

Título: PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. Diagnóstico y tratamiento psicológico.

Autores:

MsC. Wilfredo Pérez Rodríguez.
Jefe Departamento Psicología. Especialista en Psicología de la Salud, Profesor Auxiliar.

Lic. Yaima Trujillo Medina.
Especialista en Psicología de la Salud.

Lic. Bárbara Yeny Bernardo Salazar.
Especialista en Psicología de la Salud.

Lic. Yanet Pérez Mir.
Especialista en Psicología de la Salud.

Departamento de Psicología
Email: psico@hha.sld.cu

Introducción

El presente protocolo será de aplicación por el psicólogo insertado en los diferentes servicios y áreas del hospital que atienden a enfermos crónicos incluidos los de las llamadas crónicas no trasmisibles., con un importante volumen de casos estimados en aquellos enfermos en los que se sospeche que los factores emocionales están incidiendo en el curso, etiología o evolución de la enfermedad por la cual se encuentra hospitalizado.

La inserción del psicólogo en los grupos multidisciplinarios de atención a enfermos crónicos complicados redundará en una mejor atención desde el punto de vista de la integralidad y calidad de la misma y además promueve y previene complicaciones debidas al mal manejo o por falta de orientación y presencia de síntomas de la esfera emocional, es por ello importante definir en contenido de las

acciones y procedimientos del psicólogo que trabaja con estos pacientes y que cumple con los objetivos siguientes:

Objetivos:

1. Brindar una atención integral al paciente portador de este problema médico y su familia, que garantice una elevación de la calidad de la atención.
2. Evaluar la participación de factores psicológicos en la producción del cuadro de salud como causa o como resultado de este.
3. Atender a la posible sintomatología de la esfera psíquica: procesos cognitivos y reacciones emocionales presentes en estos pacientes.
4. Orientar a la familia en el manejo más adecuado y apoyo emocional del paciente crónico.
5. Ayudar al paciente en la toma de decisiones y la adherencia a tratamientos y procedimientos diagnósticos invasivos, necesarios para su mejor evaluación.
6. Evaluar y reorientar en caso necesario estilos de afrontamiento más adaptativos a la enfermedad, para su control.
7. Enseñar al paciente crónico a manejar su responsabilidad en el control de la enfermedad, promover cambios en el estilo de vida, hábitos tóxicos etc.
8. Evaluar las expectativas del paciente con el tratamiento y adecuarlas en los casos necesarios.

9. Evaluar los factores de riesgo en este tipo de paciente modificando hábitos y conductas de riesgo.
10. Enseñar al paciente a vivir con su enfermedad y a mejorar su calidad de vida, contribuir a la educación de pacientes en el automanejo de su enfermedad.
11. Evaluar la presencia de estilos de afrontamiento que obstruyan o faciliten la adaptación y ajuste a la enfermedad.

Desarrollo

Procedimientos y herramientas de trabajo.

➤ **Universo**

Pacientes con enfermedades crónicas y familiares de los mismos, tratadas/os en el centro.

➤ **Procedencia**

Los pacientes tratados en los protocolos de actuación en enfermedades crónicas del hospital.

➤ **Criterio de admisibilidad**

Los pacientes y familiares de estos, que son remitidos por el equipo médico de asistencia de los protocolos de actuación en enfermedades crónicas.

Estructura asistencial:

El paciente hospitalizado se atenderá a solicitud del médico, el familiar, el propio paciente o derivado de la discusión de caso o el pase de visita colectivo.

El paciente será valorado por el psicólogo en una entrevista inicial exploratoria, para decidir la conducta psicológica a seguir, si necesita continuar atención por este especialista, y estudios psicométricos en cuyo caso se prescribirán por el psicólogo y será enviado con el técnico en psicometría.

La atención se organizará en dos modalidades: Individual o Grupal.

Recursos materiales: Local con suficiente privacidad y adecuadas condiciones de iluminación y temperatura, sillas, mesa de trabajo, lápiz y papel.

Recursos Humanos:

Licenciados en Psicología. Técnico en psicometría.

PROCEDERES DE ACTUACIÓN CON EL PACIENTE EN ORDEN CRONOLÓGICO.

ACCIONES DIAGNÓSTICAS

Entrevista Inicial Exploratoria:

Se exploran aspectos esenciales, Motivo de consulta, demandas específicas del paciente en relación a su enfermedad actual o a síntomas de la esfera psíquica derivados de esta.

- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares
- Hábitos Tóxicos.

Esfera cognitiva:

- Evaluar integridad de los procesos cognitivos.

Esfera Afectiva:

- Identificar síntomas afectivos, en cuanto a presencia e intensidad.
- Evaluar recursos para su afrontamiento.

Esfera Conativa:

- Evaluar cooperación con la entrevista, vestuario, hábitos de higiene personal y trastornos del sueño y de los hábitos.
- Evaluación de la personalidad premórbida: (rasgos de personalidad, nivel general de susceptibilidad, reacción emocional ante la ausencia de salud, el carácter y la escala de valores del enfermo, etc.

- Revisión psicosocial de sus problemas actuales: (familiares, amorosas, laborales, económicas, matrimoniales de vivienda, sentimentales, etc.) y grado en que se siente afectado el paciente. Evaluación del bienestar psicológico.
- Conocimiento y percepción de la enfermedad:(característica de la enfermedad si es aguda, crónica, el tipo de tratamiento, percepción de la enfermedad (si es adecuada, de sobreestimación, de subestimación), y pronóstico de la enfermedad)

1. Emitir al final de la entrevista, la primera impresión diagnóstica, así como los planes diagnósticos y terapéuticos, con sus principales objetivos, señalar los instrumentos de evaluación psicológica necesarios, decidir si necesita continuidad de atención psicológica, en ese caso citar a entrevista diagnóstica.

2. Entrevista Diagnóstica:

Explorar las diferentes áreas: (profundizar de forma particular según lo requiera cada caso).

- a) Escolar: (adaptación general a las diferentes etapas estudiantil, rendimiento escolar, relaciones con compañeros y profesores, intereses cognoscitivos, dedicación al estudio, desarrollo vocacional, trayectoria por distintos niveles,)

- b) Familiar: (núcleo familiar temprano, convivencia actual, personas que la comparte y relaciones entre ellos, figuras de apoyo, atmósfera afectiva del hogar).
- c) Laboral: (Trabajo actual, estabilidad y satisfacción laboral, perspectivas futuras, relaciones con sus compañeros y autoridades)
- d) Social: (relaciones sociales, actividad político-social, creencias religiosas, Intereses culturales y recreativos, empleo del tiempo libre, etc.)
- e) Relaciones sexuales y de pareja: (experiencias agradables y desagradables, relaciones sexuales, causas de cambios, concepción del matrimonio, características de la relación actual de pareja, estabilidad amorosa)

3. Evaluación de las alteraciones psicopatológicas:

- a. Alteraciones en las funciones de integración o de síntesis: (orientación, memoria, atención, etc.)
- b. Trastornos de los procesos cognitivos: (sensoriales, perceptuales, alteraciones del pensamiento).
- c. Trastornos de los procesos afectivos y síntomas específicos: (ansiedad, depresión, angustia, tristeza, irritabilidad, labilidad afectiva, ambivalencia afectiva, euforia, etc.)
- d. Trastornos en la expresión conductual de las necesidades, esfera conativa: (necesidades de alimentación, del sueño, sexuales, etc.
- e. Otras alteraciones conductuales de interés para el diagnóstico.

4. Aplicación de técnicas psicológicas diagnósticas individualizadas a partir de la entrevista:

- a) Inventario multifacético de la personalidad (MMPI)
- b) Técnicas proyectivas:
 - Dibujo de una persona de K. MACHOVER
 - Test de completar frases de J. ROTTER)
- c) Test de matrices progresivas (RAVEN)
- d) Test de inteligencia no verbal (WEIL)
- e) Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)
- f) Inventario rasgo- estado de depresión (IDERE)
- g) Test gestáltico visomotor (BENDER)
- h) Inventario de BECK
- i) Test de Vulnerabilidad psicosocial
- j) Estilos de afrontamiento
- k) Prueba de calidad de vida
- l) Escala Dembo Rubinstein.
- m) Aprendizaje de 10 palabras

5. Evaluación de la descompensación actual de la personalidad: (nivel general de susceptibilidad, reacción emocional ante la ausencia de salud, el carácter y la escala de valores del enfermo, nivel de funcionamiento psíquico, etc.

6. Evaluar conocimiento y percepción de la enfermedad así como sus potencialidades para el afrontamiento.
7. Plasmar en la Historia Clínica el diagnóstico psicológico e integrar resultados psicométricos.
8. Hacer diagnóstico de comorbilidad con otras patologías psiquiátricas

ACCIONES TERAPÉUTICAS:

1. Seleccionar los procedimientos terapéuticos a emplear en cada caso de forma personalizada e individual según sus necesidades. Las posibles técnicas a utilizar son:

- a) Orientación psicológica individual, grupal y/o familiar
- b) Psicoterapia individual, grupal y/o familiar: (psicoterapia de apoyo, psicoterapia racional o persuasiva, psicoterapia sugestiva)
- c) Técnicas cognitivo conductuales como son: (técnica desensibilización sistemática imaginada, técnica de autocontrol, técnica de solución de problemas., etc.)
- d) Técnicas de relajación, hipnosis, musicoterapia, visualización, etc.
- e) Ejercicios respiratorios.
- f) Demostraciones.

En dependencia del diagnóstico y tratamiento decidido por el equipo médico, se aplicaran intervenciones psicológicas más específicas.

- a) Preparación psicológica para los procedimientos diagnósticos invasivos (consultar guía de buena práctica de procedimientos invasivos).
- b) Orientación psicológica a familiares de pacientes crónicos.

Modalidad Grupal:

Diseñar intervenciones breves de orientación y educación utilizando técnicas grupales como: Ronda de los miedos, técnicas de roll playing y técnicas participativas.

Atención a la familia.

Orientar manejo del paciente, enfatizar en la responsabilidad de estos con su autocontrol.

Enseñar a manejar estados emocionales y otras manipulaciones afectivas y demandas del paciente crónico.

Satisfacer las necesidades del familiar e información sobre su caso.

Orientar el seguimiento.

Información al paciente.

Se informara por escrito en la historia clínica de hospitalización del paciente sobre los resultados llegados con la intervención psicológica, y las diferentes acciones terapéuticas a seguir, así como orientación y recomendaciones psicológicas.

Se informara al paciente crónico y su familiar cada intervención asistencial que se realiza por las diferentes etapas, así como el diagnóstico y tratamiento psicológico a seguir, para garantizar una mejor comunicación y relación del equipo médico con los pacientes y sus familiares.

SEGUIMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA

El seguimiento se realizara de forma personalizada, siguiendo los criterios y objetivos terapéuticos en cuanto a su cumplimiento y necesidad de reevaluación, determinándose en consecuencia el número y duración de las frecuencias así como el alta.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% del personal que compone el grupo de trabajo asistencial entrenado en el contenido del protocolo asistencial	95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de los test y pruebas psicológicas expuestos en el PA	≥ 70 %

	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones	≥ 70 %
Recursos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
Organizativos	% de base de datos electrónica	100%
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes bajo tratamiento que deberán cumplir con los períodos fijados de evaluación, según el PA		≥ 80 %
% de pacientes remitidos para ser atendidos		100 %
% de pacientes con aplicación de registros primarios (PRD) para ser pasados a la base de datos		80-100%
Indicadores de Resultados		Estándar
% de pacientes con buena respuesta al tratamiento psicológico (disminución de estados emocionales displacenteros)		≥ 80 %
% de pacientes con buena adecuación de estilos de vida y modos de afrontamiento.		≥ 60 %
% de familiares con respuesta satisfactoria a la intervención psicológica.		≥ 60 %

Bibliografía

Almeida, C. (1991). Estilos de enfrentamiento y niveles de regulación de la personalidad en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana.

Amigo, I., Fernández, C., Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámides.

Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21(1):55-60.

Bayés, R., Borrás, F.X. (1999). Psico-neuroinmunología y salud. En: Simón, M.A. (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología, Aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, cap. II, 77-114.

Borynsenko, M. (1995). The power of the mind to heal: The state of the art of mind/body medicine in 1995. In: Gwaler, I. (Ed.). *Mind Immunity & Health: The Clinical Applications of Psychoneuroimmunology and The Mind/Body Connection*. Victoria, Australia: The Gwaler Foundation, 9-13.

Booth-Kewley, S., Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*; 11:343-62.

Bravo, M., Serrano-García, I., Bernal, G. (1988). Estrés: desarrollo histórico del concepto y aspectos somáticos del proceso. *Rev Interamericana de Psicología*; 22, 21-40

Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. NY: Norton.

Carmel, S., Anson, O., Levenson, A., Bonne, D.Y., Maoz, B. (1991). Life events, sense coherence and health: gender differences on the kibbutz. *Soc Sci Med*; 32:1089-96.

Cohen, S., Frank, E., Doyle, W., Skonner, D., Rabin, B., Gwaltney, J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*; 17:214-23.

Cox, T. (1980). *Stress*. NY: MacMillan Press.

Crane, R.S. (1981). The role of anger, hostility and aggression in essential hypertension. (Doctoral Dissertation, University of South Florida, Tampa, FL, 1981) *Dissertation Abstracts International*; 42, 2982 B.

Croyle, R.T., Jemmott, J.B., Carpenter, B.D. (1988). Relations between four individual difference measures associated with cardiovascular dysfunction and anger coping style. *Psychological Reports*; 63:779-86.

Deffenbacher, J.L. (1982). Trait anger: theory, findings and implications. In: Spielberger, Ch.D., Butcher, J.N. (Eds.) *Advances in personality assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 9, 177-201.

Domínguez, B., Montes, J.M. (1998). Psicoimmunología: procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud. Documento preparado por el Centro Nacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor y el Dpto. de Alergia e

Inmunología del Hospital General de México, de la Seguridad Social. Versión de 14 de septiembre de 1998.

Dowrendwend, B.P., Dohrenwend, B.S. (1974). Stressful life events. Their nature and effect. NY: Wiley.

Duque de Estrada, A.M. (1989). Estudio de la capacidad de trabajo intelectual en un paciente sujeto a tratamiento dialítico. Trabajo presentado en la VII Jornada Científica del CIMEQ. La Habana, Cuba.

Fukuhara, S., Lopes, A.A., Braga-Gresham, J.L., Kurokawa, K., Mapes, D.L., Akisawa, T., Bommer, J., Canaud, B.J., Pork, F.K., Held, P.J. (Worldwide dialysis Outcomes and Practice Pattern Study). (2003). Health- Related quality of life among dialysis patients of three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney International*, 64, 1903-1910.

Grau J, Chacón M. (2001) La muerte y las actitudes ante la muerte. Una revisión. La Habana: INOR,

Guzmán, S.J., Nicasio, P.M. (2003). The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *J Behav Med*, 26(6),517-34. Recuperado el 17 de marzo, 2004, de la base de datos Pubmed en www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D., Block, G., Humphreys, M.H. (2001). Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalisation, and Mortality in Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 12, 2797–2806.

Kalliath, T., Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *J Nurs Adm*, 32(12), 648-54.

Kim, J.A., Lee, J.K, Huh, W.S., Kim, Y.G., Kim, D.J., Oh, H.Y., Kang, S.A.; Kim Moom, Y.H., Kim, H. W., Kim, J.H. (2002). Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med*, 17, 790-4.

Kimmel, P.L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613.

Laudanski, K., Nowak, Z., Wankowicz, Z. (2002). Mood and illness-related in dialysed patients. [Abstract]. *Pol Merkuriusz Lek*, 13(77), 376-9. Recuperado el 17 de marzo, 2004, de la base de datos Pubmed en www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed

Lopes, A.A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., Piera, L., Held, P., Gillespie, B., Port, F.K.; Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOOPS). (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalisation among

hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int*, 62(1) , 199–207.

Long, C.G. (1995). Renal care. In: Broone, A., Llevelyn, S. (Eds.). *Health Psychology*. London: Chapman / Hall.

Loos, C., Briançon, S., Frimac, L., Hanesse, B, Kessler, M. (2003) Effect of End-Stage Renal Disease on the Quality of Life of older patients. *JAGS*, 51, 229-233.

Luk, W.S.(2004).The HRQoL of renal transplant patients. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 201-209.

Morales Calatayud F. (1997) *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo: Ed. UNISON.

Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Ed. Científico Técnica, 1999.

Navarro Góngora, J. Y M. Beyebach (1995). *Terapia con enfermos físicos crónicos, En Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.

Nillar, E. (1999). *Apoyo Social Percibido en pacientes con Fibromialgia y Artritis Reumatoide*. Instituto Nacional de Reumatología. Tesis de Maestría no publicada. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

Roca, M., Pérez. M. (1999). *Apoyo Social: su significación para la salud humana*. La Habana: Editorial Félix Varela.

ALGORITMO DEL PROCESO ASISTENCIAL PARA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA.



