambios en el estado de salud, algunas son muy usadas en el campo de la salud mental, como el «cuestionario general de salud» de Goldberg y el «índice de Cornell», de Brodman y cols. Es muy conocida el «perfil de impacto de la enfermedad» (SIP) de Bergner y cols (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997), un método de evaluación conductual del estado de salud, originalmente desarrollada para evaluar el impacto de los servicios de atención médica, muchos instrumentos posteriores se han basado en las 12 categorías que se proponen en el SIP (Grau, 1997).

Un tercer grupo de medidas evaluativas tiene que ver con las habilidades funcionales en la enfermedad. Este grupo se ha fortalecido a raíz del replanteamiento en la medicina contemporánea del hombre enfermo como un agente social y de la preocupación creciente por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades propias del individuo. Es

obvio que si la CV es importante para las personas que pueden sanar, aún más lo es para aquellos a quienes sólo queda la capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de cada momento presente. Se trata de medir aquí las respuestas del sujeto a sus propias disfunciones, las cuales pueden variar mucho en función de creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente de un hecho físico o fisiológico. Por esta razón es que este grupo de medidas se ve muy influenciado por respuestas de deseabilidad y por los determinantes motivacional-afectivos de cada persona; pero, además, por el contexto social e institucional en que se caracterizan determinadas poblaciones: no es lo mismo evaluar la CV del niño con cáncer que la del adulto mayor que vive con un corazón trasplantado. Por si fuera poco, muchos de los instrumentos, en la modalidad de autoinforme, se dedican a explorar actividades de autocuidado y la capacidad de desplazamiento y movimiento de enfermos, descuidando otros elementos importantes vinculados a uno u otro tipo de actividad o al significado y sentido personal que ella tiene para el individuo, en particular (Grau, 1997). Por todas estas razones, hay que estar de acuerdo con varios autores (Winefeld, 1995) cuando plantean que el uso de medidas médicas tradicionales como la cantidad de días de encamamiento o el uso de servicios de salud, no son mucho más objetivas que las medidas que se usan comúnmente, a pesar de sus limitaciones y las críticas que se hacen a su subjetividad.

En este grupo de medidas deberían estar realmente incluidos algunos de los instrumentos del grupo anterior, como el SIP y las escalas de dolor. El más antiguo de este grupo es el «índice de Karnofsky», todavía empleado en enfermos de cáncer, a pesar de sus limitaciones y sus numerosas críticas, muy justificadas. Otras medidas, como el «Índice de Actividades de la Vida Diaria» de Katz, y la «Escala de Calidad de Bienestar» de Fanshel y Bush, tienen buenos parámetros de fiabilidad y validez, y permiten incrementar el conocimiento a través de la evaluación multidimensional en diversas enfermedades. Medidas más específicas, usadas en determinados padecimientos crónicos, no permiten grandes comparaciones, pero pueden ser bien empleadas con fines de investigar cambios en determinadas situaciones clínicas (Grau, 1997). En este sentido, ha cobrado reciente impulso el desarrollo de índices clinimétricos de cambio, que persiguen obtener estimaciones de la CV de los sujetos a través de mediciones repetidas para conocer el impacto de las intervenciones terapéuticas en los ensayos clínicos (Guyatt y cols, 1989; Guzmán y cols, 1993).

PROYECCIONES DE LA EVALUACIÓN DE LA CV EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Más allá de los aspectos de la medición, lo que verdaderamente resultaría interesante y de gran aplicabilidad, sería analizar los resultados encontrados en diferentes estudios de CV en grupos de enfermos crónicos. Encontrar explicaciones a muchos hallazgos contradictorios, como el hecho de que a veces pacientes graves evalúan muchos aspectos de su CV de forma más «positiva» que otros con trastornos más benignos, sigue siendo un reto en pie para la investigación.

Una de las áreas de mayor desarrollo de los estudios de CV es en la oncología con una amplia variedad de aplicaciones (Grau, 1997; Grau, González, 1997):

1. Han permitido clarificar los aspectos técnico-médicos de la atención y los aspectos de orden psicosocial relacionados con el cuidado a estos pacientes.
2. La CV se ha convertido en una variable de salida a medir en ensayos clínicos con nuevos preparados antitumorales o tratamientos, en estudios epidemiológicos, que incluyen políticas de tamizaje en los programas de control de la enfermedad, en los procesos de tratamiento psicológico a estos pacientes.
3. Facilitan la toma de decisiones acerca de la efectividad de la terapia.
4. Permiten la valoración de costo/beneficio y de otros análisis económicos, tanto por los pacientes, como por los proveedores de los tratamientos.
5. Han clarificado el proceso de apoyo o soporte que requiere este tipo de paciente, en cualquier estadio de la enfermedad.
6. Se ha podido incorporar como medida en los estudios de supervivencia. Naturalmente, el desarrollo impetuoso de los estudios de CV en cáncer adolece también de los problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales referidos anteriormente. Dadas las limitaciones de espacio y la naturaleza panorámica de esta revisión, sería imposible examinar los problemas relacionados con los estudios en cada tipo de enfermos crónicos, lo que constituye toda una demanda a la investigación en relación a los actuales servicios de salud. El cáncer constituye apenas un modelo de enfermedad que puede mostrar como estos estudios deben ser abordados en toda su complejidad, aunando diferentes perspectivas (Grau, González, 1997).

Cuatro proyecciones de los estudios en CV se han desarrollado rápidamente en los últimos años, el de la CV en la atención paliativa; el estudio de la

CV en los profesionales de salud, muy vinculado al fenómeno conocido como «quemamiento» o «burnout»; el llamado «enfoque de utilidad» y la perspectiva bioética en relación con la CV (Grau, 1997).

El primer grupo de estudios se ha desarrollado con la creciente noción de que el tiempo de supervivencia no dice nada en cuanto a la CV de pacientes cuya enfermedad no puede ser curada. En los intentos heroicos por prolongar la vida o reducir un tumor, descuidando los padecimientos y la propia CV (encarnizamiento terapéutico), se pueden traspasar los límites éticos, sobre todo si se considera la naturaleza agresiva de muchos tratamientos. Por estas razones, cuando la paliación es el objetivo principal de un tratamiento, se recomienda evaluar el aspecto subjetivo del paciente. Para muchos autores, el significado del término «paliar» es, precisamente, preservar la CV (Schipper y cols, 1985; Grau, Lence, Jiménez y otros, 1995; Grau, 1998). No es casual que con el desarrollo de los cuidados paliativos en las dos últimas décadas haya crecido proporcionalmente la investigación de la CV en relación con medidas paliativas a pacientes con cáncer, SIDA, y otros enfermos en estadio terminal (Bayés, Barreto, 1992; Ahmedzal, 1993; Arrarás, 1995; Grau, 1998, Peñacoba, González y cols, 2004, etc).

No pocos problemas plantea la medición en pacientes con enfermedades avanzadas. Se presentan serias dificultades: la frecuencia y temporalidad de las evaluaciones, el hecho de que la mayoría de los instrumentos de uso corriente han sido creados para ensayos clínicos en cáncer, la no pertinencia de largos cuestionarios cuando los pacientes son incapaces de hablar o de asir un bolígrafo, etc. Corrientemente se asume que los pacientes terminales completan de mala gana cuestionarios de CV a causa del agotamiento, la debilidad, la confusión o de otras inhabilidades físicas o mentales, dadas por su enfermedad o por el consumo de drogas con efectos adversos sobre la función cognitiva, aunque esto no ha sido establecido definitivamente. Hay además aspectos éticos: el muestreo al azar, el consentimiento informado, la propia resistencia del equipo de cuidados al considerar algunos instrumentos autoclasificatorios como muy intrusivos (Grau, 1998). Por estas razones se han planteado altos requerimientos de construcción de este tipo de instrumentos (Bayés, Barreto, 1992). En trabajos recientes se revisan algunos instrumentos usados en estos enfermos (Grau, 1998; 1999; 2003; Peñacoba, González, 2004), pero este es aún un campo en pleno desarrollo.

Hay que decir que la CV debe convertirse en un resultado de salida de los programas para el control de varias enfermedades, y no sólo para pacientes terminales (Grau, 1997). En los últimos años se han desarrollado medidas para evaluarla, tanto en pacientes que pueden recuperarse o alargar notablemente su vida, como el Sistema de Instrumentos para la evaluación de la CV percibida de niños con cáncer y reportada por sus padres y médicos

(SECVPR), o los instrumentos elaborados para evaluar pacientes con enfermedad avanzada, sometidos a intervenciones paliativas en el hogar (Grau, Jiménez y otros, 1995; Barbat, 1995; Llantá y cols, 2000).

El segundo grupo de estudios se corresponde con el estudio del estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (quemamiento o *burnout*), que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia CV del personal de salud, deviniendo importante factor de riesgo de enfermar (Maslach, Jackson, 1981; Moreno y cols, 1991; Grau, Hernández, Chacón y otros, 1995; Chacón, 1999; Grau, Chacón, 1999; Chacón, Grau, 2003). También han sido estudiados los efectos de la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores familiares no profesionales, cuando no hay una adecuada alianza y preparación entre todos los intervinientes en la salud y la CV de los enfermos crónicos (Winefeld, 1995; entre otros). Por su relevancia funcional para las instituciones y la preservación de la CV de los profesionales de la salud, esta dirección de investigaciones ha cobrado significativo auge en los últimos años.

Un tercer grupo de estudios está relacionado con el llamado «enfoque de utilidad». Se basa en la posibilidad de construir escalas cuantitativas para medir la CV con respecto a la salud y a la cantidad de vida (sobrevida), estudios representados por la conocida categoría AVACs (Torrance, 1987; y muchos otros). Este modelo se ha ido convirtiendo en uno de los principales medidores de los resultados o productos de la atención a la salud en relación con los análisis de costo-efectividad y costo-utilidad, sobre la base del análisis ante situaciones de incertidumbre. De esta forma, se han establecido estados de salud en escalas útiles para decisiones clínicas, intentos de comparar grupos de pacientes, encuestas de salud a poblaciones para comparar grupos con otros a lo largo del tiempo, evaluaciones económicas de programas sanitarios y tratamientos alternativos, etc.

Un cuarto enfoque es el que relaciona la CV con principios y retos actuales de la moderna Bioética, particularmente en el campo de las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud reproductiva. En efecto, la CV se ha valorado para la estimación y precisión del valor de la eutanasia, los criterios de calidad de muerte y de encarnizamiento terapéutico, los problemas del aborto, la planificación familiar y el consejo genético, las dificultades vinculadas al infanticidio y la explotación laboral y sexual de niños, para la valoración en el trasplante de órganos y los problemas con donantes, para estimar la justeza y equidad de los servicios de salud, y en otros temas relacionados con la salud como la contaminación del ambiente y destrucción del ecosistema, la violencia y el desenfreno sexual en los medios masivos de información, etc. Las propias enfermedades crónicas que van dominando los cuadros de morbimortalidad de muchos países producto de la llamada «transición

epidemiológica» constituyen un recordatorio de la debilidad universal y la incertidumbre de la condición humana y claman por una concepción de apoyo, justicia social y autonomía que vinculan a la CV con aspectos de orden ético. Lograr el acceso equitativo al cuidado de la salud y poner límites razonables a la búsqueda quijotesca e insaciable de una «salud perfecta» son desafíos actuales. Enfrentar los retos éticos que plantean las enfermedades crónicas en el mundo de hoy apunta a trascender el horizonte clínico e ir hacia la búsqueda de la causalidad / riesgo en el proceso salud-enfermedad fijando sus metas en la CV, dentro de una concepción ética que contemple la autonomía y los más avanzados preceptos de justicia y de progreso social, en la que cada individuo encuentre lo más significativo para su vida, el verdadero sentido de la experiencia vívida, como el más importante de los valores humanos. Trabajos recientes analizan algunos vínculos de la Bioética y la CV y el aporte que puede ofrecer la Psicología de la Salud (González, Grau, Amarillo, 1997; Grau, González, 1997, Hernández, 2003).

CALIDAD DE VIDA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

A pesar de lo mucho que se ha avanzado, quedan aún grandes perspectivas sobre el estudio de la CV en los próximos años. Disciplinas como la medicina, la sociología, la economía, las ciencias políticas, y naturalmente, la psicología, desempeñarán un papel relevante en este sentido (Oblitas, 2004). Hay que considerar que la naturaleza integradora de este concepto, que deviene «metaconstructo», no significa necesariamente yuxtaposición de sus elementos componentes. Vale aclarar que los componentes se integran en un algoritmo específico que depende de circunstancias históricas, idiosincráticas e individuales de los grupos o personas cuya CV se estudia.

En cuanto a su vínculo con la salud se puede afirmar que calidad de vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal (aunque no se le encuentre una enfermedad definida, diagnosticable desde el punto de vista clínico) «se siente enfermo», infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamen-

te, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de estrés con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada al funcionamiento de la sociedad, a las normas y valores sociales que el individuo debe asumir, pero sobre todo con las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en el que se desarrolla su vida, es decir, con la construcción que él propio individuo hace de su bienestar psicológico. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir de su autovaloración y la jerarquía motivacional.

En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida existe, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. El bienestar está relacionado con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida (Victoria, 2000).

El tratamiento al tema, por tanto, no tiene que ser sólo multidisciplinar, sino también multidimensional. Cuando se habla de CV, de satisfacción, de bienestar subjetivo o de cualquier otro constructo con quien él se confunde, la investigación deberá incorporar nuevos frentes comunes y sus interrelaciones. No es posible estudiarla sin las contribuciones de la Gerontología, la Sociología, la Economía y la Bioética, y aún más, del aporte que hacen los estudios de estilos de vida, afrontamientos a la enfermedad, de las habilidades funcionales, del ajuste, del estrés y el dolor, de la psiconeuroinmunología. Estos frentes se interconectan, y en el estudio de estas conexiones, y no solamente en los campos particulares que pudieran señalarse, es que la Psicología de la Salud podría hacer un aporte especial.

El horizonte que se abre a la investigación de la CV, y particularmente, a la contribución que puede hacer la Psicología de la Salud, consiste en lo esencial en «profundizar en la investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que llevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los

mecanismos con los cuales ellas afrontan, resisten e integran los mismos factores que, como en la enfermedad crónica, están deteriorando su vida» (Grau, 1997). Si se parte de un concepto amplio de salud, la prioridad debe estar dirigida a encontrar diseños teóricos y metodológicos apropiados que permitan evaluar dimensiones de la calidad de vida en personas y poblaciones no enfermas, con el objetivo de adoptar medidas para la promoción de la salud.

El curso del estudio de la CV es similar al de cualquier otro «metaconstruc-to», como puede ser el de estrés: ha sido difícil ponerse de acuerdo sobre sus componentes y relaciones entre ellos, sin las miras puestas verdaderamente en un enfoque multidisciplinar y dinámico. El futuro de esta integración en la investigación de la CV está en el esclarecimiento teórico del concepto, en la búsqueda de ordenadores medulares de la CV como proceso, y no sólo como constructo configuracional, en la elaboración de un modelo teórico-general que permita su consecuente operatividad a campos particulares.

Si el desarrollo histórico-conceptual ha estado vinculado a acepciones tales como las de satisfacción, bienestar y felicidad; si las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas, las experiencias, los motivos, los sentimientos y los valores del hombre (factores personales, valorativos y emocionales); si, en definitiva, lo que se evalúa es «calidad de vida percibida», o en otras palabras, cómo el nivel de vida o las situaciones objetivas del sujeto se transforman en bienestar subjetivo, la Psicología tendrá que jugar un papel decisivo en el esclarecimiento del proceso por el cual se perciben, estiman e interpretan los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la satisfacción y el bienestar y en la estructuración de sus elementos integrantes.

En este sentido puede definirse ese bienestar psicológico como «la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos está mediado por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo» (Victoria, 2000).

Desde esta perspectiva, la renuncia a uno de los dos polos: objetivo o subjetivo, o su simple dicotomización, entorpecería el análisis teórico por el que claman todos los investigadores. La CV, como pasa con muchos otros cons-

tructos, necesita la referencia a ambos polos, no sólo para ser descrita o evaluada, sino para ser explicada y pautaada como un complejo proceso de elaboración subjetiva, y en consecuencia, para orientar el *modus operandi* al cual deberán adscribirse los investigadores en este campo en el futuro próximo.

Lo cierto es que aún está ausente un modelo teórico de tal índole, que provea de una base para la medición, la predicción, la explicación y la intervención fuera de límites empíricos muy restringidos. Este modelo puede y debe encontrarse. Como dice Marie Johnston (1995) en su ponencia introductoria a la 8a. Conferencia Anual de la Asociación Europea de Psicología de la Salud, dedicada al análisis de los problemas de la calidad de vida, la Psicología de la Salud jugará un papel importante en el desarrollo de modelos teóricos multidisciplinares. Este desafío obligará a nuevas reconceptualizaciones, pero lo más importante es que develará nuevas opciones para la conservación de la salud y la vida con calidad, el enfrentamiento humano ante la enfermedad y el respeto merecido ante la muerte.

Por otra parte, la evaluación de la CV no puede renegar de las contribuciones acumuladas desde diferentes perspectivas, y a su vez, no puede conformarse con ellas. Aunque el consensus de hoy en día es a favor de un enfoque «modular», en el que se integren instrumentos que combinen una raíz genérica, ampliamente aplicable, con escalas específicas suplementarias, la mejor evaluación actual debería asumir un concepto de CV que se ajuste al problema que se está estudiando. Por tanto, la elaboración de ese «meta-constructo» deberá ser cautelosa y aplicable a la formulación especial de constructos particulares en campos concretos. Los modelos existentes podrían ayudar al esclarecimiento de este magno problema, y he aquí que hay que rescatar, con amplia proyección, la multidiversidad de resultados disponibles en los estudios hechos hasta el presente.

Médicos y psicólogos, economistas y sociólogos, harían muy bien en posponer los debates sobre la naturaleza o la configuración dimensional de la CV para centrarse en el análisis de los procesos que la determinan, en la naturaleza y devenir de sus variables moduladoras, en la elaboración de modelos teórico-generales de flexibilidad, y a la vez, de rigor suficientes, que permitan la operacionalización del constructo y la elaboración de metodologías evaluativas. Los resultados podrían entonces contrastarse entre sí y se abriría el camino a niveles superiores del conocimiento científico en este tema, tan importante para el hombre moderno.

La Psicología de la Salud puede, en consecuencia, aportar al enriquecimiento y solución de estos problemas. Se dedicaría, entonces, a subrayar la natu-

raleza subjetiva de la CV, a estudiar sus interconexiones con categorías y atributos relacionados con factores psicosociales en salud, a participar en la búsqueda de modelos teóricos psicológicos consecuentes, a desarrollar instrumentos válidos y confiables, y a esclarecer, finalmente, cómo decursa el proceso por el cual se transforman las condiciones de vida en bienestar, cuáles son los eslabones que conducen a él. Nuestra disciplina tiene un espacio en la lucha por el esclarecimiento de estos problemas, que conducirá a la paz, la satisfacción, el bienestar y la felicidad del ser humano. Imposible sería promocionar salud o prevenir enfermedades, para no hablar ya de tratar a las personas o rehabilitarlas desde una perspectiva de la Psicología de la Salud que obviara la calidad de vida.

ESTUDIO DE LA CV EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN EN CUBA

El trasplante de corazón cuenta con numerosos adeptos y con no pocos detractores. Existe la duda entre los ignorantes e incluso en especialistas de la medicina acerca de la CV después de trasplante cardíaco. Por tal motivo, fue propósito de un grupo de trabajo del Cardiocentro del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, evaluar la CV de un grupo de pacientes con un rango de supervivencia entre 4 y 9 años del trasplante de corazón. Tuvimos en cuenta para ello la valoración del equipo multidisciplinario que atiende al paciente (criterio objetivo) y la percepción que el paciente tiene sobre su calidad de vida (criterio subjetivo).

Objetivo general

Evaluar la calidad de vida de un grupo de pacientes trasplantados de corazón.

Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción que un grupo de pacientes trasplantados de corazón tiene de su calidad de vida después del trasplante (calidad de vida percibida).
2. Evaluar el criterio de un equipo de salud sobre la calidad de vida de un grupo de pacientes trasplantados (calidad de vida reportada).
3. Evaluar la correspondencia entre la calidad de vida percibida y la reportada.

Control semántico

Calidad de vida percibida: Definir la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud.

Calidad de vida Reportada: Criterio del equipo de salud estrechamente vinculado con el paciente.

Capacidad funcional: Nivel de funcionamiento físico del paciente de acuerdo con la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) por los resultados de la prueba ergométrica.

Estado emocional: Presencia de estados agudos de ansiedad o depresión en el momento del estudio.

Apoyo familiar: Presencia de un familiar que sirviera de apoyo al paciente en todas las etapas: pre, trans y post ingreso en la sala.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, con el uso de la metodología cualitativa.

Muestra

Se realiza un estudio de 20 pacientes transplantados de corazón con un rango de supervivencia entre 4 y 9 años.

Variables

1. Calidad de vida percibida

Para evaluar la calidad de vida percibida se establecieron los siguientes indicadores:

- a) Grado de satisfacción después del trasplante del corazón.
- b) Mejoría de las funciones vitales.
- c) Calidad del apoyo familiar antes y después.
- d) Aceptación por su centro de trabajo.
- e) Estatus laboral.
- f) Calidad de las relaciones familiares antes y después.
- g) Enfermedades padecidas después del trasplante cardíaco.
- h) Tipos de adicciones antes y después.

i) Efectos de las dinámicas grupales en ellos.

2. Calidad de vida reportada

Para evaluar la calidad de vida reportada el equipo de salud estableció los siguientes indicadores:

- a) Tiempo de sobrevida del trasplante.
- b) Contenido de trabajo antes y después del trasplante. Este criterio se obtuvo mediante investigaciones sociales.
- c) Capacidad funcional. Se obtuvo mediante la realización de la prueba ergométrica. Esta prueba permite establecer el nivel de capacidad funcional en grado I, grado II, III y IV. En la medida que avanza el grado es mayor la limitación física del paciente
- d) Calidad del apoyo familiar. Mediante entrevistas psicológicas a pacientes y familiares así como observación en sala. Se establecieron las categorías de bueno, regular y malo, de acuerdo a la presencia o no de un familiar acompañante de sostén capaz de cubrir las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente antes y después del trasplante.
- e) Estados agudos de depresión y ansiedad. Mediante la aplicación de pruebas psicológicas como el inventario de depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado de Charles Spielberger (IDARE). Se clasificó en estado emocional alterado y no alterado.

Procedimientos

Fueron utilizados para la recolección de la información:

1. Análisis documental: revisión de historias clínicas.
2. Entrevistas psicológicas.
3. Observación.
4. Encuesta de calidad de vida, confeccionada y validada para este tipo de pacientes, mediante un pilotaje.
5. Investigación social.
6. Inventario de ansiedad rasgo estado de Charles Spielberger (IDARE).
7. Inventario de Depresión de Beck.
8. Técnica de Discusión de gabinete.
9. Prueba ergométrica.

La calidad de vida percibida se obtuvo mediante la valoración del propio paciente. Para ello se elaboró una encuesta que recogía aspectos como: grado de satisfacción después del trasplante del corazón, mejoría de las funciones vitales, calidad del apoyo familiar antes y después, aceptación por su centro de trabajo, estatus laboral, calidad de las relaciones familiares antes y después, enfermedades padecidas después del trasplante cardíaco, tipos de adicciones antes y después y efectos de las dinámicas grupales en ellos.

Esta encuesta se le solicitó a cada paciente por escrito. La misma contenía preguntas cerradas en forma de categorías que el paciente debía evaluar, preguntas indirectas y preguntas abiertas que fueron procesadas cualitativamente.

La calidad de vida reportada fue obtenida con el uso de la técnica «Discusión de gabinete» por el equipo interdisciplinario integrado por la psicóloga, la cardióloga, un cirujano cardiovascular, y la trabajadora social. Como indicadores fueron consignados :tiempo de sobrevida del trasplante cardíaco, ocupación antes y después del trasplante cardíaco, estado emocional de acuerdo al resultado de las pruebas psicológicas, capacidad funcional de acuerdo a la clasificación de la New York Heart Association por los resultados de la prueba ergométrica y el apoyo familiar diagnosticado como Bueno, Regular o Malo, de acuerdo a la presencia o no de un sostén familiar capaz de cubrir las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente antes y después de su trasplante.

Este equipo reunido valoró cada uno de los indicadores y de ese modo se fueron conformando las tablas donde se identificaba cada paciente mediante técnicas cualitativas.

Posteriormente se procesó la información de acuerdo al análisis cualitativo de los datos (codificación y recodificación), luego de lo cual se expresaron los datos en porcentajes para ver el predominio de cada indicador.

Finalmente se comparó, también cualitativamente la calidad de vida percibida y la reportada para analizar la correspondencia o discrepancia.

Resultados

Se evaluaron 20 pacientes trasplantados de Corazón con una supervivencia entre 4 y 9 años de la intervención quirúrgica. Ver tabla 4.1

De los 20 pacientes encuestados, 5 eran mujeres (25%) y 15 eran hombres (75%), ver tabla 4.2. La mayoría de los pacientes se encontraban en el

momento del trasplante entre los 31 y los 60 años; 19 (95%), encontrándose en el momento del estudio entre los 41 y 70 años. Ver Tabla 4.3

Análisis por indicadores

Estado emocional: De acuerdo con los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión, la mayoría de los pacientes presentaban un estado emocional no alterado tanto antes como después de trasplante cardíaco. (65% antes y 85% después), esto es la no presencia de estados agudos de ansiedad ni depresión. Ver tabla 4.4

Capacidad Funcional (CF): De acuerdo con la clasificación de la N.Y.H.A., antes del trasplante cardíaco, el 100% de los pacientes presentaban una CF grado IV, mientras que después del mismo el 80% estaban ubicados en Grado I y el 20% en Grado II. (Tabla 4.5)

Apoyo familiar: El equipo multidisciplinario evaluó este aspecto como bueno en el 90% de los pacientes antes del trasplante cardíaco y en el 95% después. Este incremento se debe en gran medida al trabajo realizado con la familia en su estancia en el centro, a pesar del cual, algunos no se sensibilizan del todo. (Tabla 4.6)

Evaluación de la calidad de vida percibida

El 100% de los pacientes vivencia su calidad de vida entre Muy Satisfecho (80%) y satisfecho (20%). (Tabla 4.7)

Esto se confirma en la tabla 4.8 en la cual se ilustra que el 100% volvería a trasplantarse si tuviera un a situación de salud similar y accedería a un trasplante de un hijo o su cónyuge. Ningún paciente siente molestias con su nuevo corazón, todo lo contrario, al preguntarle si han sentido cambio en su personalidad después del trasplante cardíaco, 5 pacientes expresaron que sí (25%) de los cuales 4 (20%) consideran que, en sentido positivo ya que ahora aprecian más la vida, le dan más valor a aspectos que antes soslayaban y los impulsivos, suavizaron su carácter.

Las creencias religiosas, que se registraron porque suele suceder que proliferen en momentos críticos de la vida, sólo se incrementaron en un caso que planteó que piensa que ahora cree porque cuando iba para el quirófano pidió salir bien y lo consiguió, pero no practica ninguna religión. En sentido general los pacientes apreciaron un restablecimiento de las funciones cardíacas, respiratorias, sexuales y de sueño (100%) tres se mantienen con padeci-

mientos digestivos como gastritis (15%) y dos con problemas psíquicos que no fueron detectados en el pretrasplante, ya que el mismo se realizó de urgencia y no se sometieron a evaluación psicológica (tabla 4.9).

Las adicciones disminuyeron considerablemente, como puede apreciarse en la tabla 4.10. El hábito tabáquico se eliminó totalmente. La mayoría de las familias mejoró sus relaciones con sus pacientes o las mantuvo igual en el caso de que eran buenas desde antes. (95%).

La tabla 4.11 ilustra que sólo un paciente presentó un empeoramiento de las relaciones familiares por causas de otra índole que devinieron en desajustes importantes que fueron tratados por la psicóloga del equipo.

Con respecto a la incorporación al trabajo, si se tiene en cuenta que el 60% de los pacientes estaban por encima de los 50 años, no pudo ser total. Diez pacientes continuaron trabajando o se les reajustó de acuerdo a sus condiciones actuales de salud (50%) y el resto ya estaba jubilado o se jubiló después. Como ejemplo de reajuste del puesto de trabajo, hubo un paciente que era estibador del Puerto del Mariel y después continuó trabajando en el Puerto pero como planificador. (Tabla 4.12)

Un aspecto que a muchos llama la atención es cómo llevan la vida los pacientes trasplantados de corazón, en el sentido de las limitaciones que deben tener por el régimen medicamentoso. Sin embargo, el 70% de los pacientes plantean que el tratamiento no interfiere su vida normal y sólo tres refieren que les mortifica. (Tabla 4.13)

Las dinámicas grupales que se realizan mensualmente con todos los trasplantados con el fin de lograr mayor eficiencia en sus mecanismos de autorregulación personal (autovaloración adecuada y nivel de aspiraciones congruente), surten el efecto esperado a juzgar por las vivencias que expresan los pacientes.

De acuerdo con los resultados que se ilustran en la tabla 4.14 sólo a cinco pacientes le molestan algunos temas que se discuten y a cuatro de ellos le recuerdan que es un paciente, no obstante, participan en las mismas.

En el procesamiento de las preguntas abiertas se encontraron resultados muy interesantes: Entre las preocupaciones antes del trasplante se encuentran con mayor frecuencia: salir bien de la operación, la familia, la Revolución, pero a un paciente le inquietaba que para que él viviera tuviera que morir otra persona, lo que es indicador de sentimientos muy nobles.

En el post trasplante les preocupaba el mantenimiento de la salud, la familia, la revolución y el trabajo, pero también aparecen preocupaciones de cómo contribuir a la manutención de la familia del donante. Ningún paciente manifestó como preocupación problemas económicos, ya que tanto el trasplante

como su seguimiento es gratuito en Cuba. Esto cobra mayor interés si se tiene en cuenta la distribución de los pacientes de acuerdo con su procedencia social. (Tabla 4.15)

Evaluación integral de la calidad de la vida

Al evaluar integralmente la calidad de la vida, el 95% de los pacientes la ubica entre Regular o Mala antes del trasplante cardíaco, mientras que la misma cifra la evalúa entre Excelente y Buena después del trasplante.

Un detalle muy interesante se encontró al analizar la coincidencia entre la vivencia de satisfacción después del trasplante, con la evaluación integral de su calidad de vida. Como puede observarse los pacientes (55%) coinciden en sentirse muy Satisfechos después del trasplante cardíaco y tener una Excelente Calidad de vida, cinco (25%) están Muy Satisfechos con su trasplante pero le faltan algunos detalles para que su calidad de vida sea Excelente. Nótese que un paciente se siente satisfecho con el trasplante, pero tiene problemas familiares que hacen que su calidad de vida sea Regular. Por tanto, no hay incongruencias sino que al evaluar Calidad de Vida, no puede tomarse como único parámetro la salud, aunque sea éste un indicador básico. (Tabla 4.16).

Discusión

Existe una innegable mejoría de la CV después del trasplante cardíaco en Cuba, lo que se traduce en: restablecimiento de las funciones cardíacas, respiratorias, digestivas, sexuales y psíquicas; mejoría por consiguiente de la capacidad funcional; disminución del nivel de adicciones al café, al alcohol a los sedantes, erradicación del tabaquismo y mejoramiento de las relaciones familiares.

Se encontró una total correspondencia entre la valoración objetiva de la calidad de la vida tomando como indicadores los parámetros del equipo de salud y la valoración subjetiva de los pacientes, lo que se expresa en la vivencia de satisfacción y la evaluación integral de su calidad de vida después del trasplante cardíaco. Estos resultados son el producto de la atención interdisciplinaria, integrando los aspectos médicos, psicológicos y sociales para el logro de un estado óptimo de salud de nuestros enfermos.

Tabla 4.1. Sobrevida del trasplante

Años de sobrevida	4	5	6	7	8	9
%	20	15	20	5	20	20

Fuente: Historias clínicas

Tabla 4.2. Distribución por sexo

Sexo	Masculino	Femenino
No	15	5
%	85	15

Tabla 4.3. Distribución por edades

Edad en años	En el momento del trasplante		En el momento del estudio (Diez años después)	
	pacientes	%	pacientes	%
0-20	1	5	0	0
21-30	0	0	1	5
31-40	4	20	0	0
41-50	7	35	7	35
51-60	8	40	8	40
61-70	0	0	4	20

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4.4. Estado emocional antes y después del trasplante

	No alterado		Alterado	
	pacientes	%	pacientes	%
antes	13	65	7	35
después	17	85	3	15

Fuentes: IDARE y Beck

Tabla 4.5. Capacidad funcional antes y después del trasplante

Capacidad funcional	Antes del trasplante		Después del trasplante	
	Pacientes	%	Pacientes	%
I	0	0	16	80
II	0	0	4	20
III	0	0	0	0
IV	20	100	0	100

Fuente: Prueba ergométrica

Tabla 4.6. Apoyo familiar antes y después del trasplante

	Antes del trasplante		Después del trasplante	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Bueno	18	90	19	95
Regular	2	10	1	5
Malo	0	0	0	0

Fuente: Discusión de gabinete

Tabla 4.7. Grado de satisfacción postrasplante

	Pacientes	%
Muy satisfecho	16	80
Satisfecho	4	20
Poco satisfecho	0	0
Insatisfecho	0	0

Fuente: Encuesta

Tabla 4.8. Resultado de preguntas abiertas. Encuesta

Preguntas	Sí		No	
	Pacientes	%	Pacientes	%
¿Volvería a trasplantarse?	20	100	0	0
¿Trasplantaría a un ser querido?	20	100	0	0
¿El nuevo corazón le crea molestias?	0	0	20	100
¿Cambios en su personalidad después del trasplante?	5	25	15	75
¿Creencias religiosas antes del trasplante?	5	25	15	75
¿Creencias religiosas después del trasplante?	6	30	14	70

Tabla 4.9. Restablecimiento de funciones postrasplante

Funciones	Pacientes	%
Cardíacas	20	100
Respiratorias	20	100
Digestivas	17	85
Sexuales	20	100
De sueño	20	100
Psíquicas	18	90

Fuente: encuesta

Tabla 4.10. Adicciones antes y después del trasplante

Tipo de Adicción	Antes		Después	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Café	17	85	0	0
Alcohol	9	45	0	0

Tabaco	12	60	0	0
Sedantes	18	90	2	10

Fuente: encuesta

Tabla 4.11. Calidad de las relaciones familiares después del trasplante

Mejores		Iguales		Peores	
Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
12	60	7	35	1	5

Fuente: Encuesta

Tabla 4.12. Incorporación al trabajo

	Pacientes	%
Continuaron en el mismo	7	35
Se jubilaron después	3	15
Estaban jubilados antes	7	35
Pasaron a otro menor esfuerzo físico	2	10
Pasaron a otro menor esfuerzo intelectual	1	5

Fuente: Encuesta

Tabla 4.13. Actitud ante régimen medicamentoso

	Pacientes	%
Le mortifica	3	15
Lo aceptan por considerarlo necesario	3	15
No interfiere su vida normal	14	70
Total	20	100

Fuente: Encuesta

Tabla 4.14. Efectos de las dinámicas grupales

	Pacientes	%
Les informan sobre enfermedad y tratamiento	18	90
Le permiten encontrarse con los demás	19	95
Es una oportunidad verse con el equipo médico	19	95
Oportunidad para distraerse	14	70
Les gustan los temas de discusión	18	90
Les molestan los temas de discusión	5	25
Les hace sentirse enfermos	4	20
Les sirve de experiencia los problemas de los demás	15	75

Fuente: Encuesta

Tabla 4.15. Procedencia social

	Pacientes	%
Estudiantes	1	5
Obreros	14	70
Profesionales	1	5
Jubilados	4	20
Total	20	100

Fuente: Encuesta

Tabla 4.16. Coincidencia de la vivencia de satisfacción post-trasplante con la evaluación de la calidad de vida

Satisfacción post trasplante	Evaluación de la calidad de vida							
	Excelente		Buena		Regular		Mala	
	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%	Ptes	%
Muy satisfecho	11	55	5	25	0	0	0	0

Satisfecho	1	5	2	10	1	5	0	0
Poco satisfecho	0	0	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

Encuesta

Estimado: _____

Queremos conocer como usted valora su calidad de vida después del trasplante. Para ello es necesario que responda las siguientes preguntas. No hay respuestas buenas ni malas, lo importante es que expresen como usted se siente después del trasplante.

Agradecemos de antemano su colaboración.

1. Si tuviera que evaluar su grado de satisfacción después del trasplante, lo haría en términos de:

Muy satisfecho___ Satisfecho___ Poco satisfecho___ Insatisfecho___

2. Si volviera a nacer y tuviera una situación similar de salud, se trasplantaría?

Si___ No___ ¿Por qué?_____

3. Si su cónyuge, o un hijo suyo tuviera necesidad de un trasplante, usted accedería?

Sí___ No___

4. ¿Cuáles eran sus tres preocupaciones antes del trasplante?

¿Cuáles son ahora?

5. ¿Se restablecieron todas sus funciones después del trasplante? Detalle:

cardíacas _____

respiratorias _____

digestivas _____

sexuales _____

de sueño _____

psíquicas _____

6. Si usted padecía de alguna enfermedad antes del trasplante....Ahora:

¿En cuál ha mejorado? _____

¿En cuál ha empeorado? _____

¿En cuál se mantiene igual? _____

7. ¿Qué adicciones (vicios) tenía antes del trasplante? ¿Y ahora?

	Antes	Ahora
Café	_____	_____
Alcohol	_____	_____
Tabaco	_____	_____
Medicamentos para los nervios	_____	_____

8. Las relaciones con su familia son ahora:

Mejores que antes _____ Iguales _____ Peores _____

9. Con respecto al trabajo:

Continúa en el mismo _____

Se jubiló después de trasplantado _____

Ya estaba trasplantado y se mantuvo así _____

Tuvo que pasar a otro de menor esfuerzo

Físico _____

Intelectual _____

Otra opción _____

10. Como ha sido aceptado por su centro de trabajo después del trasplante?

Bien _____ Regular _____ Mal _____

11. ¿Qué medicamentos usaba antes del trasplante? ¿Y ahora?

Antes

Ahora

12. ¿Qué enfermedades extracardiacas ha padecido después del trasplante?

13. ¿Cuál de las actividades que le han suprimido después del trasplante le ha afectado más?

14. ¿El nuevo corazón le crea molestias? Sí___ No___

Cual es la principal?_____

15. ¿Ha notado cambios en su personalidad después del trasplante?

Sí___ No___ ¿Cuáles?_____

16. ¿Tenía creencias religiosas antes del trasplante? Sí___ No___

¿Tiene ahora? Sí___ No___

¿Qué tipo de religión practica?_____

17. ¿Qué efectos han tenido sobre usted las dinámicas grupales que se realizan con los trasplantados cardíacos? Marque todas las que considere:

Me dan información sobre mi enfermedad y tratamiento_____

- Me permiten encontrarme con los demás _____
- Es una buena oportunidad para encontrarme con el equipo médico_____
- Es una oportunidad para distraerme _____
- Me gustan los temas que se discuten_____
- Me molestan los temas que se discuten_____
- No me gradan porque me hacen sentirme enfermo_____
- Me sirven de experiencia los problemas de los demás_____

18. Qué se le ha facilitado por trabajo social?

19. Evalúe integralmente su calidad de vida

Antes del trasplante		Después del trasplante
_____	Excelente	_____
_____	Buena	_____
_____	Regular	_____
_____	Mala	_____

20. ¿Desea hacerle alguna sugerencia al equipo de salud?

CAPÍTULO V

APOYO SOCIAL Y SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE CARDÍACO

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XIX, Durkheim, en un trabajo dedicado al suicidio, comprobó que esta conducta era más propensa en personas con menor cantidad de lazos sociales. Concluyó también el investigador que prevalecía en hombres y mucho más en personas solteras que en casadas. Musitu, otro estudioso del tema, sugiere que desde esta época se perfila ya el inicio de la investigación epidemiológica sobre el apoyo social (Musitu, 1993).

Sin embargo, no es hasta la década del 60 que este término comienza a tener interés en la psicología. Un concepto importante lo constituye el de causación multifactorial (en la etiología de las enfermedades humanas hay una fusión de múltiples factores de riesgo interactuando). En esta década se llegó a la conclusión de que los agentes estresantes pueden ser responsables de la duración y el curso de muchas enfermedades y que las relaciones interpersonales pueden proteger al individuo de estos factores.

Múltiples disciplinas han utilizado el concepto de apoyo social con fines investigativos: psicología, epidemiología, educación, trabajo social, sociología, entre otras, motivo por el cual su definición es un inconveniente a tener en cuenta cuando se trabaje con esta categoría.

M. Roca planteó al respecto: “La definición de Apoyo social, es por tanto, la primera gran dificultad metodológica, en tanto el término ha sido usado por diferentes investigadores para referirse a procesos desiguales. Esta extensión y diversidad conceptual que posee el apoyo social reúne aspectos muy distantes que han permitido el surgimiento de variadas taxonomías que intentan reunir los componentes comprometidos en este proceso” (Roca, 1998).

CONSIDERACIONES ACERCA DEL APOYO SOCIAL. DEFINICIONES

En la literatura se recogen algunas definiciones que están concebidas desde diversas aristas. Primero, está el modelo de Hipótesis Amortiguadora, donde se reconoce el apoyo social para el enfrentamiento de sujetos estresados. Al respecto P. Thoits (1986) plantea que: el apoyo social es una ayuda o recurso para el enfrentamiento, es decir, son las acciones ejecutadas para un individuo distresado por otras personas importantes para él (miembro de la familia, compañero de trabajo, vecinos, etc.). Consideramos, en este punto, que sólo a través del enfrentamiento se logra que el apoyo social influya en la salud.

Dentro de esta misma arista se encuentran, Ganter y Víctor (citados por N. Bages, 1990). Para ellos el apoyo social consiste en “la presencia de otros, o los recursos brindados por ellos, ante, durante, o después de un evento estresante”.

Eyres, (citado por G. Musitu, 1993) refiere que el apoyo social: “es información y recursos de otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza, maximizan la posición actual de dominio y facilita la acción directa y anticipatoria de modos de afrontamientos”.

Hasta aquí se han resumido algunos autores encontrados en la literatura que conciben el apoyo social solo cuando el sujeto se encuentra amenazado por el medio ambiente.

Otros autores conciben este constructo con una visión más positiva, ejemplo, Bhoradwaj y Wilkening, (citados por G. Musitu, 1993), afirman que el apoyo social se manifiesta en “los lazos expresivos y afectivos esenciales para mantener la integridad de uno mismo y los sentimientos de solidaridad grupal”.

Según G. Musitu (1993) y Kahn y Antonusci (1980), “el apoyo social es define a través de tres elementos: afecto, afirmación y ayuda”.

1. Afecto: comprende cariño e intimidad emocional.
2. Afirmación: proporciona información sobre lo aceptivo o no de sus pensamientos y acciones.
3. Ayuda: ayuda material.

Otros autores destacan la significación del componente evaluativo (connotación percibida). Esta arista está representada entre otros por Moos y Shaefer. Moos, (citado por G. Musitu, 1993) refiere que: “el apoyo social es el sentido subjetivo de pertenencia o de ser aceptado, querido, o necesitado, tanto por uno mismo como por lo que uno puede hacer”. Shaefer concibe el apoyo social como: “una estimación o evaluación de cómo y en qué grado una interacción, esquema de interacción o relaciones, sirve o no de apoyo”. Se le da gran peso al grado de percepción del apoyo.

Al respecto Heller, Swendle y Desembury (1986), plantean que: “solo el apoyo social influye en la salud a través de los procesos evaluativos”. Consideran que ofrecer ayuda no es protectora de salud, que solo pudiera proteger la salud en la medida en que esta actividad sea percibida e interpretada por el individuo que recibe el apoyo como gratificante. Para estos autores las relaciones de apoyo que realzan la autoestima son los medios más eficaces a través de los cuales se obtienen beneficios para la salud.

Hay otros intentos en la literatura acerca el tema de integrar las variadas definiciones encontradas. Un ejemplo de ello lo tenemos en S. Cohen y L. Syme, quienes han adoptado una amplia definición de apoyo social, al concebirlo como los recursos proporcionados por otras personas. Cuando se concibe en término de recursos, se admite la posibilidad de que tal apoyo pueda tener tanto influencias positivas como negativas en la salud y el bienestar, por lo que optan por la definición de salud planteada por la OMS: “el estado de completo bienestar físico social y mental”.

El apoyo social constituye uno de los factores psicosociales que determina el perfeccionamiento de la salud humana, ya que, los factores psicosociales no son otros que los elementos de carácter psicológico y/o ambiental que tienen un papel importante en la aparición, evolución y pronóstico de las enfermedades.

Cassel en 1976, responsabilizó a los procesos psicosociales como protectores de la salud y especificó que el apoyo social que proviene de los grupos primarios es muy importante, pues proporciona al individuo una retroalimentación que le puede corregir desviaciones cognitivas, afectivas y/o comportamentales (M. Fuentes, 1985).

Con relación al papel del apoyo social durante la convalecencia de una enfermedad, podemos decir que el cuidado celoso del paciente, la información de lo que está ocurriendo en los círculos sociales en los cuales está insertado, la expresión de confianza de familiares y amigos sobre el futuro del paciente, etc., inducen a una elevación de la autoestima y de la motivación a alcanzar una mejoría de salud. La ayuda influye también directamente en los estados emocionales y cognitivos asociados a las alteraciones, y el cumplimiento del régimen médico. Todos estos elementos facilitan la movilización del sistema inmunológico en el sentido de elevación de la salud.

Interacción factores sociales-enfermedad

El apoyo social, como se ha señalado, contribuye a la integración de la gran diversidad de conceptos que expone la literatura con respecto a la interrelación de los factores sociales-enfermedad. De este modo, hace gran hincapié en los elementos de esta interrelación. Para dar apoyo, hay que tener en cuenta:

1. ¿Quién o quienes dan el apoyo?

Un mismo apoyo puede ser aceptado de uno y de otros no. El papel del que da el apoyo es importante en la determinación de si una manifestación de apoyo puede tener un impacto positivo o no. Por ejemplo, una persona que está destruida porque la desemplearon, puede sentirse mejor apoyada por un compañero de trabajo que por su pareja.

2. ¿Qué clase de apoyo está siendo dado?

Un recurso dado puede o no proporcionar bienestar, en dependencia de que el mismo sea apropiado o no para la situación y la persona. Por ejemplo, una ayuda monetaria puede ser muy buena para un desempleado, y podría no ser la adecuada para uno que haya sido asaltado.

3. ¿A quién se le está dando el apoyo?

Las características del que recibe el apoyo -su personalidad, su papel social y cultural, sus posibilidades para manejar alternativas-, son importantes en la determinación de la efectividad de ese apoyo.

4. ¿Para qué tipo de problema está dándose el apoyo?

Cada problema debe tener apoyos específicos. Por ejemplo, los conflictos matrimoniales, los desempleos, los asaltos, etc. deben necesitar apoyos diferentes.

5. ¿En qué momento está dándose el apoyo?

Un apoyo social puede necesitarse en un momento dado, antes o después puede no tener efectividad. Por ejemplo, un desempleado puede pensar inicialmente que su despido se debe a problemas económicos o a incapacidad de los directivos, no afectándole esto su autoestima, y por tanto, puede que no necesite apoyo en este sentido. Aunque un tiempo después puede necesitarlo.

6. ¿Por cuánto tiempo se está dando el apoyo?

Muchas redes funcionan bien prestando ayuda de corto término, pero cuando la provisión se extiende en el tiempo, pueden existir demandas en la red que están más allá de su capacidad. La habilidad para mantenerlo por un tiempo prolongado, es la cuestión esencial en el papel del apoyo en las enfermedades crónicas o en el sufrimiento del estrés durante mucho tiempo.

7. ¿Cuál es el costo de dar y recibir apoyo?

El costo de dar y recibir apoyo y las percepciones de estos costos pueden ser críticos, en dependencia de si este es pedido o cedido. También depende del impacto de la donación del apoyo en la relación entre el donante y el que lo recibe. Del mismo modo, las percepciones de la utilidad del apoyo están influidas por el costo que representa esta para el donante, y si puede dar el apoyo que se solicita. (Cuando los apoyos se movilizan en respuestas a problemas que son lentos en el cambio y/o resistentes a la intervención, el donante puede ser sujeto de la frustración, de sentimientos de impaciencia, de pérdida de destreza, etc.).

Todos estos aspectos mencionados deben verse en estrecha relación dentro del proceso de apoyo. En esto radica la complejidad de este proceso. Así, la utilidad del apoyo a largo plazo está determinada por la persona que da el apoyo y por el tipo de apoyo que se necesita. Por ejemplo, un familiar puede prestar dinero por largo tiempo, pero proveer apoyo fomentador de autoestima por corto tiempo; mientras un compañero de trabajo puede prestar dinero por corto tiempo, y sin embargo proveer un apoyo fomentador de autoestima por largo tiempo.

Estas relaciones pueden ser más complicadas si se considera que la naturaleza y el carácter del problema pueden variar con el tiempo, y con cada cambio debe haber también una variación en la naturaleza y el carácter de los apoyos utilizados. Las enfermedades son una clara ilustración de este aspecto, tanto aquellas que aparecen insidiosamente y terminan en amenazas para la vida, como también a la inversa: el proceso de rehabilitación después de una grave enfermedad. En ambos casos el apoyo debe variar con el paso de un polo a otro.

También los problemas pueden venir acompañados y cada uno puede ser tributario de apoyos diferentes. Hay otros momentos en que los roles de las personas que reciben y dan se intercambian, esto puede ser posible puesto que el apoyo es una relación interpersonal, no son acciones aisladas de los individuos.

Apoyo social y estrés

Estudios epidemiológicos e investigaciones actuales en el campo de la Clínica y la Psicología, han brindado evidencias del papel protector que tiene el apoyo social ante situaciones de estrés y en contra del riesgo de enfermar (Moss, 1988; Cohen y Wills, 1985; Díaz -Veiga, 1987, cit. por D. Zaldívar, 1996).

El estudio del apoyo social como factor psicosocial se ha centrado en la relación de este con el estrés. Se han sugerido diversas teorías que insisten en ver al apoyo social como factor causal tanto de la prevención de la enfermedad como del fomento de la salud. Kessler y Mcleor (citado por M. Roca, 1998), hicieron una revisión de estudios con metodologías adecuadas, y encontraron el establecimiento de asociaciones entre salud mental y apoyo. En esta revisión se tomaron en cuenta tanto los estudios realizados partiendo de la hipótesis de los efectos directos, como los de la amortiguadora y, ambas correlacionaron indistintamente con resultados de salud mental. Sería oportuno en este sentido referirnos a una detallada sistematización que realiza M. Pérez (1995).

El modelo de amortiguamiento de las relaciones sociales (Dean, 1978) plantea que las redes de apoyo social afectivas amortiguan el efecto del estrés sobre el bienestar psíquico del sujeto. La hipótesis de amortiguación (buffer) enfatiza el componente restaurador de la salud amenazada, planteando que el apoyo puede ejercer su influencia en dos momentos diferentes de la relación estrés-patología, House, 1981; Cohen y Mckay, 1984; Cohen y Syme, 1985, citados por M. Roca (1998).

En el primer momento el apoyo interviene en el evento estresor, en las expectativas de este evento y en la experiencia estresante, mediante la atenuación o prevención de la respuesta de estrés. De esta forma los recursos que ofrecen los demás pueden redefinir y reducir el daño potencial planteado por la situación y/o reforzar la habilidad para enfrentar las demandas que esta impone. Así pueden actuar, tanto en la prevención de la evaluación como estresante, como facilitando los recursos de afrontamiento que se necesitan para dar una respuesta eficaz.

En el segundo momento el apoyo puede intervenir entre la inminencia de la experiencia de estrés y la ocurrencia de los resultados patológicos, mediante acciones contribuyentes a la traducción de la experiencia de estrés o acciones que influyen directamente sobre los comportamientos responsables de la enfermedad. Los mecanismos son similares pero los momentos son diferentes.

El otro modelo (Main effects) o de Efectos Directos señala que el apoyo social pone efectos positivos por sí mismo y no solo como amortiguador de lo nocivo. De esta forma podría influir sobre el estado mental del sujeto, independientemente de los niveles de estrés existentes y además moderar los efectos del mismo. Esta hipótesis sostiene que siempre que existe apoyo social, éste potenciará la salud y fomentará el bienestar de los individuos con independencia de que éste último vivencie o no-estrés.

Esto sugiere que el apoyo social y la salud están relacionados linealmente, es decir, un incremento del apoyo social será beneficioso para la salud, independientemente del nivel de apoyo ya existente. Consideramos que si así fuera, hubiese que entrar a analizar no solo el incremento de los vínculos de apoyo sino la calidad de los mismos.

Con relación a este modelo, si bien es cierto que el apoyo social puede influir en el bienestar y la salud del individuo, no lo consideramos como un factor que por sí solo garantice dicho bienestar, ya que en este proceso entran a jugar un cúmulo de factores y no existe ninguno que sea por sí mismo determinante.

Estos modelos no deben considerarse excluyentes entre sí, ya que varias investigaciones han demostrado que el apoyo social tiene tanto efectos directos como amortiguadores sobre la salud y el bienestar de las personas (Kessler y McLeod, 1985).

El interés de la investigación no debe estar centrado en la comparación de los modelos, puesto que esto no incrementará significativamente la comprensión de cómo el apoyo social previene las enfermedades y/o eleva la salud. De hecho, algunas hipótesis nos proveen de explicaciones para seguir ambos modelos.

Funciones del apoyo social

Otro gran problema teórico-metodológico lo constituyen los tipos de apoyo social que resultan beneficiosos. En la literatura se recoge tanto diversidad conceptual como de clasificaciones y de tipos de apoyos diferentes sin que haya un total acuerdo entre los mismos.

Barrera y Ainlay, 1983 (citados por M. Roca, 1998) distinguieron seis categorías de apoyo social:

1. Ayuda material.
2. Asistencia conductual (compartir tareas a través de la labor física).
3. Interacción íntima (comportamientos tales como, escuchar al otro, expresar estima, cariño, comprensión, etc.).
4. Guía, ofrecer aviso, información o instrucciones.
5. Retroalimentación sobre conductas, pensamientos o sentimientos.
6. Interacción social positiva (interacciones sociales que permitan divertirse y relajarse).

G. Musitu resume las siguientes funciones del apoyo social:

1. Instrumental: apoyo material.
2. Emocional: sustento emocional.
3. De estima: valoración, reconocimiento.
4. Informativo: guiar, orientar.
5. De compañía: proximidad, disposición.
6. Motivacional: estimular, animar.

En la literatura, lejos de aclarar este aspecto del apoyo social, se ha complejizado aún más. Los autores, al referirse a una misma dimensión, utilizan términos diferentes lo cual promueve la confusión. M. Roca es aceptado cuando considera que: “la clasificación propuesta por P. Thoits, (1986) abarca de manera integradora la diversidad de funciones descritas y ayuda a evitar la proliferación de términos”. Las funciones que se identifican son las siguientes:

1. Apoyo instrumental: acciones o ayuda material otorgada por otros que facilitan la realización de las responsabilidades.
2. Apoyo socioemocional: demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia al grupo (lo principal es lo vivencial subjetivo).

3. Apoyo informacional: se refiere a la comunicación de opiniones o hechos relevantes a dificultades corrientes, tales como aviso, retroalimentación personal e información que puedan mitigar circunstancias de la vida.

¿Puede el apoyo social dañar la salud?

Otro aspecto a tener en cuenta en el apoyo social es que no siempre es positivo. Muchos autores han advertido sobre lo negativo que aquel resulta en determinadas situaciones (S. Cohen y L. Syme, 1985).

Algunas variables del apoyo social como el tipo de apoyo, cantidad ofrecida o el momento de proporción, pueden engendrar efectos tanto beneficiosos como dañinos (M. Roca, 1998).

De hecho se han ofrecido evidencias de que el apoyo social no solo consiste en tener una amplia red de apoyadores ni buenas intenciones del que tributa el apoyo, sino que hay un componente subjetivo importante, que es la percepción y satisfacción con el apoyo recibido (Cohen y Syme, 1985).

Hay situaciones en que el tipo de apoyo y la fuente de apoyo no es la adecuada, por lo que este se convierte en generador de tensiones tanto para el que tributa el apoyo como para el que lo recibe. También el apoyo puede ser nefasto en situaciones donde determinadas características personales se oponen a la posibilidad de ser apoyado (susceptibilidad elevada, autovaloración inadecuada, oposición de puntos de vistas entre las partes implicadas, etc.).

Sería más fácil creer que el apoyo siempre va a ser positivo para aquel que lo recibe, pero la práctica demuestra lo contrario. En ocasiones puede este convertirse en fuente de tensiones que perjudica la salud y el bienestar de las personas.

Otro aspecto interesante a evaluar en el apoyo social son los efectos a largo plazo. El apoyo que brindamos en un momento determinado no va a satisfacer en todo momento del ciclo vital las mismas necesidades, e inclusive lo que en un momento estimuló al sujeto a tomar un camino “positivo”, en un futuro puede ser fuente generadora de dependencia y desadaptación.

Al respecto se refiere M. Roca, (1998) cuando dice: “Es interesante reflexionar en los efectos a corto y a largo plazo del apoyo social, pues una relación de apoyo actual, bien valorada tanto por el proveedor como por el receptor del apoyo, puede ser muy gratificante en el aquí-ahora. Pero al no ajustarse a los requerimientos y exigencias de la problemática de salud, pueden traer consecuencias muy nefastas a largo plazo”.

Resulta notorio pensar en lo necesario que es el apoyo de una madre para su hijo con relación a la alimentación y el aseo cuando este es pequeño.

Pero si a lo largo del ciclo vital estas atenciones se mantienen, imposibilitarán la movilización de comportamientos del infante para el dominio de estos hábitos esenciales en su vida.

Los efectos negativos del apoyo social no solo están presentes en el que recibe el apoyo, sino que también el que tributa puede percibir estos y generar en los mismos estados desagradables (L. Pearlin, 1985).

Algunas situaciones que pueden engendrar malestar en el que tributa el apoyo pueden ser:

1. Alta resistencia de la persona que es apoyada.
2. Ayuda a personas que presentan enfermedades terminales que su desgaste es inminente y la persona no ve gratificada sus esfuerzos.
3. Otras situaciones que engendren en el proveedor de apoyo malestar.

Perspectivas de acercamiento al constructo apoyo social

Otro aspecto que se debe tener en cuenta cuando se investigue el apoyo social y de hecho es un problema metodológico fundamental, es la perspectiva de acercamiento a su estudio. La literatura recoge dos tipos de análisis para su comprensión: la estructural y la funcional. Si se ha conceptualizado el apoyo social en términos de estructura, se concibe solo el aspecto más objetivo del concepto, el tamaño de la red social, accesibilidad de recursos que le apoyen, estructura de las relaciones interpersonales, etc. En esta perspectiva se introduce el concepto de red social (lazos o ataduras de un sujeto con determinado grupo de personas). Kaplan y Cols (1994) concluyeron, con respecto a lo anterior, que en los hombres el riesgo de morir aumenta coincidentemente en aquellos que reportan tener pocas personas a quien dar y de quien recibir apoyo, pobre participación en organizaciones, pequeño grupo de amigos, no estar casados y mantener relaciones sociales de poca calidad. Cuando se le pide a una persona que piense en qué entiende por apoyo social, se refiere al aspecto estructural.

El pertenecer a una amplia red social, no asegura ni su funcionamiento óptimo ni, en consecuencia, el bienestar psicológico para sus miembros. Es justo, no obstante, admitir que estar insertado en una estructura social amplia, ofrece más posibilidades de encontrar fuentes de apoyo potenciales y beneficiosas para la salud y el bienestar, que estar insertado en una red pequeña (M. Roca, 1998).

Otro de los aspectos que no tiene en cuenta este modelo estructural del apoyo social es la calidad del apoyo recibido de los miembros de su red

social. La perspectiva funcional establece la valoración subjetiva de las relaciones, es decir, cómo las personas perciben el apoyo que reciben, si es gratificante o no.

Según M. Roca, (1998) «muchos investigadores consideran que el verdadero apoyo es el percibido, argumentando que si el sujeto no percibe la ayuda ofrecida de los recursos externos que están a su disposición, estos difícilmente influirán sobre su salud y bienestar». Otros como S. Cohen y L. Syme, (1985) refieren que la percepción de que otros están dispuestos a ayudar y estar integrado a una red social puede tener efectos positivos en el individuo. Se les eleva la autoestima y los sentimientos de estabilidad y control sobre el medioambiente. Este estado psicológico favorable influye sobre la vulnerabilidad a enfermedades físicas a través de su efecto sobre el sistema inmunológico y/o endocrino.

S. Cohen, y L. Syme, (1985) proponen que los efectos del apoyo social en la salud y el bienestar están mediados por cambios conductuales, fisiológicos, perceptuales o combinaciones entre estas alternativas.

Al igual que en la hipótesis de los efectos directos en la buffer, se han ofrecido modelos de la vía de operar el apoyo social. House, (citado por M. Roca, 1998), refiere que el apoyo social reduce la percepción de una situación como estresante, por lo que se tranquilizan los sistemas neuroendocrinos y neuroinmunológicos.

Heller, Swendler y Desembury (1986), consideran que el apoyo social influye en la salud a través de los procesos evaluativos, es decir, como los sujetos perciben e interpretan la actividad social de los otros. Estos autores aseguran que el apoyo social puede afectar la salud y el bienestar de las personas tanto de forma directa como a través de los procesos amortiguadores. Sostienen que hay dos componentes claves mediante los cuales actúa esta variable:

1. Evaluaciones individuales fomentadoras de autoestima (como los otros lo valoran a él).
2. Transacciones interpersonales relacionadas con el estrés.

Por estas razones coincidimos con M. Roca (1998) al afirmar: «cuando la ayuda práctica está combinada con valoraciones potenciadoras de autoestima o con una comprensión empática del proveedor hacia el receptor y viceversa, resulta condición importante para un enfrentamiento efectivo».

Aunque las medidas funcionales están mediadas por la subjetividad y su medición no refleje realmente el número y la calidad de las relaciones del individuo, estas sí nos ofrecen cómo este apoyo influye en la salud del indi-

viduo, por lo que resulta muy importante su conocimiento. Ellas proporcionan la percepción y la satisfacción que tiene determinado individuo del apoyo que tiene disponible, independientemente de la no concordancia con la realidad o en concordancia con la misma. Por lo antes expuesto, las medidas subjetivas son consideradas por muchos autores como mejores predictores de comportamientos saludables (S. Cohen y L. Syme, 1985).

Al respecto D. Zaldívar (1996), considera que: “no solo el apoyo brindado, contactos personales disponibles y redes de recursos sociales, no se trata solo de la calidad de la relación que se tenga con familiares y amigos, del nivel de participación en instituciones sociales o el número y calidad de servicios que brinda la sociedad, sino de cómo el individuo evalúa y percibe estos”.

Además del acercamiento desde una perspectiva funcional y/o estructural existe una perspectiva del desarrollo según G. Musitu, la cual nos permite abordar el término a lo largo del ciclo vital de la persona.

La no satisfacción del individuo con sus relaciones sociales a lo largo del ciclo vital puede producir efectos desfavorables sobre su bienestar.

Este acercamiento no se limitaría a la evaluación de la persona en particular, sino que incluiría el análisis de las estructuras de las redes en su totalidad. Se considera que si se realiza el análisis individual, se desprecia información muy valiosa de la estructura social para la comprensión del apoyo social y la salud.

Esta perspectiva permite conocer de forma más acabada el término de apoyo social, por lo que las perspectivas estructurales y funcionales resultarían insuficientes. Muchos autores han llamado a la necesidad de un acercamiento estructural funcional combinado que permita abordar en toda su complejidad las características y propiedades de las relaciones sociales de apoyo.

Así se pueden conocer tanto las propiedades de las redes sociales, como el contenido y funciones de las relaciones integradas dentro de ellas. Lo anterior sugiere que no solo el apoyo descansa en las estructuras que garantizan la recepción y percepción. Para que él sea efectivo debe ser funcional, es decir, que sea adecuado cuando se necesite, como se necesite y por quien necesite el apoyo.

Lejos de optar por concebir el apoyo social por una u otra perspectiva de acercamiento, se debe tener en cuenta que cada una de ellas tiene una parte de la verdad. Reconociendo el alcance y las limitaciones de las mismas se avanzaría más que atándose a una u otra perspectiva; se debe reconocer la importancia de una u otra perspectiva para usarlo en el plano investigativo.

Si se reconoce la importancia de que un individuo tenga una red de apoyo social óptima que garantice la canalización de las necesidades sociales y personales, se garantizaría que el apoyo social se convierta en un recurso psicosocial importante en el afrontamiento al estrés. Por tanto, un apoyo social óptimo es aquel que sea capaz de garantizar que el individuo tenga un funcionamiento integral tanto cognitiva, afectiva, como conductualmente, con lo que se puede disminuir la vulnerabilidad en sentido general.

TRASPLANTE CARDÍACO Y APOYO SOCIAL

Como se ha venido planteando en capítulos anteriores, en la actualidad el tratamiento de las cardiopatías en estadio terminal, representan una realidad esperanzadora: estos pacientes ya no mueren si se les logra hacer un trasplante cardíaco.

El trasplante cardíaco es una técnica en la que está implicada la vida de la persona desde que está en el quirófano, cuando pasa al postoperatorio y cuando se integra a la vida social. Su tratamiento con inmunosupresores es estable y de por vida, por lo que se requiere de una disciplina muy seria, de lo contrario se compromete la vida del paciente.

Este tipo de terapéutica genera en el individuo tensiones, en tanto no funciona ni física ni emocionalmente a niveles acostumbrados, por lo que resultaría beneficioso garantizar su adecuación a las nuevas circunstancias en que vive. Estas situaciones se convierten en distresoras y solo un individuo con un afrontamiento efectivo sería capaz de reponerse ante tal empresa.

D. Zaldívar (1996) refiere que el apoyo social emerge como modulador del estrés, puesto que se convierte en un recurso importante en el perfeccionamiento del afrontamiento. Vale pensar en las hipótesis de estudio del apoyo social y estrés antes mencionadas (Main effects y Buffer).

¿Podrá un paciente trasplantado de corazón alargar su vida muchos años cuando en realidad no tiene familia alguna, o al menos no percibe ni se siente satisfecho con el apoyo que de esta proviene? Si esta persona tiene pocos amigos con los que canalizar dicha carencia, y el personal médico y paramédico se queja constantemente por la relación de este paciente con ellos, ¿cómo sería su evolución?

Por supuesto que no puede postularse que el apoyo social es el factor determinante en la sobrevivencia de los trasplantados, pero su influencia tanto, nega-

tiva como positiva, mediatiza la relación del trasplantado con su nuevo status, por lo que se hace importante el poder establecer dicha relación.

Los especialistas encargados del tratamiento de este tipo de paciente consideran que, para los cuidados postoperatorios el trasplantado necesita una constante interacción con las fuentes proporcionadoras de apoyo. Es muy importante entonces que las personas que presentan una relación íntima con este paciente lo frecuenten. Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en el postoperatorio es el apoyo emocional. Las personas cercanas al paciente en el aspecto emocional, son los que el paciente tomará como apoyo más sólido en su búsqueda de la nueva posición social matizada por nuevas condiciones físicas y necesidad de cambio de estilos de vida, con el objetivo de cumplir con los requerimientos de tratamiento que exige esta condición (.E. Hernández, 1987).

También es importante señalar que en dependencia del tipo de apoyo que se necesite, la persona sentirá mayor satisfacción si la ayuda proviene de personas que tengan relación con la función del apoyo social requerida. Ejemplo, para muchos resulta más fácil pedir ayuda financiera a un compañero de trabajo, que a un vecino, mientras que el vecino resulta más fácil para pedir ayuda práctica. El trasplantado sentirá mayor satisfacción si sus incógnitas acerca de su estado de salud son evacuadas, por el médico, que por su esposa. Y así se podría citar muchos ejemplos.

El sistema nacional de salud cubano ha cumplido con la meta -utópica para muchos- de otorgar salud para todos. Se lucha porque cada persona tenga los niveles adecuados de salud. Los trasplantados cardíacos, que en nuestro país son pocos, han hecho un esfuerzo mancomunado para mantenerse unidos, factor muy importante en la canalización de problemas. Así, crearon el colectivo de trasplantados cardíacos cubanos, que se reúnen periódicamente con el objetivo de resolver los problemas que pudieran presentar estos ya sea de tipo económico, emocional o de otra índole.

También se reúnen en los cumpleaños de trasplante de cada uno de los miembros, hacen giras turísticas, todo ello con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Esto contribuye a que los mismos conformen una familia en nuestro país y a que el mismo hombre se sienta responsable de su propio proceso de salud, aspecto este que se traduce en mayor bienestar (M. Roca, 1995).

Entender que el trasplantado tiene problemas con su apoyo social, es comprender que sus redes sociales se han estrechado, lo que le hace sentir inseguro y daña su sentimiento de control del medio. Esto influirá en su satisfacción con el apoyo social, ya que tal vez no se contenta con el cariño incondicional que proviene de familiares inmediatos, sino que añora las anti-

guas relaciones de trabajo y estudio. Esta añoranza les refuerza el sentimiento de pérdida de la posición social, que puede ir en detrimento de su salud, reforzado por su incapacidad física.

También puede ocurrir que el trasplantado no haya sentido pérdidas en sus relaciones o en sus redes de apoyo social, pero siente que el apoyo que estas personas le tributan ha variado en su contenido, aspecto que le afectará el nivel de satisfacción con el apoyo. Esta sería la causa de que se pierdan también las redes, puesto que la constante insatisfacción creará descontento en las redes de la persona y de este modo se alejarán.

La agresión de su tratamiento en muchos casos los torna irritables y tensos lo que facilitaría la instalación de depresiones, estados de ansiedad, insomnios, y alteraciones psicofisiológicas como dolor precordial, disneas (E. Hernández, 1987).

De este modo se puede interpretar la relación del apoyo social con el trasplante de corazón, si se comprende que los aspectos funcionales y estructurales del término fueron tomados en cuenta para la interpretación del constructo. Ambos forman un sistema donde cada elemento que lo conforma está íntimamente ligado y si uno de los elementos cambia, se afectará el apoyo social y esto iría en detrimento de la salud ya que se afectaría el papel modulador del apoyo social para la salud, puesto que sí continuaría modulando la salud, pero en el sentido de la pérdida y no en el de la salud propiamente dicha.

Reconocer que el hombre es un ser biopsicosocial, es considerar la interacción de tres elementos: la interacción permanente de lo biológico y lo social determinando lo psíquico. A su vez lo psíquico relacionado con lo biológico actúa sobre la dimensión social del sujeto, y así consecuentemente todos los elementos. Esta dimensión ofrece una visión más integradora del hombre, lo que hace pensar en la no valoración del hombre fuera de estos marcos.

A pesar de la importancia del tema, en la literatura sobre el tema del trasplante no se encuentra este particular en la dimensión esperada. En un artículo de W. A. Pereira, se resalta la importancia del dinamismo de los asociados de la ABTO (Asociación Brasileira de Trasplante de Órganos) como importante vector de desenvolvimiento de los trasplantes en Brasil. Destaca que han sido abiertos varios frentes con vistas a implementar las ideas que surgen en la práctica diaria y que recaban disponibilidad de tiempo y de recursos financieros.

En el propio boletín se enfatiza en la necesidad del trabajo de educación a la población para la toma de conciencia sobre la importancia de la donación de órganos y de la importancia de la educación continuada a los equipos de

trasplantes. Se entusiasma el lector interesado en el tema del paciente, cuando lee el trabajo que se realiza con los pacientes trasplantados de hígado y riñón, pero al mismo tiempo se decepciona cuando se encuentra que el trabajo con éstos es solo con vistas a la campaña publicitaria para la donación de órganos (Pereira, 2005).

El trasplante es el evento importante que estimula u obliga a que el individuo tenga que hacer cambios en su aspecto social y psíquico. Las características personalógicas influirán en el enfrentamiento de la persona ante este evento y además el micromedio social también influirá en el enfrentamiento de este sujeto. No es lo mismo un trasplantado que viva en Ciudad de La Habana a otro que viva en el campo, por ejemplo, en una zona rural de Camagüey ni será lo mismo la forma de afrontamiento de una persona tímida a otra que muestre buen desarrollo de sus habilidades sociales.

EXPERIENCIAS EN LA EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SOBREVIDA AL POSTRASPLANTE

L. Almenar en representación de los grupos españoles de trasplante cardíaco describe las características generales y los resultados obtenidos durante el período 1984-2004 en España. Plantea que el perfil clínico medio del paciente que se trasplanta en España corresponde a un varón de aproximadamente 50 años, de grupo sanguíneo A, con una enfermedad coronaria no revascularizable y en situación funcional III / IV (NYHA).

Este grupo obtiene una supervivencia al primer, quinto y décimo años del 80, 70 y 60% respectivamente. Se analizan las enfermedades que motivan el trasplante, las causas de mortalidad precoz, mortalidad global, entre otros datos, pero no se hace alusión a la atención psicológica con estos pacientes en ninguna de las fases del trasplante (Almenar, 2005).

Analizando el aspecto psicológico Despíns considera que el trasplante necesita por parte de la persona una doble aceptación: somática y psíquica (Despíns, 1995).

Asegura que la preparación psicológica se debe orientar hacia dos aspectos: la singularidad de la persona y la especificidad del trasplante. Dentro de la singularidad de la persona le otorga valor a la estructura psíquica, los mecanismos de defensa, el nivel de desarrollo en todos los diferentes roles: vida familiar, social y profesional.

M. Serrano, al analizar la relación entre el estrés y determinadas enfermedades, realiza el siguiente comentario:

«En la transición epidemiológica que sucedió en el siglo XX, el relativo control de las enfermedades transmisibles como consecuencia de los grandes progresos en la curación en su prevención y tratamiento, ha facilitado la eclosión progresiva de otras enfermedades crónicas no transmisibles, de las que las cuatro más representativas son: la cardiovascular, el cáncer, la obesidad y la diabetes mellitus. Estas dos últimas comparten un suelo genético, cuya expresión ha sido acelerada por los espectaculares cambios de estilo de vida en los años siguientes a la mitad del siglo XX y que se perpetúan en la actualidad. En esencia estos cambios son: abandono de hábitos dietéticos saludables (dietas ricas en fibra, pobres en grasas saturadas y azúcares solubles, abundantes en frutas, hortalizas y verduras); el abandono de la actividad física regular y la adopción de otros hábitos no saludables como fumar o abundar en el consumo del alcohol (Serrano, 2005).»

Luego de varios análisis fisiopatológicos del síndrome metabólico (en lo adelante SM) todos los investigadores en la temática coinciden en que es complejo, poligénico, multifactorial en su origen y además cuyos criterios de definición distan de estar intencionalmente consensuados.

Serrano considera oportuno destacar que si bien todos los estudios realizados hasta el momento incluyen el análisis de todas las variables estudiadas (hipercolesterolemia, hiperinsulinemia, etc), muy pocos consideran para la interpretación fisiopatológica y patogénica del síndrome metabólico las situaciones psicosociales de la vida diaria, familiares personales o laborales. Estas, en su opinión predisponen para el desarrollo de la obesidad y/o de uno o varios de los componentes de este síndrome por su carácter de factores de estrés más o menos sostenido y sus consecuencias de acción prolongada de la regulación endocrina (eje hipotálamo hipófisis adrenal) de la homeostasis general.

Conviene aquí destacar la importancia del estrés crónico con la alteración subsiguiente del eje hipotálamo hipófisis adrenal lo que es la hipótesis interpretativa de Björntorp de la génesis de la obesidad y de sus consecuencias con repercusión negativa en la enfermedad cardiovascular (Björntorp, 1996).

En esa misma línea de análisis los autores consideran que el estrés es quizá y con frecuencia el *primun movens* en la cascada de efectos neuroendocrinos que desembocan en la acumulación de factores de riesgo cardiovascular que llaman síndrome metabólico.

Comienzan a emerger en la bibliografía resultados que relacionan claramente ciertas situaciones personales como la calidad de vida y la felicidad conyugal con el menor riesgo en mujeres de desarrollar SM y sus conse-

cuencias o el similar riesgo de los individuos con conducta alimentaria errónea inducida por estrés crónico de diferente calidad (Rozanski, 2005).

Esta perspectiva obliga a evaluar las situaciones de estrés en la vida cotidiana como componentes importantes del SM y seguramente con no menor relevancia que otros convencionales o “nuevos” como los propios marcadores de inflamación, también elevado en la depresión. Este enfoque renovado exige en abordar con mentalidad multidisciplinaria esta moderna epidemia de tanta morbimortalidad de causa cardiovascular y quizás también de otras causas como cáncer que es el paradigma de las enfermedades ligadas al estrés en la civilización moderna.

Resulta harto elocuente la importancia de la consideración de los efectos del estrés y del SM en pacientes trasplantados de corazón. Además de estar inmunodeprimidos por el efecto de las drogas inmuno supresoras, el estrés puede acelerar un proceso de depresión autoinmune o una aceleración de un proceso aterosclerótico. Es por eso que tiene mucho valor el apoyo social como variable catalizadora o amortiguadora de los efectos del estrés.

Surge entonces el siguiente cuestionamiento: ¿Puede el apoyo social contribuir a prolongar la vida?

ESTUDIO SOBRE EL APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

A continuación presentamos un estudio sobre el tema.

Problema de investigación:

Ya se ha dicho que al trasplantar un corazón el sistema inmune lucha constantemente contra un órgano extraño para el organismo, por lo que se requiere de tratamiento con inmunosupresores de por vida. Adaptarse el paciente al tratamiento debe conllevar la adopción de estilos de vida y de afrontamiento adecuados, puesto que el organismo se encuentra inmunodeprimido y cualquier agente patógeno puede ser grave para este tipo de paciente. Por esta razón los factores psicosociales incidirían en los años de supervivencia de estos pacientes.

Resulta necesario investigar las características del sistema de apoyo social de estos pacientes y cómo influye el apoyo social en la supervivencia de los trasplantados.

Objetivos

1. Caracterizar el sistema de apoyo social de los pacientes trasplantados de corazón.
2. Investigar si existe diferencia en la supervivencia entre los trasplantados fallecidos que tenían un apoyo social adecuado y los de apoyo social inadecuado.

Definiciones operacionales

1. Apoyo social adecuado: Imbricación armónica entre los aspectos que conforman el sistema de apoyo social. El sujeto percibe el apoyo que proviene de la red de apoyo social en que está inmerso y además siente satisfacción con el mismo.
2. Apoyo social inadecuado: El sujeto percibe que algún componente del sistema de apoyo social le falla, por lo que experimenta un sentimiento de inseguridad y pérdida de control del medio que refuerza su malestar.
3. Supervivencia: Mundialmente se establece como criterios de supervivencia para el trasplante cardiaco que el 92% de los pacientes pasan el año, un 85% pasan los cinco años y el 50% pasan los diez años. En nuestro país en, se registran los resultados siguientes : al año 85% se encuentra vivo, a los cinco años un 67% y a los diez años un 47%. Con fines de la investigación fue factible establecer cinco niveles de supervivencia: baja supervivencia (o hasta 1 año), supervivencia baja - media (1 hasta 4 años), supervivencia media (5 años), supervivencia media - alta (6 hasta 10 años) y supervivencia alta (más de 10 años).
4. Redes de apoyo social: Lazos ataduras de un sujeto con determinado grupo de personas.
5. Percepción de apoyo: Vivencia que tiene el sujeto de ser apoyado por su red, sea o no real. Esta es una valoración subjetiva.
6. Satisfacción con el apoyo recibido: Valoración que realiza el sujeto de su satisfacción o no con el apoyo.
7. Frecuencia: Es la cantidad de encuentros del sujeto con la fuente que tributa el apoyo.
8. Cercanía: Es la percepción que tiene el sujeto del nivel de implicación psicológico que se posee con la fuente que tributa el apoyo.
9. Balance: Es la proporción entre el apoyo que se tributa y el que se recibe.
10. Complejidad: Es la calidad de los nexos, es decir, si las personas se relacionan fácilmente o si la relación es compartida en cada suceso de la

vida sea estresor o no. Una relación simple es aquella que solo tiene sentido de forma ocasional, por el contrario la relación compleja es cuando las personas se relacionan en todas las situaciones y comparten los mismos estados emocionales.

11. Relación: Tiene que ver con la naturaleza de la relación, si es familia, pareja, amigo, etc. Este es importante en tanto nos informa sobre el tipo de personas más propensas para la función del apoyo que se trate.
12. Sector: Está muy relacionado con el anterior y nos proporciona información acerca del sector al que pertenece esta fuente que tributa el apoyo.
13. Sexo: Nos proporciona información sobre el sexo de la fuente de apoyo.
14. Densidad de la red: Tiene que ver con la cantidad de personas que se conozcan dentro de la red. No en un sentido superficial sino que haya entre ellos un alto nivel de implicación.

Para la consecución de este trabajo fue necesaria la utilización de un diseño no experimental, el que según R. Hernández y Cols (1991), “se realiza sin manipular variables, pues las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, o sea, no se incide sobre ellas porque ya sucedieron al igual que sus efectos”.

Muestra

Se establecieron dos grupos: Uno conformado por trasplantados vivos, que conformarían el Grupo I representado por 9 sujetos. Para la selección de este Grupo fue necesario establecer los siguientes requisitos:

1. Que haya sido operado en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”.
2. Que sea de nacionalidad cubana.

Esta muestra representa el 75% de la población de trasplantados cubanos que viven y que cumplen los criterios de inclusión tomados en consideración, por tanto hay una Alta representatividad, aspecto muy importante desde el punto de vista metodológico. Este grupo se selecciona después de revisadas las historias clínicas.

El segundo Grupo responde a la necesidad de investigar la influencia de apoyo social en la supervivencia de estos pacientes. Está compuesto por 28 sujetos trasplantados fallecidos, representando un 87.5% de la población total de trasplantados fallecidos que cumplen los siguientes criterios:

1. Que haya sido operado en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”.
2. Que sea de nacionalidad cubana.

Después del análisis documental (revisión de historias clínicas y del criterio de jueces, se seleccionaron dos subgrupos dentro del Grupo II, uno con un apoyo social adecuado (subgrupo 2.1), y el otro con un apoyo social inadecuado (subgrupo 2.2), para poder comparar ambos subgrupos en cuanto a la supervivencia.

Por representar este estudio una comparación entre grupos, era necesario que estos fueran lo más similares posibles con relación a variables que podrían ser importantes para nuestro objeto de estudio. Así, en la muestra se llevó a cabo un control de aquellas variables que a juicio del grupo de investigadores podían incidir sesgando los resultados, y estas fueron:

Sexo

Esta variable se tuvo en cuenta a la hora de conformar los grupos, pues estudios epidemiológicos realizados en Cuba arrojan que hay una prevalencia del sexo masculino, de esta manera se seleccionaron personas de ambos sexos.

Ausencia de enfermedad psíquica

Esta variable se controló porque a pesar de que constituye un criterio de exclusión en la selección para trasplante en el país, se ha intervenido de urgencia a personas con padecimientos de esta índole, pero la muestra que se seleccionó contaba con un 100% de personas normales psíquicamente.

Por tanto la muestra total necesaria para la consecución de estos objetivos estuvo integrada por 37 miembros de uno u otro grupo. Esta quedó integrada con las siguientes características:

Grupo I

1. Total de trasplantados vivos con criterio de inclusión: 12
2. Estudiados: 9 (75 %)
3. Sexo masculino: 91%
4. Sexo femenino: 9 %

Grupo II

1. Total de trasplantados fallecidos con criterio de inclusión: 32

2. Estudiados: 28 (87.5 %)
3. Sexo femenino: 35.7 %
4. Sexo masculino: 64.3%.

Subgrupo 2.1

1. Total: 14
2. Sexo femenino: 35.7%
3. Sexo masculino: 64.3%

Subgrupo 2.2

1. Total: 14
2. Sexo femenino: 35.7%
3. Sexo masculino: 64.3%

Como se observa, esta muestra tiene una alta representatividad; está representado por el 75% de trasplantados que están vivos y que cumplen con los criterios de selección, aspecto este muy importante a tener en cuenta desde el punto de vista metodológico.

Grupo I y Grupo II:

1. Total: 41
2. Sexo femenino: 26.92 %
3. Sexo masculino: 73.17 %

En sentido general existe una prevalencia del sexo masculino en los pacientes trasplantados, lo que corrobora los estudios epidemiológicos acerca del tema.

Instrumentos utilizados

Los instrumentos estuvieron relacionados directamente con el objetivo propuesto. Para la consecución del objetivo No.1 se utilizó:

Orden de presentación de instrumentos

1. Análisis documental (revisión de historias clínicas).
2. Aplicación del cuestionario de apoyo social.

3. Entrevista.
4. Técnica de la situación conflictiva.
5. Criterio de jueces.

Revisión de las historias clínicas

De todos es conocido el valor que tienen las historias clínicas como documento oficial. En esta se recogió información reveladora del apoyo social de estos pacientes, recogidas con gran exhaustividad por los profesionales que se encargan del mismo. La información que se obtuvo es reveladora de los años de supervivencia que tienen estos pacientes, y del nivel de adecuación con el apoyo social de los mismos, así como la información necesaria en el control de variables. Estas historias recogen de forma minuciosa todo el proceso terapéutico de los trasplantados desde antes de la intervención hasta su fallecimiento, en caso de este grupo.

Cuestionario de apoyo social

Fue aplicado en los pacientes trasplantados vivos a fin de que fueran familiarizándose con el constructo apoyo social. Al mismo tiempo se reportaban datos importantes del sistema de apoyo social de estos pacientes, tanto de sus redes o relaciones personales en relación directa con la función que module el apoyo, el nivel de satisfacción del sujeto con cada una de estas funciones y otros recursos de la red como la frecuencia, cercanía, balance (reciprocidad en la relación), complejidad (multiplicidad de la relación), naturaleza en la relación (Ej.: esposo, amigo, etc), sector circundante de la relación (Ej.: compañeros de trabajo, vecino, etc), sexo de la fuente que tributa el apoyo, personas que se conocen dentro de su red (densidad de la red).

La satisfacción con el apoyo se tomaba como indicador subjetivo para la valoración del nivel de adecuación del apoyo, puesto ya se había señalado la importancia de este componente del apoyo social en la valoración del apoyo social adecuado o no, considerando al nivel de adecuación del apoyo social como la resultante de la interacción de todos los factores (percepción, características de las redes y satisfacción con el apoyo que recibe), donde el mal comportamiento de uno influye en los demás factores y de hecho en el apoyo social.

Entrevista

Inmediatamente después del cuestionario, se le aplicó la entrevista individual semi estructurada, a fin de que fueran los mismos trasplantados los

que evaluaran su sistema de apoyo social, en sus aspectos fundamentales. La entrevista sirvió para ver cómo ellos valoraban la influencia del factor psicosocial en su supervivencia, como ya se explicó, el orden de ejecución de los instrumentos fue concebido de esta forma por la necesidad de homogeneizar la recogida de información.

Esta entrevista giró sobre los siguientes temas:

1. Cantidad y calidad de las relaciones interpersonales.
2. Importancia que se concede a las mismas.
3. Percepción de ellos sobre el apoyo que emana de las mismas.
4. Satisfacción con el apoyo emanado de ellas.

Situación conflictiva

Se aplicó a fin de poder recomendar la necesidad de concebir el apoyo social como criterio importante para la selección de posibles trasplantados, una situación del tipo *imagería dirigida*. Esta se trataba de una historieta donde se ubicaba al sujeto en el papel del médico que tenía en sus manos la decisión de trasplantar a dos pacientes que presentaban la misma enfermedad, y cumplían con los mismos criterios de selección desde el punto de vista médico, pero diferían en que uno presentaba un apoyo social inadecuado, y el otro adecuado. Se les preguntaba a quien escoger para trasplante si solo tenía disponible un donante, y el porqué de su selección.

Criterio de jueces

Esta técnica se realizó con el fin de tener un criterio objetivo sobre el nivel de adecuación del apoyo social de estos pacientes, y poder compararlos con los reportados por las técnicas subjetivas. Como jueces se seleccionaron:

1. Psicóloga del cardiocentro encargada de la evaluación psicológica y seguimiento de los trasplantados.
2. Cardióloga del cardiocentro encargada de la atención médica.
3. Trabajadora social encargada de estos pacientes socialmente, si necesitan apoyo material, ayuda práctica, etc.
4. Personal paramédico compuesto por enfermeras, trabajadora de servicios, etc. Su criterio es muy valioso, pues el trasplantado permanece en el hospital largo tiempo, lo que permite una relación con este personal bastante considerable para emitir criterios.
5. Grupo de trasplantados vivos. Este juez fue escogido puesto que como ya se había indicado, los trasplantados han constituido una organización don-

de se encuentran periódicamente. Antes de la valoración del nivel de adecuación del apoyo, se les presentó el cuestionario de apoyo social, el que contribuyó a una mayor comprensión del constructo por parte de los pacientes, a fin de que la recogida de información fuese lo más homogénea posible.

Para la consecución del objetivo No. 2 se empleó la siguiente técnica:

Análisis documental (Revisión de las historias clínicas)

Se realizó con el mismo propósito que ya se estableció para el objetivo No. 1, pero también para la conformación de los subgrupos a comparar. Esta técnica reportó datos de los años de supervivencia de estos pacientes fallecidos, importantes en la comparación.

Criterio de jueces

Este aporta elementos valiosos en tanto cada juez emite un criterio del nivel de adecuación del apoyo social de cada trasplantado, aspecto que se tomó en cuenta para la conformación de los subgrupos. Para ello se emplea como jueces a:

1. Psicóloga del cardiocentro.
2. Cardióloga del cardiocentro.
3. Personal paramédico del cardiocentro.
4. Trabajadora social.
5. Trasplantados.

Procedimiento

Esta investigación se dividió en 3 etapas:

1. Selección de la muestra.
2. Aplicación de los instrumentos y recogida de información.
3. Procesamiento de los datos obtenidos.

Selección de la muestra

La muestra se seleccionó con vistas a conformar los Grupos. Se revisaron las historias clínicas para poder seleccionar el grupo de trasplantados vivos que cumple con los criterios de selección y así poder generalizar resultados.

Para la conformación de este grupo se contó con la voluntariedad de los sujetos. La consigna dada fue la siguiente:

Estamos realizando un estudio de las características del sistema de apoyo social de los pacientes trasplantados de corazón, así como de la influencia de este en la supervivencia de ustedes, por lo que necesitamos su cooperación y disposición para realizar algunas pruebas. Las informaciones que se brinden serán totalmente confidenciales y nos serán muy útiles, por lo que agradecemos su colaboración.

Para la selección de la muestra necesaria para el objetivo No. 2 (pacientes trasplantados de corazón fallecidos), se revisaron las historias clínicas y se entrevistó a los especialistas encargados del cuidado postoperatorio de este tipo de paciente.

Aplicación de los instrumentos y recogida de información

En la medida que se fue seleccionando la muestra se fue aplicando la batería de pruebas conformada, la que estaba integrada por un cuestionario de apoyo social, una entrevista, y la técnica que nombramos “situación conflictiva”. Estas técnicas se tomaron como criterio subjetivo. Posteriormente se les pidió que emitieran su criterio sobre el nivel de adecuación de los pacientes trasplantados de corazón que habían fallecido y de los que aun viven. En este se tomaron solo dos niveles (apoyo social adecuado y apoyo social inadecuado), esta fue una de las técnicas usadas para evaluar criterios objetivos.

La aplicación se realizó siempre de forma individual, tanto para los trasplantados que se encontraban en el hospital como los que se encontraban en sus casas. Se les pidió plena tranquilidad y privacidad en ambos casos, siempre se debió estar presente para responder a cualquier duda de estos pacientes.

Procesamiento de los datos obtenidos

Los datos se recogieron en bases de datos conformadas para estos fines y posteriormente se realizó el análisis de los resultados que ofrecían los mismos. Para el procesamiento de los datos obtenidos se hizo un análisis del comportamiento de los distintos indicadores del apoyo social que se midieron en cada técnica. Los resultados se analizaron en dos partes atendiendo al objetivo que se respondía. Para el objetivo No. 1 se hizo un análisis por técnicas, se comenzó por el cuestionario donde a cada recurso de la red se

le aplicó una comparación de porcentos de incidencia de cada nivel o categoría en dependencia del recurso que se le analice a la red. Lo mismo se hizo con el nivel de satisfacción, y así, basado en los resultados poder establecer el comportamiento del recurso para la muestra. Posteriormente se ofrece el análisis integral de la técnica.

La entrevista se calificó teniendo en cuenta los indicadores para medir el apoyo social establecidos, se halla el valor porcentual y se integra para tener, el nivel de adecuación del apoyo social. Esta técnica fue tomada como criterio subjetivo. Como indicadores subjetivos fueron consignados, Percepción del apoyo, Redes de apoyo social y Satisfacción con el apoyo.

En el caso de las historias clínicas se tomó en cuenta los años de supervivencia de estos pacientes para poder ubicarlos en un nivel de supervivencia teniendo en cuenta los criterios establecidos en las variables operacionales, y el nivel de adecuación del apoyo. Este se hará a partir de la media de supervivencia que presenta esta muestra.

De la técnica “situación conflictiva,” (que se elaboró para tener información preliminar de la opinión de los trasplantados acerca de la posibilidad de valorar como criterio de exclusión para trasplante el apoyo social, según su nivel de adecuación) se tomó el por ciento de incidencia de una respuesta y la otra.

El criterio de jueces se tomó como medida objetiva sobre el nivel de adecuación del apoyo social. Como indicador objetivo se tomó solo el nivel de adecuación (adecuado o no).

Posteriormente se hizo un análisis de la correspondencia entre los criterios objetivos y los subjetivos y una integración de los resultados generales.

El proceder en el objetivo No. 2 fue de la siguiente forma: Se comenzó por el análisis de las historias clínicas. De ellas se extrajo toda la información necesaria para la conformación de los subgrupos de comparación en dependencia de su apoyo social, pues esta es punto de referencia para las comparaciones que se realizaran posteriormente. Se buscó información de los años de supervivencia de cada sujeto, y se estableció la media para conocer en que nivel de supervivencia se encuentra cada subgrupo. También se utilizó la comparación porcentual de los subgrupos en dependencia del nivel de supervivencia, para establecer diferencias.

Los resultados fueron las principales fuentes de referencia para el establecimiento de las recomendaciones y con ello poder cumplimentar el objetivo No. 3.

Análisis de los resultados

1. La caracterización del apoyo social de los trasplantados.
2. Análisis de la influencia del apoyo social en la supervivencia de los trasplantados de corazón.

Caracterización del apoyo social de los trasplantados

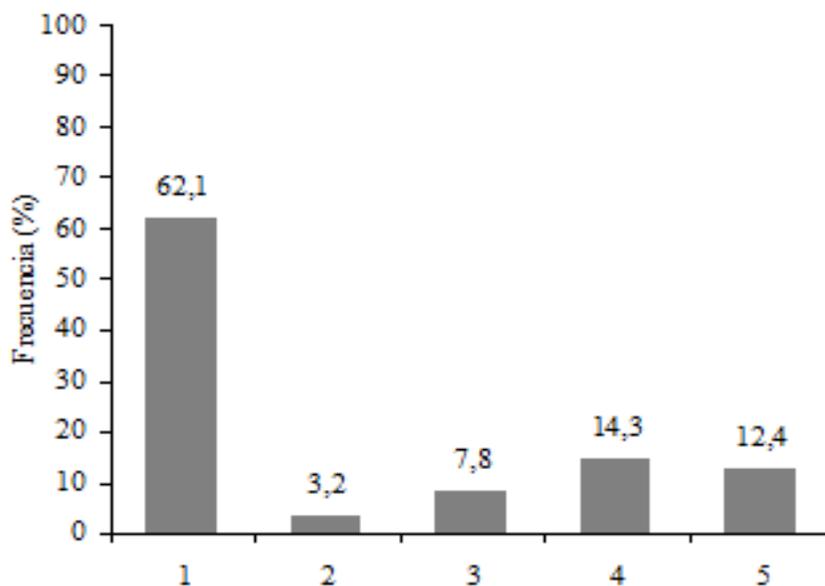
Recursos de la red

El cuestionario de apoyo social aplicado fue creado para evaluar muchos aspectos de la red de apoyo social del individuo y la satisfacción de los trasplantados con el apoyo que reciben (ver Fig. 5.9 y 5.10).

Frecuencia

Los datos arrojan en este recurso que el 62.1% de los trasplantados ven a la mayoría de las personas que integran su red con una frecuencia diaria, manteniéndose los demás tipos de frecuencia medidos con niveles discretos, aspecto que se puede constatar en la Fig. 5.1.

Fig 5.1. Gráfico de porcentaje de frecuencia de encuentro



Leyenda:

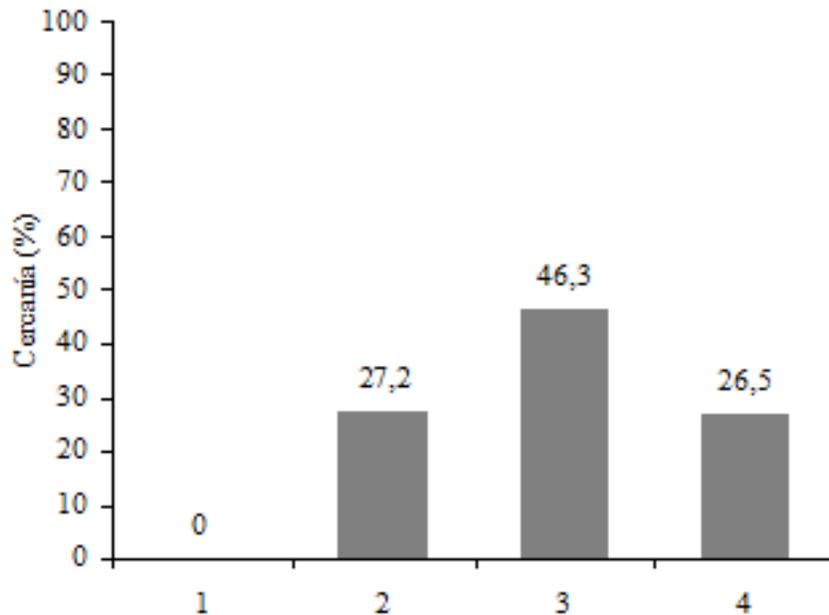
1. Todos los días.
2. Dos veces a la semana.
3. Una vez en la semana.
4. Dos veces en el mes.
5. Una vez al mes.

Los resultados demuestran que los trasplantados tienen un alto nivel de accesibilidad a su red de apoyo social. Aspecto que apunta a una disponibilidad mayor de fuente apoyadora, por lo que hay mayor probabilidad de que tenga apoyadores efectivos para el afrontamiento de las dificultades que emanan del proceso de salud.

Cercanía

En este factor se encontró que el 46.4% de las personas que integran la red de apoyo social de los mismos son vistos como personas muy cercanas a ellos, aunque los otros niveles de cercanía arrojaron resultados discretos. Era imprescindible que la persona integrante de la red estuviese en otros niveles de cercanía. Este resultado se puede ver en el gráfico 5.2 donde se muestran la cercanía de la relación.

Fig 5.2. Gráfico de porcentaje de la cercanía de la relación



Leyenda:

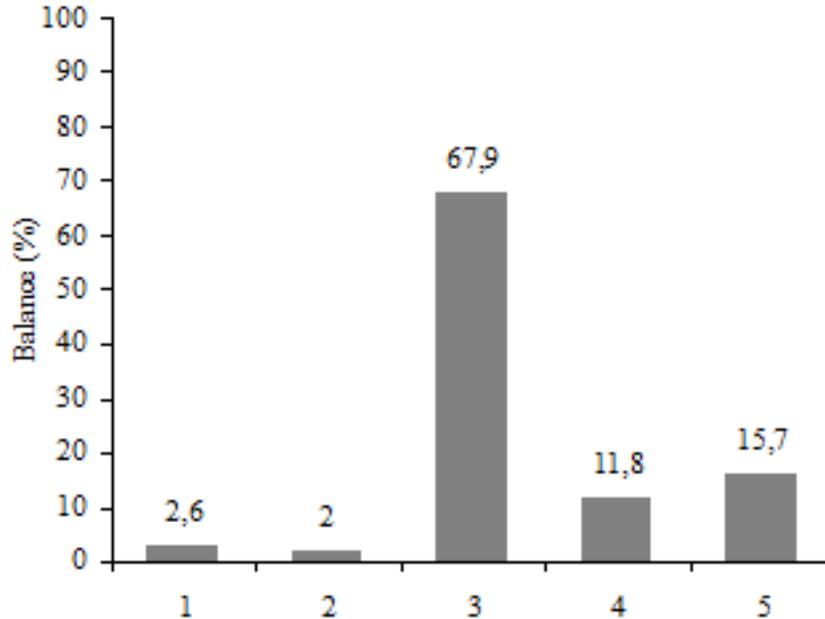
1. Nada en absoluto.
2. Cerca.
3. Muy cerca.
4. Extremadamente cerca.

El nivel de implicación deviene recurso importante a tener en cuenta en las redes de los trasplantados, pues su proceso de salud le hace vivenciar sensaciones nuevas. Estas pueden generar tensiones en el trasplantado que le hacen acudir a personas de su red con las cuales tengan cierto nivel de implicación, es decir, personas confiables con las cuales compartir la vivencia.

Balance de la relación

Este recurso de la red arrojó que el 67.9% de los miembros de su red tributan el mismo apoyo que es cedido por ellos, por lo que el balance es parejo en el dar y recibir. (Ver Fig.5.3).

Fig 5.3. Gráfico de porcentaje del balance de la relación



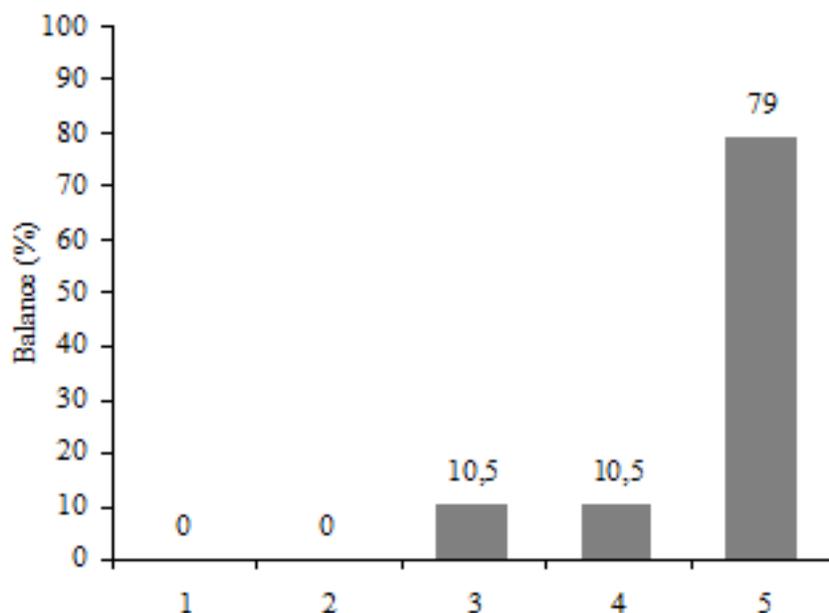
Leyenda:

1. Doy mucho más de lo que recibo.

2. Doy más de lo que recibo.
3. Damos y recibimos por igual.
4. Tomo más de lo que doy.
5. Tomo mucho más de lo que doy.

Los trasplantados perciben que con los miembros de su red con los que se relacionaban equitativamente la balanza se mantenía pareja. Cuando los operados se referían al personal de salud que trabaja con ellos, los resultados eran bien diferentes, pues vivenciaban que tomaban mucho más de lo que daban, reportando este nivel un 79%, mientras que los niveles 3 y 4 comparten porcentajes discretos de 10.5 respectivamente, no reportándose incidencias de los niveles 1 y 2. La Fig.5.4 ilustra este resultado:

Fig 5.4. Gráfico de porcentaje de reciprocidad del personal de salud



Leyenda:

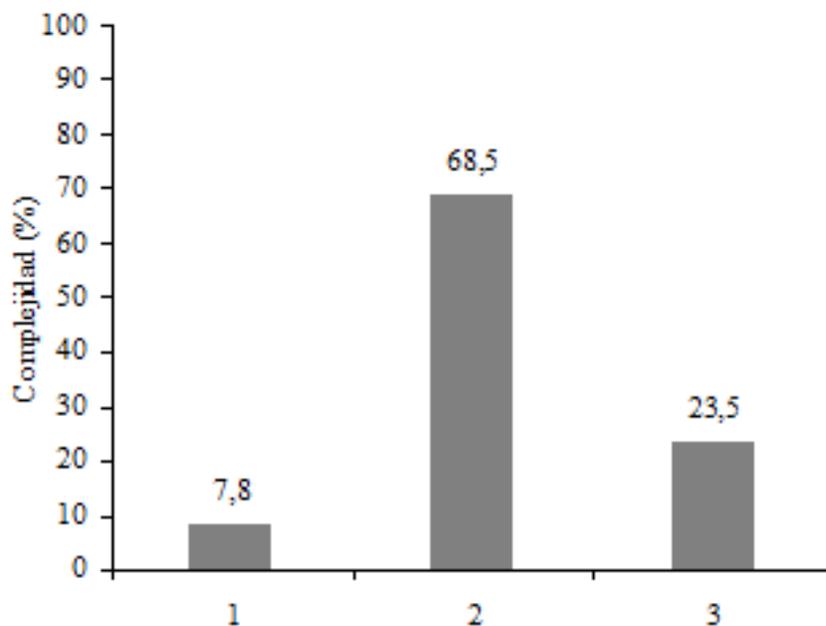
1. Doy mucho más de lo que recibo.
2. Doy más de lo que recibo.
3. Damos y recibimos por igual.
4. Tomo más de lo que doy.
5. Tomo mucho más de lo que doy.

Por las características del tipo de apoyo que se desprende de esta relación (apoyo instrumental), el trasplantado siempre va a ser auxiliado por el personal de la salud. Esta puede ser la causa por la cual se vivencie a los miembros de la red que pertenecen al equipo de salud como fuente proporcionada de apoyo propiamente dicha.

Complejidad

Los resultados apuntan que los trasplantados tienen relaciones con los miembros de su red Bastante Complejas, reportando este nivel un valor de 68% de incidencia y 24.2% el nivel superior de complejidad de la relación, mientras que el nivel más simple reportó valores referidos en la Fig.5.5:

Fig 5.5. Gráfico de complejidad de la relación



Leyenda:

1. Simple.
2. Bastante compleja.
3. Muy compleja.

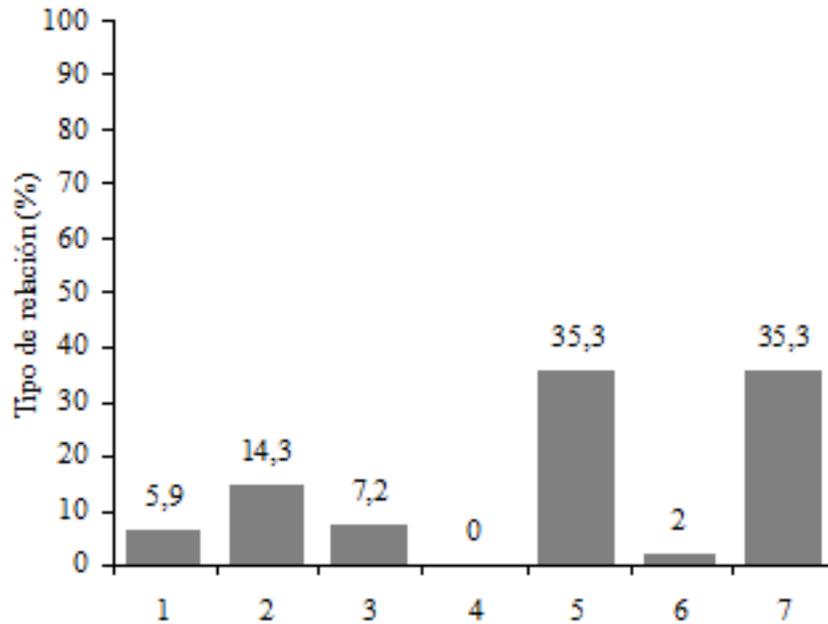
El resultado es coherente con los obtenidos en los recursos anteriores. Se supone que una persona con la cual se contacta con una frecuencia diaria y

que es percibida como muy cercana con un balance en la relación parejo, es decir, se recibe lo mismo que se tributa, debe ser una persona con la que se comparta en disímiles aspectos de la vida, por lo que la relación debe ser compleja.

Naturaleza de la relación

El 70.6% de los miembros de la red de los trasplantados son amigos cercanos y otro tipo de miembros que no son familia, reportando valores de 35.3% respectivamente. Este resultado resulta interesante, en tanto la familia no aparece como la principal red de apoyo social de estos pacientes. (Ver Fig. 5.6).

Fig 5.6. Gráfico de porcentaje del tipo de relación



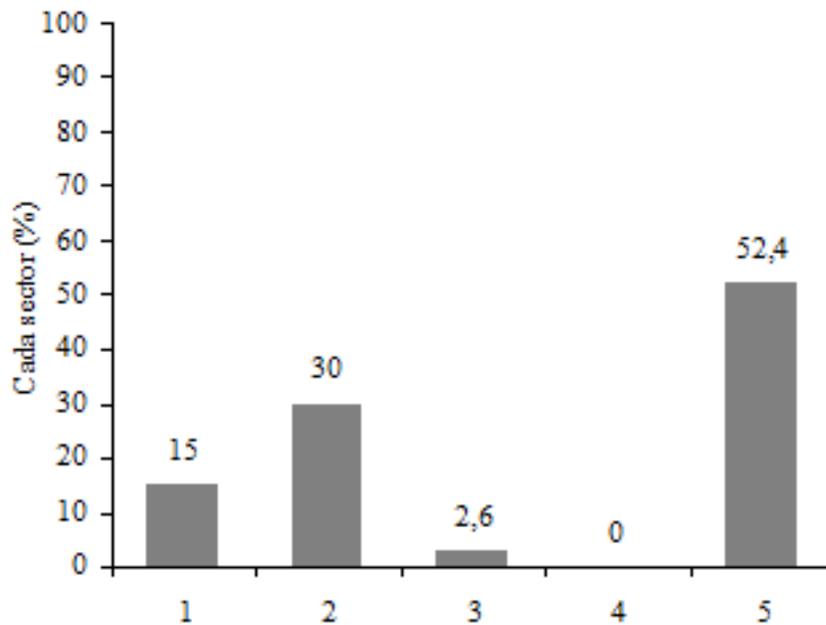
Leyenda:

1. Esposo/esposa o pareja.
2. Familiar inmediato.
3. Familiar más lejano.
4. Pareja sexual.
5. Amigo cercano.
6. Conocido social.
7. Otros.

Sector de donde proviene la ayuda

Está muy relacionado con el primero, pues la ayuda proviene de sectores que no son ni los vecinos, ni compañeros de trabajo, ni miembros de una organización. En este aspecto el mayor porcentaje lo representó la opción “otros” con un porcentaje de incidencia de 52.4% de la distribución total de estos sectores. Estos resultados son expuestos en la Fig. 5.7.

Fig 5.7. Gráfico de porcentaje de sectores de donde proviene la ayuda



Leyenda:

1. Vecino
2. Compañero de trabajo/de estudio
3. Miembro de una comunidad eclesíástica o de otra organización
4. Monja o cura
5. Otros

Estos dos recursos de la red están muy relacionados, en tanto nos reportan que el apoyo es tributado por personas que no pertenecen al mundo familiar del trasplantado. Este resultado contradice los que Leavy (1983) constató al

afirmar que la familia es la principal red de apoyo social, ya que los pacientes más incapacitados reportaron mayor número de confidentes fuera de su círculo familiar. Hay que tener en cuenta que los trasplantados transitan por un proceso de salud diferente, que experimentan vivencias que les resulta difícil expresar en su mundo familiar, entorpeciendo el proceso de comunicación con la familia, por lo que buscan apoyadores fuera de este círculo. La familia se convierte en este caso en fuente de tensiones negativas, de aquí se puede comprender que acudan con frecuencia al encuentro con el personal médico para poder canalizar cualquier dificultad que se presente.

Por la implicación que tienen las vivencias personales para el trasplantado, ellos consideran que el balance en la relación con el personal de salud se inclina hacia ese lado, pues una vivencia desagradable que es canalizada tiene un costo psicológico muy grande y ellos evalúan esta acción como muy apoyadora. En ocasiones se han mostrado preocupaciones con respecto a las características del donante: si dejó hijos, para contribuir a su manutención, esposos de mujeres trasplantadas que luego las ven como hermanas y renuncian a la actividad sexual con ellas, por citar algunos ejemplos. En este caso la psicóloga del equipo realiza intervenciones individuales, de pareja, familiares, de acuerdo con las características del caso. Sistemáticamente se realizan dinámicas grupales donde ellos tienen posibilidad de expresar sus vivencias, compartirlas con sus compañeros, y aclarar sus preocupaciones con la psicóloga, su médico de cabecera, su cirujano o su trabajadora social. Puede comprenderse entonces que estos integrantes del equipo multidisciplinario pasen a ser en su vida algo en ocasiones más importante en su vida que su propia familia.

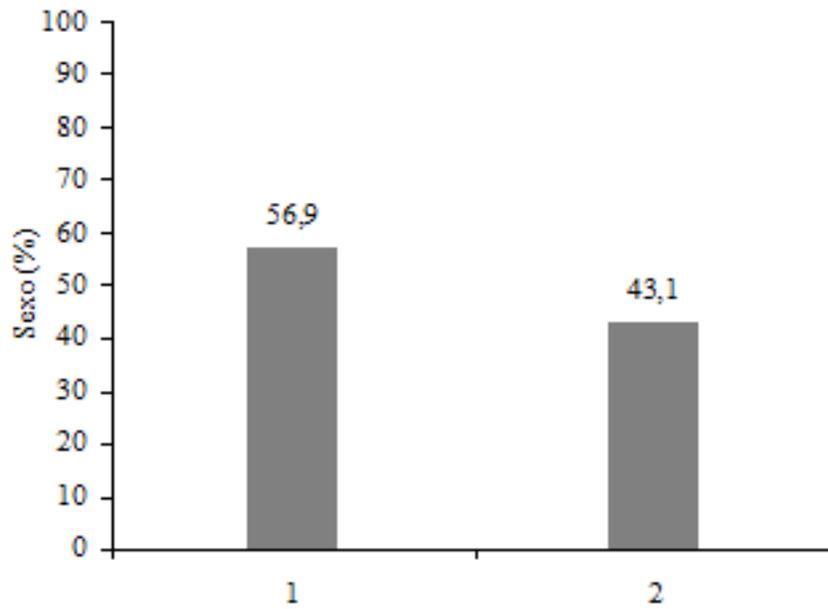
Sexo de donde proviene la ayuda

Los resultados arrojan que hay una discreta tendencia a recibir ayuda por personas de su mismo sexo con un 56.9% mientras que del sexo contrario el resultado fue de 43.1%. Estos resultados aparecen representados en la Fig.5.8.

Densidad de la red

En cuanto a la densidad de la red, el 66.7% de los trasplantados reportó tener una red densa donde la mayoría se conocía entre sí. Solo 3 de estos trasplantados coincidieron en que su red era muy densa, significando este un resultado del 33.3% de la muestra de trasplantados. La Fig.5.9 refleja estos resultados.

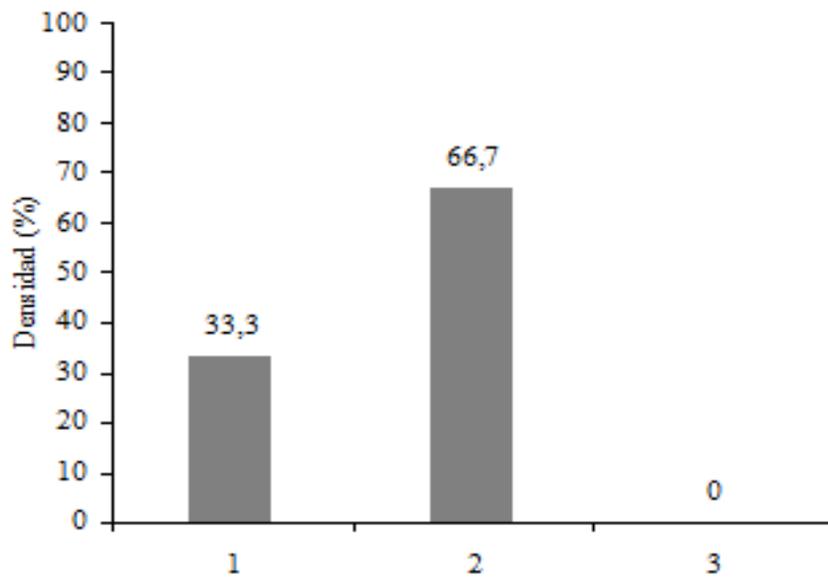
Fig 5.8. Gráfico de porcentaje de sexo



Leyenda:

1. Sí.
2. No.

Fig 5.9. Gráfico de densidad de la red



Leyenda:

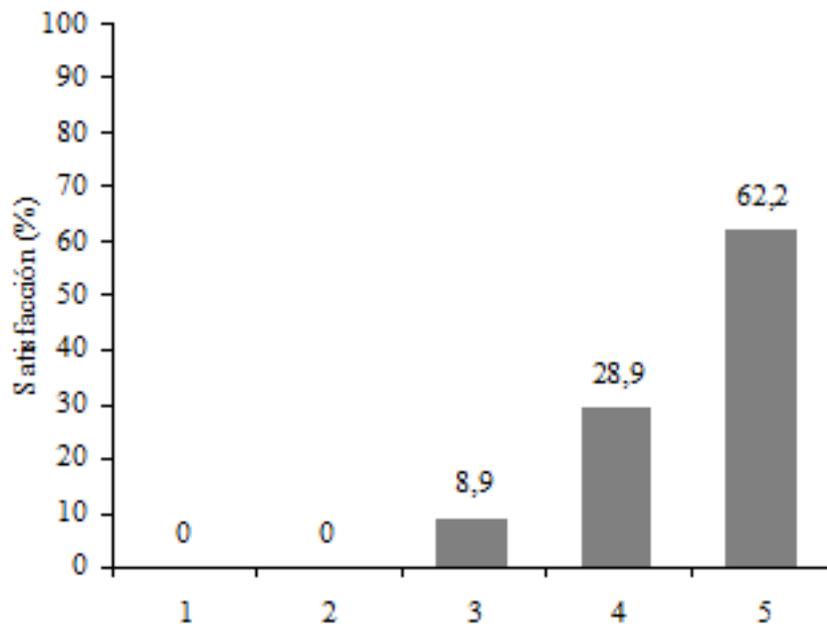
1. Todos se conocen entre sí.
2. La mayoría se conoce entre sí.
3. Algunos se conocen entre sí.

Las redes densas por lo general están constituidas por personas que comparten los mismos puntos de vista, lo que facilita que se comparta el mismo discurso y con ello se favorece las potencialidades para el apoyo de las fuentes que lo proporcionan y una mayor asimilación por las partes que comparten la relación.

Satisfacción con el apoyo

Los datos obtenidos señalan que el 62.2% de los trasplantados se sienten totalmente satisfechos con el apoyo recibido. El 28.9% y un 8.9% se sienten muy satisfechos y moderadamente satisfechos respectivamente, resultados que apuntan a una satisfacción con el apoyo por parte de estos pacientes, aspecto que es muy importante para mantener el equilibrio físico, emocional y social.

Fig 5.10. Gráfico de porcentaje de satisfacción con el apoyo



Leyenda:

1. Nada satisfecho.
2. Poco satisfecho.
3. Moderadamente satisfecho.
4. Muy satisfecho.
5. Totalmente satisfecho.

Los trasplantados ven a los miembros de su red de apoyo social con una frecuencia fundamentalmente diaria, vivenciando que estos están muy cercanos a ellos, a pesar de no constituir en su gran mayoría representantes de su mundo familiar.

En este caso no resultó la familia la principal fuente que proporciona apoyo para éstos. Si reconocemos que el trasplantado tiene vivencias desagradables que no pueden ser resueltas en el medio familiar, la familia se convierte en fuente generadora de tensiones que entorpecen el proceso comunicativo y la relación entre ambas partes. Resulta comprensible el balance de reciprocidad a favor del personal de salud que vivencian estos sujetos, como se ha analizado anteriormente.

Las redes de los trasplantados analizados en la muestra son personas tanto de su mismo sexo como del sexo contrario, aunque hay una mayor incidencia de personas que corresponden al mismo sexo del trasplantado que requiere de la Ayuda. En cuanto a la complejidad, son relaciones Bastante Complejas, por lo que hay nivel de implicación entre los miembros de la red. En sentido general estos pacientes se sienten Muy Satisfechos con el apoyo que se les proporciona, por lo que estos pacientes vivencian que su apoyo social es adecuado.

Análisis de los resultados de la entrevista

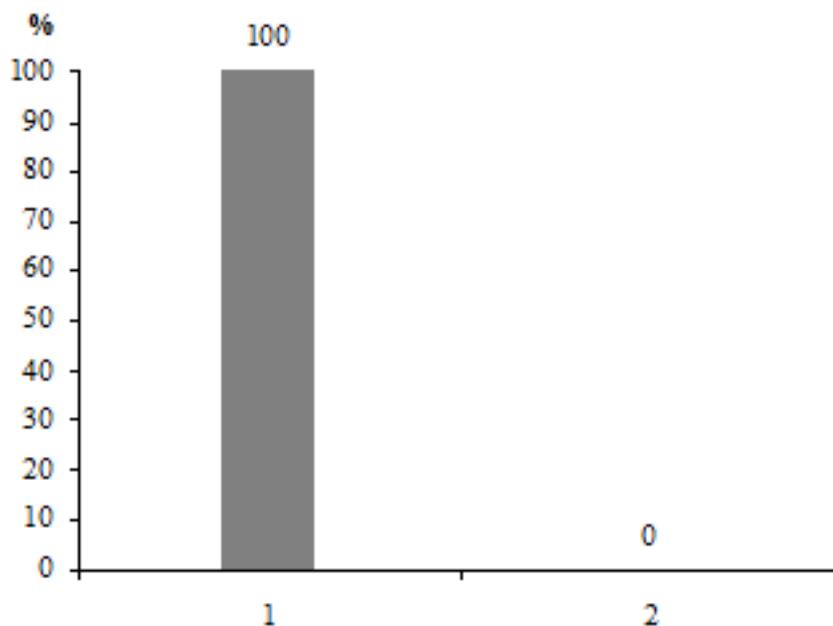
Para la consecución de esta tarea se establecieron como indicadores:

Redes de apoyo social

Este aspecto se analizó de acuerdo a las preguntas que tenían relación con el tema de las relaciones interpersonales y la importancia que se le concedía a las mismas. Como resultado se obtuvo que el 100% de los trasplantados ven en las relaciones interpersonales la piedra angular de su supervivencia,

además se sienten conformes con las mismas. La Fig.5.11 resume lo antes explicado:

Fig 5.11. Gráfico de la red de apoyo social



Leyenda:

1. Buenas redes de apoyo social.
2. Malas redes de apoyo social.

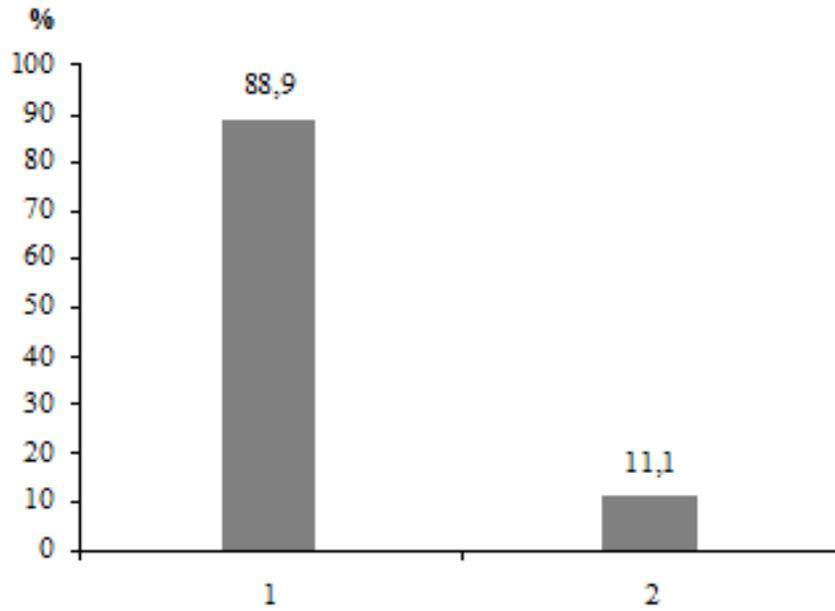
Percepción con el apoyo

De manera general estos pacientes se perciben apoyados, solo un paciente de nuestra muestra vivencia que no era apoyado en toda su magnitud, representando este el 11.1% de la muestra analizada mientras que el 88.9% se percibe apoyado. La Fig.5.12 se encarga de la exposición de los resultados.

Satisfacción con el apoyo recibido

El 100% de la muestra se siente satisfecho con el apoyo recibido, expresando que este está en relación directa con su supervivencia, por lo que se corroboran los resultados obtenidos en el cuestionario acerca del nivel de satisfacción con el apoyo. (Ver Fig.5.13).

Fig 5.12. Gráfico de porcentaje de incidencia de la percepción

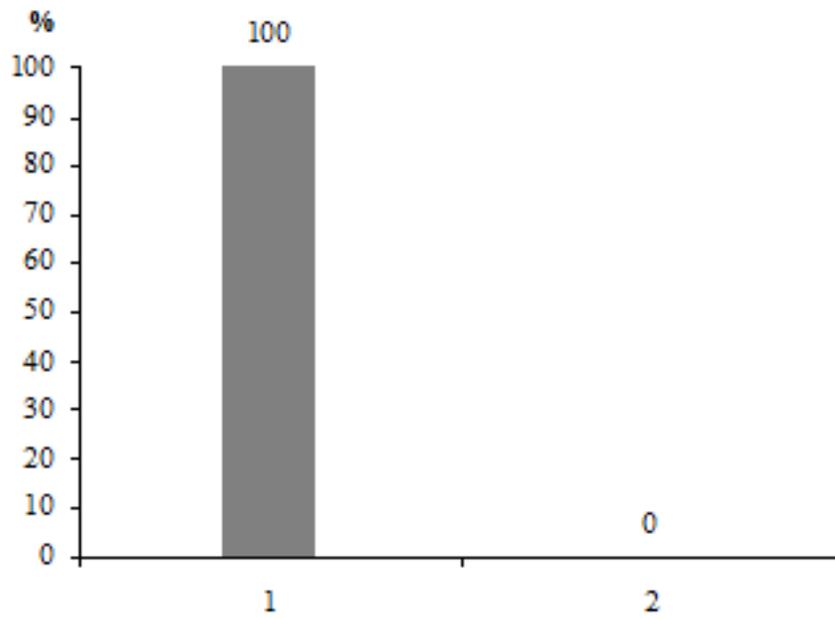


Leyenda:

1. Es percibido el apoyo.

2. No es percibido el apoyo.

Fig 5.13. Gráfico de satisfacción con el apoyo



Leyenda:

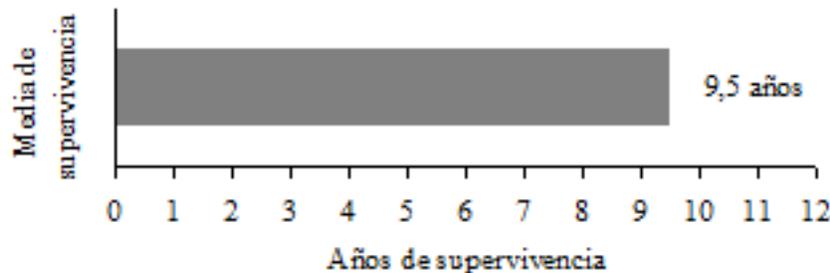
1. Satisfecho con el apoyo recibido.
2. No satisfecho con el apoyo recibido.

Nótese que un paciente no percibe que es apoyado y a pesar de ello su supervivencia es buena, entendiéndose que la media de supervivencia de este grupo es de 9.5 años, por lo que se puede considerar óptima (alta). Se considera este factor como muy importante referido por Cohen S. y col (1985), cuando apuntan, “(...) esta vivencia puede tener efectos positivos mediante la elevación de la autoestima, y los sentimientos de estabilidad y control sobre el medioambiente, consecuentemente se incrementa el sentido de bienestar social (...)”, pero es este el único factor que mediatiza la salud del individuo. Ya se había mencionado anteriormente el papel de la personalidad en este aspecto, por tanto la salud es influida por la vivencia de estar apoyado, pero no es éste el único factor que la determina. De aquí que el 100 % de los pacientes se sientan satisfechos con el apoyo y ven en este un factor importante para la supervivencia postrasplante.

Análisis de los resultados de las historias clínicas

La media de supervivencia de la muestra es de 9.5 años, representando este valor un nivel casi alto de supervivencia si tenemos en cuenta que a nivel mundial solo el 50 % de los trasplantados de corazón alcanzan los 10 años y en nuestro país el 47 % arriba a esa cifra. (Ver Fig.5.14)

Fig 5.14. Gráfico de media de supervivencia



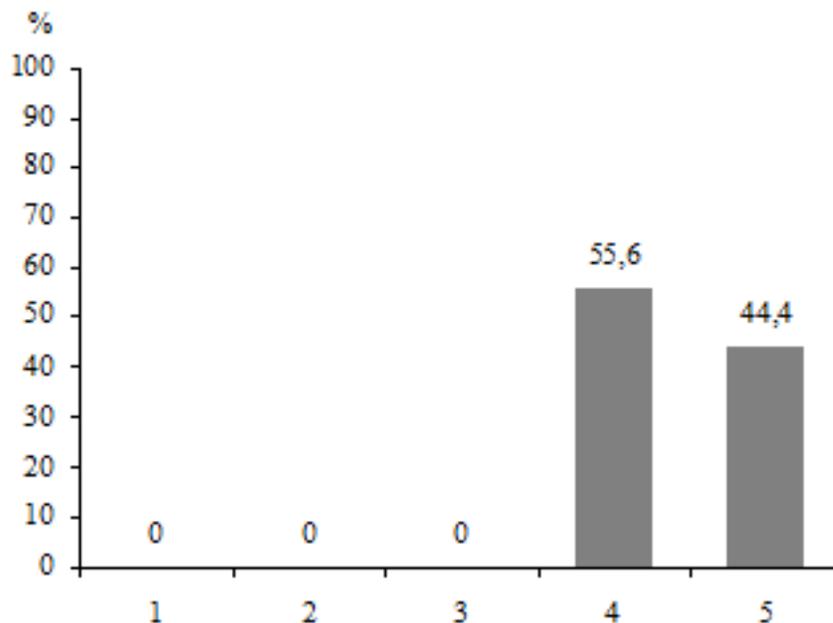
Leyenda:

1. Baja supervivencia (0 hasta 1 año)
2. Supervivencia baja-media (1 hasta 4 años)

3. Supervivencia media (5 años)
4. Supervivencia media-alta (6 hasta 10 años)
5. Supervivencia alta (más de 10 años)

Cuatro pacientes tienen 10 y más años representando un 44.4 %, (nivel alto) y 5 pacientes se encuentran en nivel medio alto es decir tienen de 6 hasta 9 años de trasplantados, representando el 55.6 % de la muestra. Estos resultados se exponen en la Fig.5.15.

Fig 5.15. Gráfico del porcentaje de incidencia del nivel de supervivencia



Leyenda:

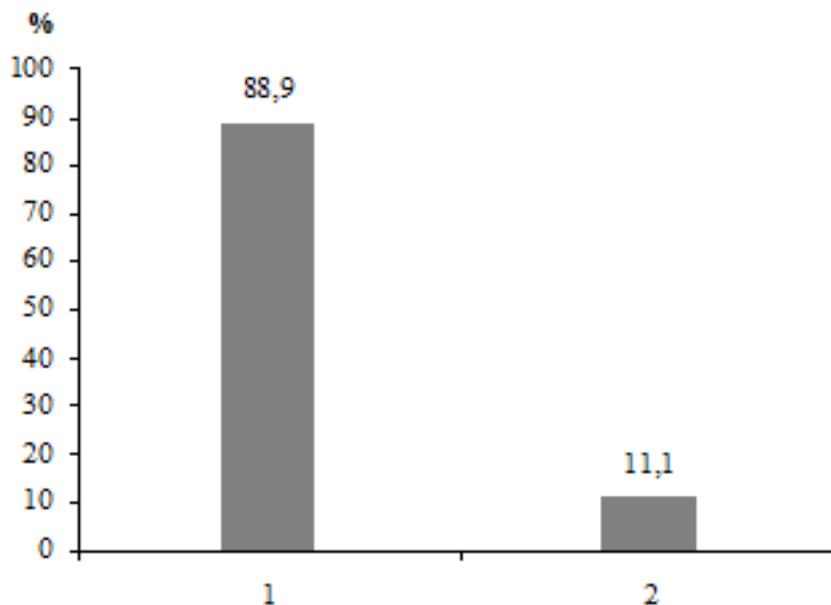
1. Baja supervivencia
2. Supervivencia baja-media
3. Supervivencia media
4. Supervivencia media-alta
5. Supervivencia alta

Los pacientes trasplantados tienen un nivel medio-alto de supervivencia con grandes posibilidades de seguir incrementando estos valores.

Criterio de jueces

Los resultados arrojan que el 88.9 % de los trasplantados fue evaluado de apoyo social adecuado. Sólo un trasplantado no cumplió esta condición, representando un 11.1 % del total. Este fue tomado como criterio objetivo. (Ver Fig.5.16)

Fig 5.16. Gráfico de porcentaje de nivel de adecuación del apoyo



Leyenda:

1. Apoyo social adecuado.
2. Apoyo social inadecuado.

La mayoría de los sujetos que conforman la muestra tenía apoyo social Adecuado resultando que este grupo no presenta insatisfacción con el apoyo que se les tributa.

Resumiendo los criterios objetivos se tiene que el 88.9 % de los trasplantados tiene un apoyo social adecuado con un valor de 9.5 años de supervivencia, resultado que apunta a que la supervivencia es casi alta, solo una persona fue evaluada por los jueces de Apoyo Social Inadecuado, esta persona que fue reportada en esta categoría, tanto por jueces como por las historias clínicas, en los criterios subjetivos (entrevista), manifestó que tenía proble-

mas con la percepción del apoyo, elemento que puede ser el causante de su nivel de adecuación del apoyo si consideramos que el apoyo social es un sistema y que el mal funcionamiento de una de sus partes contribuye a la mala función de las restantes y de hecho influye sobre el sistema. A pesar de que en criterios subjetivos el manifestó su satisfacción con el apoyo y unas redes de apoyo social capaces de satisfacer sus necesidades.

Análisis de la influencia del apoyo social en la supervivencia de los trasplantados de corazón

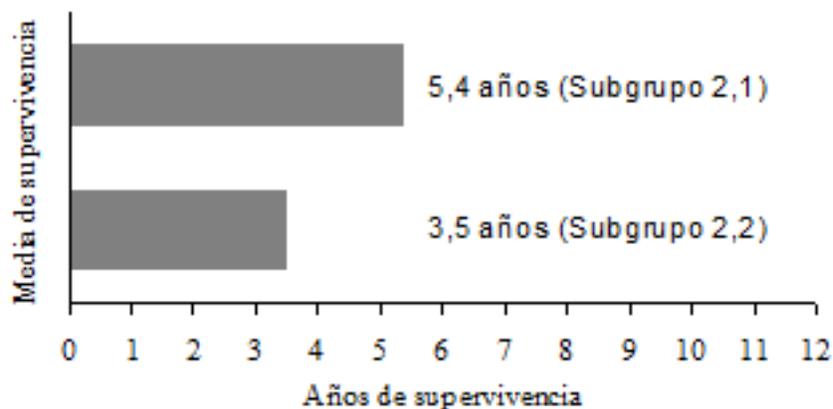
Esta parte del análisis comprende al grupo 2 y solo se podrá evaluar a través de criterios objetivos por las características del grupo.

Supervivencia

Este indicador reporta que los integrantes del subgrupo 2.1 tienen un valor de media de supervivencia de 5.4 años lo que le ubican en un nivel medio de supervivencia.

El subgrupo 2.2 tiene una supervivencia media de 3.5 años, valor que le ubica en un nivel medio-bajo de supervivencia. Ambos resultados se resumen en la Fig.5.17.

Fig 5.17. Gráfico de la media de supervivencia en el subgrupo 2.1 y del subgrupo 2.2



En el gráficos se demuestra la diferencia que existe entre las medias de supervivencia de uno y otro grupo. Se demuestra que existe relación entre la supervivencia post trasplante y el nivel de adecuación del apoyo social. Entonces, concluimos respondiendo la pregunta que originó este estudio: el apoyo social sí contribuye a prolongar la vida del transplantado.

Resumen de los principales resultados

1. El subgrupo de transplantados fallecidos que tenía un apoyo social adecuado tuvo una media de supervivencia mayor (5.4 años), que el subgrupo que tenía un apoyo social inadecuado (3.5 años), ubicándose el primero en un nivel Medio de supervivencia y el subgrupo 2.2 en un nivel bajo-medio.
2. El valor medio de supervivencia de la muestra de transplantados vivos es de 9.5 años, valor que corresponde a un nivel medio-alto de supervivencia. El 88.9% de estos pacientes tiene un apoyo social adecuado.
3. La mayoría de los transplantados se encuentra con los miembros de su red con una frecuencia diaria.
4. Estos pacientes perciben un alto nivel de implicación psicológica con la fuente que tributa su apoyo social. El 72.8% percibe la relación entre muy cercana y extremadamente cercana.
5. Con respecto al balance de la relación, estas son muy recíprocas con los miembros de la red. Cuando estos miembros coinciden con ser miembros del equipo de salud, el balance está a favor de estos en un 79%.
6. Para los transplantados, la relación con su red es bastante compleja y muy compleja (92.2%), por lo que sus relaciones no tienen un carácter ocasional, sino son relaciones con las que se puede contar en cualquier situación y para cualquier problema.
7. En cuanto a la naturaleza de la relación, la red estaba integrada fundamentalmente por amigos cercanos, no reportando valores significativos la familia. Sus principales confidentes suelen ser miembros del equipo de salud, en los que pueden encontrar respuestas a incógnitas que surgen en su proceso salud-enfermedad.
8. No existen diferencias en cuanto a la ayuda de uno y otro sexo.
9. Estos pacientes perciben sus redes como bastante densas, donde todos o la mayoría de los miembros se conocen entre sí, por lo que estas se conforman por personas que comparten los mismos puntos de vista, lo que favorece la potencialidad del apoyo.
10. La satisfacción con el apoyo fue excelente. El 91.1% se ubica en los niveles de totalmente satisfecho y muy satisfecho, y solo un 8.9% se

considera moderadamente satisfecho. Ningún trasplantado se mostró poco o nada satisfecho con su apoyo.

11. Todos los pacientes trasplantados consideran que se debe tomar la adecuación con el apoyo social, como criterio importante a considerar en la selección del posible receptor.

Conclusiones

Como se ha demostrado, el apoyo social puede contribuir a prolongar la vida. Los resultados obtenidos con los pacientes trasplantados de corazón demuestran que existe una estrecha relación entre la supervivencia post-trasplante y el apoyo social.

El apoyo social es una variable psicosocial importante que influye en el perfeccionamiento y movilización de recursos de afrontamiento, por lo que su nivel de adecuación incide en gran medida en la evaluación que hace el sujeto de su posición social y por tanto en la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

- About Castillo, NH. (1993) Los trasplantes de órganos y tejidos. Reflexiones doctrinales en torno a su estatus jurídico. Trabajo de diploma UH.
- Abrams, H. Buchanan, D. (1978) Organ Trasplantation: psychological effects on donors and recipients. *Sure Rounds* 1: 22-25.
- Acosta, JR. (2002) Bioética para la sustentabilidad. Publicaciones Acuario.
- Aleer, JM; Copeland, J.; Fuller, J. and Copeland Jack. (1985) Psychological aspects of Heart Transplantation. *Heart Trasplantation*. Vol. IV. Number 2 feb.
- Almenar, L. (2005) Registro Español de trasplante cardiaco. XVI Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia cardiaca, Trasplante Cardiaco y Otras Alternativas Terapéuticas de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2004). *Revista Española de Cardiología*. 2005;58 (11):1310-7.
- Angermann, C.E; Bullinger, M; Spes, H; Zellner, M; Kemles, B.M. Theisen, K: (1992) «Quality of live in long-term survivors of orthotopic heart transplantation». *Z- Kardiol*, Aug;81(8):411-17.
- Ahmedzal, S. (1993). Quality of Life measurement in Palliative Care: philosophy, science or pontification? *Progress in Palliative Care*; 1 (1):6-10.
- Alonso, M. (1987). *Ética y deontología Médica*. Editorial Pueblo y Educación.
- Albrecht, G.L., Fitzpatric, R. (1994). *Advances in Medical Sociology*. Vol. 5: Quality of life in Health Care, Greenwich: JAI Press.
- Allen-Mersh, T.G., Earlam, S., Fordy, C., Abrams, K., Houghton J. (1994). Quality of life and survival with continuous hepatic-artery floxuridine infusion for colorectal liver metastases. *Lancet*; 344:1255-60.
- Anderson, B.L: (1992) Psychological interventions for cancer patients to enhance the Quality of live. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 60 No. 4552-568.
- Anderson, R.T., Aaronson, N.K., Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life*; 2-369-95.

- Aravot, D.J; Banner, N.R; Khaghani, A; Fitzgerald, M; Radley Smith, R; Mitchell, A.G; Yacoub, M.H: (1989) «Cardiac transplantation in the seventh decade of live». *Am. J. Cardiol.* Jan,1; 63(1);p 90-3.
- Andrews, F.M., Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality.* NY: Plenum Press.
- Arés, P. (2002) *Psicología de la familia.* Ecuador.
- Arita, B. (1999). *Síndrome de burnout en personal de enfermería.* Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, México.
- Arita, B., Arauz, J. (1999). *Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de burnout en enfermeras.* *Psicología y Salud*;14:87-94.
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la Felicidad.* Madrid: Alianza Editorial.
- Arraras, J.L., Wright, S.J., Ahmedzal, S. (1995). *Progresos en la medición de la calidad de vida en cuidados paliativos.* In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Univ of Alicante, I: 627-36.*
- Badenes, R. (2001) *LA etica en los trasplantes de órganos. Crdinación de trasplantes. Comisión de ética.* *Rev. Hospital Clinico Universitario de Valencia.*
- Bagés, N. (1990) *Estrés y salud. El papel de los factores protectores.* *Revista Comportamiento. Universidad Simón Bolívar, Vol 2.*
- Barbat, I. (1995). *Eficacia de los Cuidados Paliativos en la comunidad y la calidad de vida del paciente oncológico.* Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Barnard CN (1967). *A Human Cardiac Transplant. An interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town.* *S Afr Med J*; 41:1271.
- Barreto, P, Bayés, R. (1990). *El psicólogo ante el enfermo en situación Terminal.* *Revista Anales de Psicología.* 6(2) pp 169-180.
- Barreto, P; Pascual, A. (1990) *Pautas de atención psicoterapéutica e la asistencia al enfermo Terminal.* Ponencia presentada a la II Reunión de trabajo sobre cuidados y tratamientos paliativos al enfermo Terminal. Valencia, Octubre.

- Barreto S. (2001). "El Síndrome de Burnout". RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina) Del Diario «La Voz del Interior» de Córdoba, Argentina. Sitio Web: <http://www.emprendedorasenred.com>
- Batista-Foguet, J.M., Artés, M. (1994). Actitudes y calidad de vida. En: Álvarez M (Comp) Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 335-74.
- Baumgartner, W; Ruitz, B; Oyer P. et al. (1979). Cardiac Homotrasplantations. Chicago. Year Book. Medical Publishers. Pp 11-16.
- Bayés, R., Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinaria. Clínica y Salud; 3 (1): 11-9.
- Bayés, R. (2003) Cuidando al cuidador: evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. [en línea] [fecha de acceso febrero de 2007] URL disponible en <http://www.fehad.org/valhad/pn000.html>
- Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. Psychotherapy and Psychosomatics; 59:1-10.
- Björntorp, P. (1997) Behavior and metabolic Syndrome. Int. J. Behavioral Med. 1997; 3: 285-302.
- Bowling, A. (1994). La medida de la salud. Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida. Barcelona: Masson.
- Bradburn, N.M. (1968). The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Brengelmann, J.C. (1986). Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. Evaluación Psicológica; 2: 47-77.
- Burkhard, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A., Ziebarth, D.M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. Research in Nursing and Health; 12: 347-54.
- Cabrera, M.E.; Agostini M.T.; Victoria, C.R. y López, R. (1998): Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976). The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfaction. NY: Russell Sage.

- Campos, R; Hernández, E. (1997) Valor predictivo del estrés mental en pacientes con enfermedad coronaria. Trabajo para optar por el título de especialista en Cardiología. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Cuba.
- Capilla, P.R. (2000). “El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional”. Revista Fundación Facultad de Medicina. 58:1334.
- Carmona, FJ., Sanz, LJ. y Marín, D. (2001). “Síndrome de Bunout y Enfermería: Factores Modulares”. Fuente Interpsiquis.; 2. Sitio Web: <http://www.intersalud.es>
- Carmona, FJ., Sanz, LJ. y Marín, D. (2002). “Relaciones entre el Síndrome de Bunout y el clima laboral en profesionales de enfermería”. Interpsiquis, 1-7. Sittio Web: <http://www.psiquiatria.com>
- Celia, D.F, Tulsy, D.S. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. Oncology; 4:29-38.
- Chacón, M. (1995). El burnout en personal de enfermería. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Puerto Vallarta, México.
- Chacón, M., Grau, J. (2003). Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, T. III, cap. 78, 149-68.
- Chaturvedi, S.K. (1991). What’s important for quality of life to Indians in relation to cancer? Soc Sci Med; 33:91-4.
- Cummins, R.A. (1993a). The Comprehensive Quality of Life Scale Manual. Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.
- Cummins, R.A. (1993b). Comprehensive Quality of Life Scale. Student (Grades 7-12): ComQol-ST4, Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.
- Cummins, R.A. (1994). Comprehensive Quality of Life Scale. Intellectual Disability. Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.
- De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C.E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: «Babel’s tower revisited». J Clin Epidemiol; 42:1239-41.
- De Haes, J.C., Van Knippenberg. F.C.E. (1987). Quality of life of cancer patients: review of the literature. In: Aaronson NK, Beckman J (Eds) The quality of life of cancer patients. NY: Raven Press, .

- Dennins, R.E., Williams, W., Giangreco, M.F., Cloninger, C.J. (1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children*; 39:499-512.
- Despins, D. (1995) Preparation psychologique a la trasplantation cardiaque ou cardiopulmonaire. *Les Journées de la Pitié*. Christian Cabral, Iradj Gandjbakhch et Alain Pavie. Edit. Sandoz. Capit. La transplantation pulmonaire. Pp. 150-7.
- Deyo, R.A. (1993). Measuring the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. In: Walker, S.R., Rosser R.M. (Eds.). *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Press.
- Díaz, D. (2003). Estrés Laboral – asistencial en especialistas en Medicina General Integral en la provincia de Matanzas. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Tutorado por E. Hernández y L. Hernández. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Dieguez, M.T. (2003) Estrés Laboral – asistencial en especialistas en Medicina General Integral en el Municipio Playa. Ciudad de la Habana. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Tutorado por E. Hernández y L. Hernández. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Dubach, V.C., Van Rechenberg, K.N. (1977) Comprensión de la enfermedad por parte del paciente en los consultorios externos. *Med Alem*; 18 (12): 2515-26, trad. en Buenos Aires.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping professions*. NY: Human Sciences Press, 1980.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psych Bull* 1984; 9 (3):543-75.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31: 103-57.
- Donk, van der J., Hunfeld, J.A., Passchier, J., Knegt-June, K.J., Nieboer, C. (1994). Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia adrogenetica. *Social Science and Medicine*; 38:259-263.
- Drummond, M.F. (1990). *Measuring the Quality of Life of People with Visual Impairment*. Washington: United States Department of Health and Human Services.
- Einkelsztejn, C; Castaño, A. (1994). El psiquiatra con orientación psicoanalítica en un equipo de trasplante cardiaco. Argentina.

- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A., Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long term outcome and effects on quality of life and life situations. *International Journal of the Addictions*; 29:627-45.
- Epstein, R.S., Deverka, C.G., Panser, L., Oesterling, J.E., Lieber, M.M., Schwartz, S., Patrick, D. (1992). Validation of a new quality of life questionnaire for benign prostatic hyperplasia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45; 1431-45.
- Evans, D.R., Burns, J.E., Robinson, W.E., Garret, O.J. (1985). The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*; 13:305-22.
- Evans, D.R., Dingus, C.M., Haselkorn, J.K. (1993). Living with a disability: a synthesis and critique of the literature on quality of life, 1985-1989. *Psychological Reports*; 72:771-7.
- Fayos, J.V., Beland, F. (1981). An inquiry on the quality of life after curative treatment.
- Fernández-Ríos, L., García-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En: Simón, M.A. (Ed). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología, aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, cap. IV, 133-54.
- Ferrell, B., Wisdom, Ch., Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*; 63:2321-27.
- Flanagan, J.A. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*; 33: 138-47.
- Fordyce, M.W. (1988). A review of research on the happiness measures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*; 20:355-81.
- French, D.J., Christie, M.J., Sowden, A.J. (1994). The reproducibility of the childhood asthma questionnaire: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years. *Quality of Life Research*; 3, 215-24.
- Friedman HC, DiMatteo RD. *Health Psychology*. London:Prentice Hall, 1989.
- Frisch, M.B. (1988). *Quality of Life Inventory*. Waco, Texas, Baylor University, Department of Psychology.
- Gafni, A., Birch, S., Menrez, A. (1993). Economics, health and health economics: HYE versus QALYs. *Journal of Health Economics*, 11:325-39.

- García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida: aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*; 30:55-94.
- García, MA. (2000) Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. [fecha de acceso 20 marzo de 2007] URL disponible en <http://www.wefdeportes.com>
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2): 101-102.
- Gil-Monte, P.R. (1998-2001). “El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención”. Departamento de Psicología Social y Organizacional Facultad de Psicología- Universidad de Valencia- España. Sitio Web: <http://www.psicología.com>
- Gil-Monte, PR. (2002). “Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey”. *Salud Pública de México*; 44(2):33-40.
- Gil, F., León, J. Ma., Jarana, L. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoconfianza como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de Enfermería. En: Munduate, L., Barón, M. (Comps.). *Gestión de Recursos Humanos y Calidad de Vida Laboral*. Sevilla: Eudema, 231-41.
- Gill, T.M., Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements. *JAMA*; 272 (8):619-25.
- Goldstein, M.S., Siegel, J.M., Boyer, R. (1984). Predicting chances in perceived health status. *American J of Public Health*; 74:611-15.
- González, R. (1979) *La entrevista médica*. En *Psicología para médicos generales*. Editorial científico Técnica. La Habana, Cuba.
- Grau, J. (1982) *Aspectos Psicológicos de la ansiedad patológica*. Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias Psicológicas, Moscú.
- González, U., Grau, J., Amarillo, MA. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: *Acos-*

- ta, JR. (Ed.) Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro "F. Varela": 279-85.
- Grau, J. (1997). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. Tesis para la opción del título de Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 2a. ed., 1221-34.
- Grau, J., Chacón, M. (1999). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: ¿mito o realidad? En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arán, cap. 65, 1005-20.
- Grau, J., Hernández, L., Chacón, M., Romero, T., Jiménez, P. (1996). El burnout en médicos y enfermeras del Instituto de Oncología y Radiobiología. Reporte de investigación, INOR.
- Grau, J., González, U. (1997). Ética, calidad de vida y Psicología de la Salud. En: Luzoro, J.(Ed.) Psicología de la Salud. Santiago de Chile: Bravo y Allende, 1999, 271-294.
- Grau, J. (1997b). Calidad de vida y salud: problemas en su investigación. Tesis de Especialista en Psicología de la Salud, Facultad de C. Médicas "C. García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Grau, J., Jiménez, P.J., Chacón, M., et al. (1995). Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales. Reporte de investigación, INOR.
- Grau, J., Lence, J., Jiménez, P.J., et al. (1995). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. Psicología y Salud, en-jun: 111-25.
- Grichting, W.L., Barber, J.G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *International Journal of the Addictions*; 24:963-71.
- Griffin, J. (1986). *Well-Being. Its Meaning. Measurement and Moral Importance*. Oxford: Clarendon Press.
- Guyatt, G.H., Veldhuysen, van Zanten S.J.O., Feeny, D.H., et al. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc*; 140:1441-48.
- Guzmán, J., Ponce, S., Pita, L., et al. (1993). El cambio en la calidad de vida como indicador de curso clínico de la enfermedad. Comparación de dos índices. *Invest Clin*; 45 (5):439-52.

- Harwood, P. (1976). Quality of life. Ascriptive and testimonial conceptualizations. *Soc Ind Res*; 3:471-496.
- Hays, R.D., Donald, C., Mazer, R.M. (1995). User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life. Santa Mónica, Ca: RAND.
- Hernández, E. (1984) Validación de un sistema de métodos para evaluar la Capacidad de Trabajo intelectual. Universidad Central "Martha Abreu" de Las Villas, Cuba.
- Hernández, E.; Grau, J.; Valdés, MA. (1987) La atención psicológica y psiquiátrica al paciente trasplantado. *Revista Acta Médica. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"*. Habana. Cuba. Julio- Diciembre. pp. 65-75.
- Hernández, E. (1987) Cuadro Interno y Personalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Libro resúmenes XXI Congreso Interamericano de Psicología. Vol.I.pp. 214. Cuba. Julio.
- Hernández, E.; Grau, J.; Valdés, MA y Almandoz, P. (1988) Aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales en pacientes sometidos a trasplante de corazón y corazón pulmón. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. V. No.3.
- Hernández, E (1990) Alteraciones de la Capacidad de Trabajo Intelectual en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. *Revista Cubana de Psicología*. Enero.
- Hernández, E (1990) Alteraciones de la Capacidad de Trabajo Intelectual en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea: Su psico-corrección. Resumen de la tesis para optar por el título de Dra. en Ciencias Psicológicas. Marzo
- Hernández, E (1994) Capacidad de Trabajo intelectual y Cirugía Cardíaca con circulación extracorpórea. *Revista Gaceta Médica. Hospital Clínico Quirúrgico "Hnos. Ameijeiras"*.
- Hernández, E (1994) Evaluación de un programa de rehabilitación cardiovascular Integral en pacientes trasplantados de corazón. *Revista Acta Médica. Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras*.
- Hernández, E. (1994a). Modificación del Patrón de Conducta Tipo A en el Marco de la Rehabilitación Cardiovascular Integral. Trabajo Presentado en el Simposium sobre Promoción y Rehabilitación de Salud. CIMEQ. La Habana, Cuba.
- Hernández, E. (1994b) Evaluación de un Programa de Rehabilitación Integral. Trabajo Presentado en el Simposium sobre Promoción y Rehabilitación Cardiovascular. La Habana, Cuba.

- Hernández, E. (1996) Rehabilitación Cardíaca Integral en pacientes de la Tercera Edad. XI Fórum de Ciencia y Técnica. La Habana, Cuba.
- Hernández, E (1997) Problemas éticos y psicológicos del trasplante de órganos: un nuevo reto para la Psicología de la Salud. Revista Psicología y Salud. Número nueve, Nueva Época. Semestre Enero-Junio,. Xalapa. Veracruz. México.
- Hernández, E (1997) .Calidad de la vida después del trasplante cardíaco en Cuba. Revista Psicología y Salud. Xalapa, Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Veracruz. México No.10. Julio-Diciembre. pp. 45-55.
- Hernández, E. (1997). Intervención psicológica en cardiocirugía. Trabajo para optar por el título de especialista en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias médicas “General Calixto García”. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.
- Hernández, E. (1998). Evaluación de un Programa de Rehabilitación Integral en Pacientes con Trasplante Cardíaco Ortotópico. Trabajo presentado en Cardiología’98. La Habana, Cuba.
- Hernández, E. (1999a). Estrés y enfermedades cardiovasculares. Conferencia dictada en el Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Hernández, E. y cols. (1999b). Caracterización y modificación de los estilos de afrontamiento de un grupo de pacientes infartados con Patrón de conducta tipo A. Reporte de investigación. Cardiocentro Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras “.
- Hernández, E. Llantá, MC, Grau, J. (1999c). Hacia un concepto de Salud en la Psicología de Salud. Las Ciencias de la Salud; Problemas y tendencias por el Siglo XIX. Editorial Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.
- Hernández, E.; García, R.; Guevara, L. Garzón, E, Almandoz, P. (2000) ¿Puede el apoyo social contribuir a prolongar la vida? Ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Veracruz, México.
- Hernández, E (2003) . «Intervención psicológica en las Enfermedades Cardiovasculares.» Editado en la Editorial de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. Agosto de 2003. Presentado en la feria del Libro de la Habana 2004 y propuesto para Premio Anual de la Salud
- Hernández, E (2003) Capítulo de Comunicación. Participación en un CD para el Ministerio de Salud Pública.
- Hernández, E. (2003) Supercurso: “Como dar malas noticias en Salud”: Infomed.

- Hernández, E.; Grau, J. y cols. (2005). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Editorial La Noche. Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. Diciembre.
- Hernández, L. (1995). El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana.
- Hollandsworth, J.G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the the quality of life: a 5-years update. *Soc Sci Med*; 26:425-34.
- Hörsnquit, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*, 10:57-61.
- Hutchinson, A., Farndon, J., Wilson, R. (1979). Quality of survival of patients following mastectomy. *clin Oncol*; 5: 391.
- Jenkins, C.D., Jono, R.T., Stanton, B. et al. (1990). The measurement of health related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis. *Soc Sci Med*; 31: 925-31.
- Jenkins, D. (1997) preparación cognitivo, emocional y física para la cirugía: un costo efectivo en el enlace consulta intervención. Trabajo presentado en el Evento del CIMEQ, La Habana, Cuba.
- Johnston, M. (1995). The quality of life. In: *Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society*, Univ of Alicante, I, 13-7.
- Jones, P.W. (1993). Measurement of health-related quality of life in asthma and chronic obstructive airways disease. In. Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Joyce, C.R.B; O'Boyle, C.A., McGee, H.M. (1999). *Individual Quality of Life: Approaches to conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood.
- Kager AR (Ed). *Head and Neck Oncology: controversies in cancer treatment*. Boston: Boston Hall, 99-109.
- Kaplan, R.M. (1985). Quality of life measurement. In: Karoly P (Comp) *Measurement strategies on health psychology*. NY: Wiley.

- Kaplan, R.M., Bush J.W. (1982). Health-related quality of life measurements for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1; 61-80.
- Kaplan, R.M., Bush, J.W., Berry, C.C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Res*; 11 (4):478-507.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T.P. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life. Concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling*; 20:101-20.
- Lain Entralgo, F. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría.* Madrid: Castilla.
- Landa, V., Mena, L. (2003). Estrés laboral en personal clínico hospitalario. *Terapia Psicológica*, 21(2): 137-51.
- Landeros, M. (1997). Estrés y burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García", Ciudad de la Habana. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana.
- Lara-Muñoz. M.C., Ponce de León, S., de la Fuente, J.R. (1995). Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer. *Inv Clin*; 47 (4):315-27.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *J of Organizational Behavior*; 12 (2): 123-44.
- Leiter, M.P. (1990). The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. *Human Relations*; 43 (11): 1067-83.
- Leiter, M.P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies*; 13 (1): 111-28.
- Levi, L., Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida.* México DF: El Manual Moderno.
- Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M., Romero, T., Grau, R. (2000). Calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos. *Revista Psicología y Salud, Universidad Veracruzana*, 1(10), enero-junio.
- Lolas, F. (1991). Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*; 37:25-30.

- Louro, I. (2003) La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2003; 29(1):48-51.
- Lunde, P. (1969) Psychiatric complications of heart Transplants. *Am, J. Psychiatry*, 126, 368-373.
- Maes, S., Bruil, J. (1995). Assessing quality of life children with chronic disease. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychol Society*. Univ of Alicante, II, 637-52.
- Mainetti, JA (1991) Se plantea un dilema ético: Que hacer con un individuo al cual se le ha planteado...Bioética sistemática. La Plata. Editorial Quirón, bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu14207.htm
- Mainetti, JA (1991) Aspectos bioéticos de la práctica quirúrgica. La crisis de la razón médica: Introducción a la filosofía de la... Pardo H y Yazde Y. Consentimiento informado. ¿Un dilema ético o legal? [Http://www.bioetica.org/bioética/biblio4.htm](http://www.bioetica.org/bioética/biblio4.htm)
- Mainetti, JA (1992) La Transformación de la medicina. Editorial Quirón, La Plata, ISSN 0325-2345.
- Marías, J. (1989). *La felicidad humana*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marks, G.B., Dunn, S.M., Woolcock, A.J. (1992). A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *Journal of Clinical Epidemiology*; 45:461-72.
- Matteson, M.T., Ivancevich, J.M. (1987). *Controlling work stress. Effective human resource and management strategies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J of Occupational Behavior*; 2:99-113.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. NY: Prentice Hall Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1982). Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. In: Sanders, G.S., Sulz, J. (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*, 2a ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Maya, J.C., Reynales, H., Llanos, G. (1984). El médico informa adecuadamente a los pacientes? *Bol OPS*; 97 (1), 26-32.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. NY: Free Press.
- Mejides, JR.; Nafeh Abi-Rezk, M.; Delgado, L. (2003) Mortalidad a corto, mediano y largo plazos en el Transplante Cardíaco en Cuba. *Trabajo de*

investigación. Hospital clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

Menéndez, C.; Montes, A; Gamarra, T.; Núñez, C.; Alonso, A.; Bujan, S (2003) Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atención Primaria* 2003;31: 506-513.

Moynihan, R.T., Outlaw, E. (1984). Nursing support groups in a cancer center. *J of Psychosocial Oncology*; 2 (1): 33-48.

Moreno, B., Oliver, C., Aragones, A. (1991). El burnout: una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal, G., Caballo, V. (Eds.). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI, 271-79.

Moreno, B., Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón, M.A, (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 739-50.

Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1045-70.

Mudge GH, Goldstein S, Addonizio LJ, Kaplan A, Mancini D, Levine TB, Ritsch ME Jr, Stevenson LW. (1993) Twenty-fourth Bethesda conference: cardiac transplantation: Task Force 3: recipient guidelines/prioritization. *J Am Coll Cardiol.*;22:21-31.

Naughton, M.J., Wiklund I. (1993). A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life*; 2:397-432.

Nordelfeldt, L. (1993). *Quality of Life. Health and Happiness*. Aldershot: Amesbury.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México: Thompson.

Orley, J., Kuyken, W. (1994). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlín: Springer Verlag.

Pakerson, G.R., Broad head, W.E., Tse, C.K. (1992). Quality of life and functional health of primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology*; 45, 1303-13.

Parmenter, T.R. (1994). Quality of life as a concept and measurable entity. *Social Indicators Research*; 33:9-46.

- Patrick, D.L., Erickson, P. (1993a). Assessing health-related quality of life for clinical-decision making. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). Quality of life assessments: key issues in the 1990s. Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Patrick, D.L., Erickson, P. (1993b). Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. NY: Oxford University Press.
- Peñacoba, C., González, J.L. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. Revista Psicología y Salud, Universidad Veracruzana (en prensa).
- Pereira, WA. (2004) O Dinamismo dos Associados e os desafios da ABTO frente ao crescimento dos transplantes no Brasil. Boletín Informativo da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Julho / Setembro.
- Portales, A. (1997). Niveles de burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública, La Habana.
- O' Brien, V. (1985) Psychological and social aspects of Herat transplantation. Heart Trasplantation. Vol. IV. No. 2 feb, pp 229-231
- OMS. (2001). Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Informe de Jeffrey D. Sachs, Presidente de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, a la Dirección General de la OMS, 20 de diciembre de 2001.
- Reimel, Sh., Muñoz, C. (1990). Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. Comportamiento, Univ. Simón Bolívar, 1 (2):51-9.
- Reyes, A. (2003) Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- Reyes, A.; Otero, H.; Duque de Estrada, AM: (2005) Psicología de la salud en la atención a enfermos renales. Capitulo del libro: Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. Editorial La Noche. Guadalajara, Jalisco, México.
- Rodríguez, A. (2003). Estrés Laboral – asistencial en especialistas en medicina General integral en el Municipio Plaza de la Revolución. Trabajo para optar por el título de Máster en Psicología de la Salud. Tutorado por E. Hernández y L. Hernández. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.

- Rodríguez Marín, J. (1994). Evaluación en prevención y promoción de la salud. En: Ballesteros R. (Ed.) Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.
- Rozanski, A; Blumenthal, JA; Davidson, KW; Sap, PG; Kubzansky, L. (2005) The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J.Am. Coll Cardiol.* 2005;45:637-51.
- Salek, M.S. (1993). Measuring the quality of life of patients with skin disease. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s.* Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Serrano, M. (2005) El síndrome metabólico: ¿una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés?. *Revista Española de Cardiología.* 2005;58 (7): 768-71
- Schalock, R.L., Begab, M.J. (1994). *Quality of Life. Perspectives and issues.* Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- Schipper, H., Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: risks and benefits. *Cancer Treat Rep;* 69:1115-23.
- Schmale, A.R., Morrow, G.R., Schmidt, M.H., et al. (1983). Well-being of cancer survivors. *Psychosom Med;* 45:163-69.
- Shaw, A. (1977). Defining the quality of life. *Hasting Center Rep,* oct, 11.
- Shindler, J.S., Brown, R., Welburn, P., Parkes, J.D. (1993). Measuring the quality of life patients with Parkinson's disease. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s.* Dordrecht, Kluwer Academic Press.
- Shumaker, S.A., Wyman, J.F., Uebersax, J.S., McClish, D., Fanti, J.A. (1994). Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence. The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Quality of Life Research;* 3, 291-306.
- Slevin, M.L., Plant, H., Lynch, D., et al. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British J of cancer;* 57: 109-112.
- Sócrates. <http://www.biografiasyvidas.com>

- Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. N.Y.: Raven Press.
- Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis*; 40:465-71.
- Stewart, A.L., Ware J.E. (1992). *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press.
- Strack, N., Argyle, M., Schwartz, N. (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Szalai, A. (1976). The meaning of comparative research on the quality of life. In: Szalai A, Andrews FM (Eds) *The quality of life. Comparative Studies*. London: Sage.
- Taerk, G. (1983). Psychological support of oncology nurses: a role for the liaison psychiatrist. *Canadian J of Psychiatry* 1983; 28: 532-35.
- Traber, R., Freidi, W., Egger, J. et al. (1995). Burnout en asistentes de enfermería geriátrica. En: *Memorias de la 8a. Conferencia Europea de Psicología de la Salud*. Alicante: University of Alicante, II, 832-39.
- Torrance, G.H. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis* 1987; 40 (6): 593-600.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: Strack, N., Argyle, M., Schwartz, N. (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.
- Venhoven, R. (1994). Is happiness a trait? *Social Indicators Research*; 32: 101-60.
- Vickrey, B.G., Hays, R.D., Graber, J. et al. (1992). A health-related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy. *Medical Care*; 30: 299-317.
- Victoria García-Viniegras, C.R. (1992). Consideraciones conceptuales y metodológicas acerca de las técnicas de medición del estrés. *Boletín de Psicología Vol XVI (2)*.
- Victoria García-Viniegras, C.R. (1998). Factores psicosociales y salud. Bases teórico-metodológicas para su abordaje investigativo en nuestro país. *Revista Cubana de Medicina General Integral Vol 13 (6)*.

- Winefeld, H.R. (1995). Quality of life in chronic diseases. In: Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Univ. of Alicante, I, 286-303.
- Wolfgang, TC (1985) End-Stages heart Disease: Heart Transplantation: Book: Difficult problems in adult cardiac surgery. Arthur, T Robert. Chicago pp 354.
- Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I. (1987). Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *J of Chron Dis*; 40:491-9.
- World Health Organization (1992). WHOQOL. Study Protocol. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument. Geneva: Division of Mental Health, WHO.
- Zastrow, C. (1984). Understanding and preventing burnout. *Brit J of Soc Work*; 14 (2): 41-55.
- Zeigarnik, BW (1986) Patopsicología. Editorial UEM. Moscú.
- Zeigarnik, BW (1979) Introducción a la Patopsicología. Editorial Científico Técnica. La Habana, Cuba. Pp 37-107.

