

Tema 8. Aspectos psicológicos relacionados con las enfermedades crónicas



- 1. Introducción**
- 2. ¿Qué es una enfermedad crónica?**
- 3. La información**
- 4. Efectos colaterales del tratamiento**
 - 4.1. El estrés**
 - 4.1.1. La inteligencia emocional**
 - 4.2. El dolor**
 - 4.2.1. La conducta del dolor**
 - 4.2.2. Estrategias de intervención psicosociales en el dolor crónico**
- 5. El Burnout**
- 6. Referencias bibliográficas**

1. Introducción

La organización Mundial de la salud estima que el 60% de todas las defunciones se deben a enfermedades crónicas y que esta situación tiende a empeorar (1). Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (1).

Las enfermedades crónicas pueden presentarse en todas las etapas de la vida, incluida la infancia, aunque se establecen preponderantemente en los adultos y ancianos. Su estrecha vinculación con los estilos de vida y los patrones sociales y culturales de las sociedades modernas motivó que se las calificase de enfermedades de origen humano o enfermedades de la civilización (2).

La enfermedad crónica va asociada a repercusiones físicas, sociales y emocionales que es preciso tener en cuenta. Tradicionalmente la reacción psicosocial de la persona ante la aparición de una enfermedad no se había considerado como un elemento importante del proceso mórbido, pese a que la experiencia cotidiana ponía en evidencia la importancia de dicha reacción, en el curso de cualquier afectación orgánica y en el resultado de su tratamiento.

En la actualidad, se presta mayor atención a los aspectos comportamentales, cognitivos y sociales de los pacientes a la hora de evaluar su influencia en la aparición, evolución y en el pronóstico de la enfermedad, tanto si esta es aguda como crónica. En este último caso, es donde se está dando mayor importancia a los procesos psicosociales. Una posible explicación la podríamos encontrar en las limitaciones de la ciencia médica a la hora de resolver completamente una afectación crónica la cual, en la mayoría de los casos, lleva asociados a los problemas físicos otros comportamentales, cognitivos y sociales que es preciso, también, atender desde otra perspectiva diferente a la de la exclusivamente física.

2. ¿Qué es una enfermedad crónica?

Una de las definiciones de enfermedad crónica más citadas es la siguiente: *“Trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo”* (2).

En España, según datos proporcionados por el INE, las principales causas de muerte en el año 2008 se deben a enfermedades que, en la mayoría de los casos, son debidas a procesos crónicos (tabla 1).

		TOTAL	TOTAL	VARONES	MUJERES
CÁNCER	BRONQUIOS Y PULMÓN	48006	20195	17146	3049
	COLON		10602	5973	4629
	MAMA		6121	70	6051
	ESTÓMAGO		5624	3431	2193
	PRÓSTATA		5464	5464	-
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN			35888	20369	15519
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES			31714	13402	18312
INSUFICIENCIA CARDIACA			20211	6949	13262
ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES			14857	11134	3723
DEMENCIA			11973	3812	8161
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER			10349	3144	7205
DIABETES			10081	4167	5914
NEUMONÍA			9165	4838	4327
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA			7647	2551	5096
INSUFICIENCIA RENAL			6621	3237	3384
TOTAL			386324	199647	186677

TABLA 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ESPAÑA. AÑO 2008 (3)

3. La información

Dar un diagnóstico y proporcionar información sobre lo que el paciente debe hacer para controlar su enfermedad crónica no es decir “Usted tiene...” y seguidamente ofrecer un listado completo de las exigencias del tratamiento y de las posibles complicaciones, sino que debe constituir todo un proceso que requiere tiempo y cuyo objetivo final debe ser conseguir que el paciente adquiera y mantenga un papel central en el autocuidado y automanejo de su enfermedad. Para ello, es preciso que el profesional de la salud (PS) emplee una serie de estrategias destinadas a: favorecer la comprensión y el recuerdo de la información ofrecida, reducir la ansiedad, el temor y las dudas que un paciente puede experimentar, así como evitar el incumplimiento.

En la primera entrevista no es aconsejable “bombardear” al paciente con gran cantidad de información porque es muy probable que esto genere en él ansiedad (ej: cree que es incapaz de llevar

a cabo todas las conductas de autocuidados exigidas por el tratamiento, percibe muchas complicaciones) y porque muchas veces, en ese momento, su comprensión está muy reducida por el estado de shock que puede haber producido en esa persona conocer su diagnóstico (4-6), por lo que gran parte de la información que le proporcionemos no la recordará. Por ello es útil que en esta primera visita vaya acompañado de alguien de su confianza que le pueda aclarar en casa, cuando esté más tranquilo, aquella información que no ha atendido o no recuerda, también es aconsejable que se proporcione la información que se considera más relevante de forma escrita y que se de tiempo para que la información o el diagnóstico sea asimilado.



REDES PARA LA CIENCIA Nº 8

En ocasiones, ante el diagnóstico de algunas enfermedades, como el cáncer, y con la finalidad de no alarmar, se oculta al paciente la verdad. Se cree que este ocultamiento va evitar el sufrimiento que acarrearía el conocimiento de la realidad.

Aunque la información sobre el diagnóstico suele producir a corto plazo un aumento de ansiedad en el paciente (7-9) e incluso incrementar la exigencia de mayor información o atención por parte del paciente a los integrantes del equipo asistencial, especialmente la primera y segunda semana (10), a medio y largo plazo la información se convierte en una herramienta terapéutica de alta eficacia, porque reduce el miedo y la incertidumbre, permite al paciente tomar decisiones y controlar su vida y, además, fortalece la relación (11,12).

Todo enfermo tiene derecho a recibir información clara y objetiva de su enfermedad, tratamiento y pronóstico (13). De la misma forma, el enfermo también puede rehusar esta posibilidad y tiene pleno derecho a no ser informado si así lo expresa.

Muchos pacientes no desean conocer en algún momento evolutivo de su enfermedad o en muchos momentos toda la verdad, especialmente cuanto esta es desesperante o desagradable; incluso hay pacientes que niegan la enfermedad como mecanismo de afrontamiento (9). En principio, si de alguna manera el paciente nos hace llegar su deseo de no querer saber nada hay que respetar este deseo. Pero ello no implica mentir. La experiencia demuestra que la mayoría de los pacientes en algún momento de su evolución pide que le demos alguna información (12).

Sin información no es posible participar en la toma de decisiones o tener una buena adaptación al extraordinario cambio que supone convivir con la enfermedad y, si llega el momento, enfrentarse con la propia muerte. Está demostrado que la información al enfermo no destruye la esperanza, sino que, por el contrario, repercute en su bienestar psicológico y social. Por lo tanto es importante informar y no mentir. La mentira genera desconfianza, imposibilita la cooperación, no permite adoptar una actitud realista y madura, dificulta la toma de sentido trascendente e infantiliza al paciente.

El problema no está en "que decir", sino en "cómo decirlo". La finalidad de la información es proveer al enfermo de los elementos necesarios para poder controlar su situación y su vida, de forma que obtenga una mejora sustancial de su estado psicoemocional, reapareciendo la esperanza y la voluntad de vivir.

Para los profesionales de la salud proporcionar información relacionada con una enfermedad que amenaza la vida del paciente supone también una carga emocional, especialmente si estos no han sido entrenados para ello.

Para que la información proporcionada al paciente resulte eficaz para el afrontamiento de una enfermedad es preciso que esta cumpla ciertas exigencias. En ocasiones la incomunicación es menos lesiva que la información mal administrada, por ejemplo: dar información que no ha sido solicitada, información incierta o no comprobada, doble información, información mal dosificada o no soportable e información transmitida en un momento inadecuado (7,12).

Antes de informar a la persona se deben contestar a tres preguntas: ¿qué es lo que sabe?, ¿qué es lo que quiere saber?, y por último, ¿está preparada para recibir la información? También es importante no presuponer lo que angustia al paciente (12).

El marco adecuado para la entrevista es un lugar privado, sin interrupciones (teléfono, puerta), preferentemente solo, aunque en algunos casos es aconsejable que esté acompañado de alguien próximo, y sin límite de tiempo, no mentir y tranquilizarle siempre; inmediatamente después, preguntar: ¿cómo se siente?, ¿por qué?, ¿qué cosas le preocupan? (12).

Para alcanzar una comunicación eficaz es imprescindible primero escuchar. Sin escucha no puede haber diálogo. Escuchar es un arte que se aprende como todos los demás. En la relación con el paciente es mejor escuchar que querer hablar siempre. La actitud de escucha adecuada es estar sentado al lado del enfermo. Escuchando conoceremos mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si está en condiciones de hacerlo. Hay que escuchar lo que dice, cómo lo dice y además lo que implican esas palabras. La comunicación no verbal puede hablar "más fuerte" que las propias palabras y, al mismo tiempo, puede dar un mensaje diferente. La capacidad de comunicarnos aumenta si aprendemos a escuchar mejor. Al no interrumpir al interlocutor, le damos un espacio para ordenar sus

ideas, sus miedos y los sentimientos que emergen de forma incontrolada. Hoy día cada vez es más difícil ponernos a escuchar a alguien, y aún más arduo lograr que los demás lo hagan. La incontinencia verbal es uno de los enemigos de la buena escucha (12).

Oír es un acto pasivo, automático, mientras que escuchar implica una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas. Escuchar nos permite conocer qué es lo más importante para el enfermo, lo cual muchas veces no corresponde con lo que se presupone. Hay que tener tiempo para escuchar a los demás, ya estén sanos o enfermos. Escuchar es terapéutico por sí mismo, permite identificar las necesidades del interlocutor, eleva su autoestima, reduce la tensión del momento al permitir liberar los sentimientos, ayuda a la persona a enfrentarse con el problema y, por último, estimula la cooperación y el cumplimiento del tratamiento (12).

La información tiene que constituir todo un proceso que debe empezar con el comienzo de la enfermedad desde el diagnóstico y el planteamiento terapéutico. Cuanto más evolucionada está la enfermedad, si no se ha abordado seria y correctamente este proceso, informar puede ser muy complicado.

En muchas ocasiones pasarán varias consultas y entrevistas en las que el paciente no pregunte nada más. Pero siempre, en todas las ocasiones, hay que tratar verbal o no verbalmente hacerle saber que estamos dispuestos a profundizar en la información y que nos tiene siempre para seguir escuchándole.

La regla de oro del largo proceso de informar muchas veces es el silencio, la disponibilidad y esperar a que el paciente pregunte. El propio enfermo debe ir marcando el ritmo de lo que desea saber y debemos estar siempre muy atentos y saber escuchar. La información tiene que darse en pequeñas dosis.

La información siempre tiene que tener un mensaje esperanzador y de confianza. No se trata de prometer lo imposible, que sería engañar. Se trata de dejar siempre esperanzas, aunque en algunos casos sólo sea posible ofrecerlas a corto plazo (ej: "mejorará la ansiedad y dormirá mejor", "trataremos el dolor hasta procurar erradicarlo", "siempre nos tendrá a su lado").

Informar es posiblemente la primera estrategia que un PS debe emplear, pero para que esta información resulte eficazmente no se debe olvidar que *la información es una condición necesaria pero no suficiente para adoptar comportamientos de salud*. De hecho, muchos pacientes bien informados no traducen su conocimiento en conductas de autocuidado (14-18). Por lo tanto, además de informar utilizando una serie de estrategias (Fig. 1) es preciso traducir la información transmitida a la práctica, para lo cual es imprescindible que los PS dediquen un tiempo a entrenar distintas habilidades

necesarias para el manejo de la enfermedad (ej: confeccionar una dieta, estimar los niveles de glucosa en sangre, reconocer una hipoglucemia).

- PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN EN UN LUGAR PRIVADO, CON LA PUERTA CERRADA, EVITANDO INTERRUPCIONES Y SENTADO
- ESCUCHAR ANTES Y DESPUÉS DE HABLAR
- TRANSMITIR LA INFORMACIÓN FAVORECIENDO LA COMPRESIÓN Y EL RECUERDO.
- OFRECER INFORMACIÓN REALISTA, SIN AHORRARSE NINGÚN DETALLE RELEVANTE, A LA VEZ ÚTIL Y ESPERANZADORA
- SUMINISTRAR INSTRUCCIONES CLARAS, ESPECÍFICAS Y BREVES. NO ES NECESARIO QUE INICIALMENTE SEAN COMPLETAS, YA SE IRÁN COMPLETANDO A LO LARGO DE SUCESIVAS ENTREVISTAS
- NO ABORDAR EN LA PRIMERA ENTREVISTA LAS COMPLICACIONES FUTURAS QUE PUEDEN APARECER, PERO SI SE PLANTEA LA PREGUNTA DEBEN ACLARARSE LAS DUDAS
- EVITAR CUALQUIER CONTRADICCIÓN Y TODA AMBIGÜEDAD
- AVERIGUAR LAS CREENCIAS, MIEDOS Y LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS
- INVITAR E INCITAR LA FORMULACIÓN DE PREGUNTAS. SE PUEDE ACONSEJAR AL PACIENTE QUE CON EL FIN DE EVITAR OLVIDOS LAS ESCRIBA EN UN PAPEL PARA DESPUÉS CONSULTARLAS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
- CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS POR IRRELEVANTES QUE PAREZCAN
- TENER EN CUENTA LA INFORMACIÓN NO VERBAL TRASMITIDA
- DAR TIEMPO
- PERMITIR LA EXPRESIÓN DE EMOCIONES
- AL TERMINAR SE DEBE FACILITAR EL ACCESO AL PS EN CUALQUIER MOMENTO, PROPORCIONANDO UN TELÉFONO DE CONTACTO PARA DUDAS, PREGUNTAS, IMPREVISTOS, ETC.
- FACILITAR MATERIAL ESCRITO BÁSICO
- PROPORCIONAR TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES CON LA MISMA PATOLOGIAMÁS PRÓXIMAS
- ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y CITAR PARA POSTERIORES ENTREVISTAS EN UN PLAZO CORTO

FIG. 1. ESTRATEGIAS DESTINADAS A PROPORCIONAR INFORMACIÓN

4. Efectos colaterales del tratamiento

Algunos tratamientos ligados a enfermedades crónicas se asocian a un gran número de manifestaciones físicas y psicológicas desagradables. Entre las manifestaciones psicológicas más frecuentes en el curso del tratamiento aparecen: sensación de impotencia, pérdida de control, miedo al dolor y a la muerte, ansiedad, ira y depresión. No obstante, no todas las personas desarrollan las mismas manifestaciones psicológicas ante un mismo tratamiento ya que estas manifestaciones van a depender de muchas variables, entre las que destacan: la personalidad del enfermo, las estrategias de afrontamiento, el tipo de recursos y soporte emocional de que disponga, las manifestaciones físicas desagradables que experimente, el curso de la enfermedad, el pronóstico que perciba, y la relación que haya establecido con el personal sanitario.

Entre los efectos colaterales asociados al tratamiento están: el estrés y el dolor cónico.

4.1. El estrés

El estrés puede ser definido como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación en las que estas relaciones exceden los recursos personales y ponen en peligro el bienestar personal.

Aunque el estrés afecta a diversas áreas de la vida de una persona, una de las que se ve más comprometida es el área de la salud. Uno de los mecanismos más vulnerables al estrés es el sistema inmune. En una investigación pionera, Bartrop, Lazarus y cols. (1977) mostraron que las personas que habían enviudado recientemente presentaban una respuesta linfocitaria deprimida. A partir de ese momento aparecen múltiples estudios que intentan determinar la relación entre la exposición a diferentes situaciones productoras de estrés y el sistema inmune. La conclusión a la que han llegado varios autores es que la mayoría de los individuos sometidos a situaciones de estrés mantenido presentan déficit en el funcionamiento de su sistema inmune (19).

Las intervenciones que se han realizado hasta la actualidad, han pretendido entre otras cosas mejorar el apoyo social del individuo y dotarlo de recursos personales que le ayuden a amortiguar o disminuir el efecto negativo de todas estas situaciones sobre su salud. Entre las técnicas más frecuentemente utilizadas se encuentran: el manejo del estrés, la relajación muscular, la mejora de las estrategias de afrontamiento, el apoyo psicoterapéutico, la psicoterapia de grupo y, la provisión y la mejora del apoyo social (19).

4.1.1. La inteligencia emocional

Un concepto intimamente relacionado con el estrés y su gestión es el de inteligencia emocional. En 1990, los psicólogos norteamericanos, Peter Salovey y John Mayer, acuñaron el término de inteligencia emocional y lo definieron como *“la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, discriminar entre ellos y usar esta información para orientar la acción y el pensamiento propio”*. Daniel Goleman popularizó el término tras publicar, en 1995, el libro *“Emotional Intelligence”*. Dentro de inteligencia emocional se incluye diferentes aspectos como: la inteligencia, la empatía, la asertividad, el autocontrol y la resolución de problemas que a su vez se pueden agrupar en dos grandes constructos: la inteligencia y las emociones (20). La inteligencia puede ser entendida como una habilidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al



REDES PARA LA CIENCIA Nº 42

entorno, de aprender de la experiencia, de encontrar varias formas de razonar o de superar obstáculos mediante la reflexión. Por otro lado, las emociones hacen referencia a las reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde el punto de vista adaptativo, como las que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito o novedad.

Cada vez es mayor el interés por la repercusión que variables “positivas” como la inteligencia emocional tiene sobre el proceso salud y enfermedad. En este sentido se ha encontrado que niveles altos de inteligencia emocional están relacionados significativamente con el bienestar emocional, la salud mental y el afrontamiento de los síntomas físicos; mientras que niveles bajos se relacionan con ciertos problemas emocionales, como depresión, dificultad para verbalizar sentimientos, escasa conciencia emocional, ansiedad, problemas de personalidad y conductas adictivas (20).

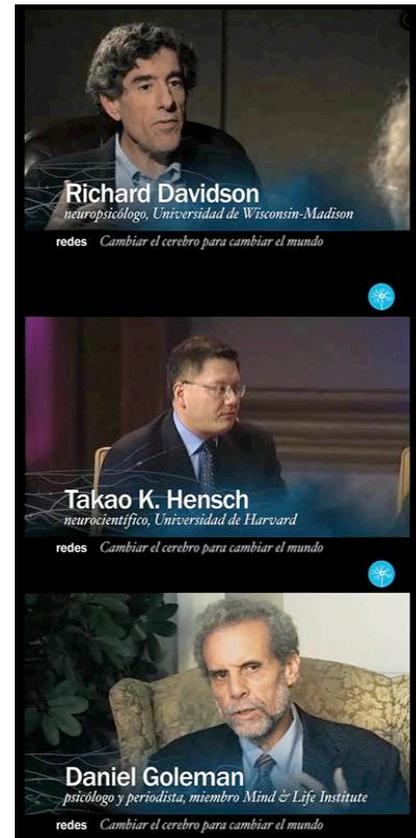
Con el fin de prevenir la aparición de trastornos emocionales y mejorar las estrategias de afrontamiento a la enfermedad es importante fomentar el desarrollo de la inteligencia emocional desde la niñez, para lo cual se puede emplear el aprendizaje cooperativo y el entrenamiento en habilidades como: el autocontrol emocional y las habilidades sociales (20).

4.2 El dolor

Uno de los síntomas asociados a algunas enfermedades crónicas es el dolor. El dolor puede ser provocado por la propia enfermedad y/o por las técnicas invasivas empleadas para el diagnóstico (ej: punción de médula ósea) o el tratamiento.

Para los pacientes el dolor es la característica de la enfermedad más desmoralizante y es citado en uno de los primeros puestos (sino el primero) en la jerarquía de factores que provocan temor en la enfermedad terminal (21). Por otro lado, el dolor es síntoma más común en la enfermedad avanzada, estimándose que lo padece el 60-75% de los pacientes en esta situación (22,23).

Las primeras teorías científicas sobre el dolor, intentaban explicarlo desde modelos lineales. Estos modelos conceptualizaban el dolor como un fenómeno exclusivamente sensorial. Desde esta perspectiva resultaba difícil, sino imposible, explicar razonablemente determinadas casuísticas tales



REDES PARA LA CIENCIA Nº 57

como (24): 1/ la existencia de pacientes que con el mismo tipo y magnitud de la lesión experimentan diferentes niveles de dolor e, incluso, la evidencia que ante una misma lesión mientras algunos pacientes no informan del dolor otros demandan analgésicos, 2/ la ausencia de relación directa entre el dolor y los hallazgos indicativos de lesión, 3/ el informe de dolor en pacientes que no presentan una patología orgánica o daño tisular real, 4/ la constatación de la mejoría del dolor en pacientes a partir de la aplicación de tratamientos placebo, y 5/ la falta de eficacia en la reducción del dolor que para algunos pacientes presenta el tratamiento médico antiálgico.

Las lagunas explicativas que presentaban los modelos lineales favoreció la aparición de los modelos multidimensionales. Estos modelos comparten la idea de que el dolor es un fenómeno complejo en el que es necesario considerar no sólo a los factores fisiológicos sino también a factores psicológicos, sociales, a las características del paciente y del contexto, a variables cognitivas y a las estrategias que posee el paciente para controlar el dolor.

A pesar de la asunción generalizada de esta nueva concepción, no existe aún una definición universalmente aceptada de la experiencia de dolor siendo una de las más citadas la propuesta por la IASP en 1979.

En 1973 se creó en Estados Unidos la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Uno de sus primeros y más importantes cometidos fue la creación de un comité para la nomenclatura y la taxonomía del dolor. En 1979 la IASP ofreció la definición posiblemente más citada de dolor: *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de dicha lesión”*.

Esta definición de la IASP contiene implicaciones que constituyen importantes avances en la concepción del dolor, dentro de los cuales se pueden destacar las siguientes:

- Considera el dolor como algo subjetivo.
- Invalida el modelo de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como experiencia compleja.
- Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro.
- Estima que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo.
- Contempla como parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables.

A tenor de las anteriores consideraciones, la importancia de los aspectos psicológicos en el dolor, especialmente en el crónico, parecen incuestionables y su evaluación y tratamiento psicológico adquieren pleno sentido.

4.2.1. La conducta de dolor

Las conductas de dolor hacen referencia a un conjunto de comportamientos socialmente significativos e interpretados como indicación o señal de dolor (25). Se pueden clasificar las conductas de dolor en:

- Manifestaciones verbales: las quejas y las informaciones específicas.
- Manifestaciones no verbales: el consumo de medicamentos, las maniobras analgésicas, los cambios o pausas en la actividad, el reposo, determinado tipo de movimiento, ciertas expresiones faciales, etc.

Al igual que en la percepción que el paciente tiene de su dolor, en su manifestación intervienen muchas variables. Por lo tanto, considerar que el dolor tiene que ser constante y si varía la expresión del mismo el dolor es ficticio, no real o "psicológico" es una creencia bastante mantenida pero errónea.

Dentro de los diversos factores relevantes en la evaluación y el tratamiento del dolor crónico, los de carácter cognitivo tienen una singular importancia y prominencia debido, principalmente, a la naturaleza perceptiva del propio dolor. De las diferentes variables cognitivas que pueden mediar en la experiencia de dolor, las que parecen ejercer mayor influencia en el dolor crónico son (26,27): las atribuciones causales y las creencias sobre del dolor, la percepción de control sobre el dolor, el papel de las expectativas, los errores cognitivos, la memoria y las estrategias que los pacientes ponen en juego para afrontar su dolor.

Los acontecimientos que han tenido lugar previamente o el contexto en el que se desarrolla el dolor son asimismo variables que juegan un papel importante en la expresión del dolor. En este sentido, es normal que un paciente emita distintas conductas de dolor (o deje de emitirlas) si está solo, acompañado y según el comportamiento de las personas que le rodean.

Las "ganancias secundarias" derivadas de la exhibición de conducta de dolor es otra de las variables que puede repercutir en su emisión. Cuando alguien se queja y se refuerza positivamente esta conducta, aumenta la probabilidad de que la conducta se repita. Los beneficios que se pueden obtener con la conducta del dolor son múltiples (ej: mayor atención y amabilidad por parte de los familiares, amigos y PS, evitar o dar fin a una situación desagradable, no realizar determinadas actividades, etc.). Los efectos positivos o "ganancias secundarias" derivadas de la expresión de dolor pueden ser un elemento importante a la hora de mantener esta conducta. Pero, el hecho de que la comunicación del dolor sea reforzada por el medio social no supone que el paciente invente el dolor (28).

Un trabajo ya clásico que demostró como la expresión del dolor está modulada por diversas variables fue el realizado por Beecher (1959). Este autor comparó los datos obtenidos de 150 soldados estadounidenses que habían sido heridos en la cabeza en la Playa de Anzio¹ (Italia) durante la II Guerra Mundial, con otros 150 pacientes civiles de la misma edad, residentes en Estados Unidos, sometidos a una intervención quirúrgica que afectaba de forma similar a su organismo, y que él había tratado. Mientras que sólo el 32% de los primeros manifestó que el dolor que experimentaban era lo suficientemente intenso para precisar tratamiento analgésico, el 83 % de los segundos solicitó dicho tratamiento. A juicio de Beecher, *"no existe una relación directa entre la herida per se y el dolor experimentado"*. La diferencia de comportamiento no podía atribuirse a una disminución de sensibilidad ni a un estado de shock, ya que, también, se observaba que los soldados protestaban enérgicamente cuando un profesional de la salud daba muestras de su falta de pericia en la realización de alguna técnica. Luego, el dolor se encontraba determinado, en gran parte, por otros factores, siendo en este caso de suma importancia el significado que adquirirían las heridas para los afectados. Para los soldados, las heridas estaban asociadas a la vuelta al hogar y al alejamiento de la guerra, mientras que para los civiles, las mismas, poseían connotaciones especialmente negativas.



4.2.2. Estrategias de intervención psicosociales en el dolor crónico

A pesar de la prevalencia del dolor, de la existencia de este desde el comienzo de los tiempos, y de los avances de la medicina, no hay actualmente un tratamiento convencional que pueda aliviar de forma permanente el dolor de todos los pacientes.

El desconocimiento de muchos profesionales de la salud (PS) de la forma de tratar el dolor así como la falta de paciencia y disciplina de la mayoría de los pacientes a la hora de seguir los tratamientos son una de las causas principales por la que las manifestaciones dolorosas, especialmente las crónicas, no se combaten con eficacia.

¹Batalla de Anzio, 22 de enero 1944, desembarcaron 110000 soldados americanos y británicos en la playa de Anzio (Italia).

El dolor produce cambios afectivos y psicológicos profundos dando lugar a un aumento del sufrimiento, especialmente cuando el paciente carece de recursos para afrontarlo (29,30). Por otro lado el dolor no es un problema aislado, sino que acaba afectando a otras áreas de la vida del individuo, y así por ejemplo, suele aparecer asociado a problemas de sueño y alimentación, deterioro de la vida social del enfermo y problemas en el campo afectivo que incluyen depresión, ansiedad o hipocondría (30).

El exceso de reposo y la reducción del nivel de actividad, el abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos, los trastornos del sueño, los trastornos afectivos (ej: ansiedad y la depresión), el deterioro de las habilidades sociales, la ausencia de estrategias de afrontamiento del dolor, la disminución de fuentes de estimulación o distracciones, el apoyo social inadecuado y los sentimientos de ineficacia e indefensión en el control del dolor son frecuente en los pacientes con dolor crónico. Además, muchas veces se unen varias de estas conductas formando círculos viciosos difíciles de romper. Todas estas conducta van a favorecer el mantenimiento del dolor e incluso pueden incrementar su percepción y dificultan la adaptación, por lo que constituyen posibles áreas de intervención psicosocial.

El objetivo de la intervención psicosocial en el dolor crónico debe ser la normalización, en la medida de lo posible, de los patrones de vida del paciente. Más que un proceso dirigido a eliminar la causa, esta debe ir dirigida a enseñar a los pacientes estrategias que le permitan controlar de alguna forma su dolor, incrementar sus sentimientos de autoeficacia y controlabilidad y evitar los trastornos afectivos, todo lo cual favorecerá su adaptación a este padecimiento crónico y la normalización, en la medida de lo posible, de su vida. Este objetivo debe ser expresado al paciente, y a su familia, antes y a lo largo del tratamiento.

Muchas veces, los pacientes y sus familias tienen metas muy ambiciosas con respecto al tratamiento (ej: que desaparezca el dolor totalmente) o unas expectativas basadas en un cambio brusco y radical que no se van a poder alcanzar. Con ello, no solo están más expuestos a las frustraciones y al abandono del tratamiento, sino que tampoco son capaces de apreciar los pequeños avances que un determinado tratamiento puede producir e informar en consecuencia. Por eso, antes de iniciar la intervención se deberían explorar las metas que el paciente y su familia esperan obtener del tratamiento y si estas no se van a conseguir es necesario que aclaremos ese hecho, les ayudemos a formular metas más realistas y a valorar los pequeños avances que se van produciendo.

Un aspecto importante en la intervención es conseguir la colaboración del paciente en su tratamiento. La adaptación a un dolor crónico va a exigir del paciente que ponga en marcha estrategias cognitivas y comportamentales dirigidas a controlar el dolor y, además, deben intentar mantenerlas a

largo plazo. Los PS podemos enseñar a los pacientes estrategias encaminadas a controlar su dolor pero para que los tratamientos sean eficaces el paciente debe adoptar un papel muy activo, responsabilizándose de sus propios progresos.

Conseguir que el paciente se perciba como eficaz debe ser otro de los objetivos de la intervención. La valoración de la propia eficacia es un proceso inferencial que depende de varios factores, tales como la auto-percepciones de habilidad, la dificultad de la tarea, el esfuerzo empleado, la cantidad de ayuda externa recibida, las circunstancias situacionales bajo las cuales la ejecución ocurre y los patrones temporales de éxito y fracaso. Así, los resultados de ejecución específicas pueden verse limitados en su impacto sobre la propia eficacia personal percibida si el sujeto considera que los resultados alcanzados fueron posibles gracias a características del medio más que a él mismo. Por lo tanto, para instaurar los sentimientos de autoeficacia la mejor estrategia es el fomento de la creencia en la propia habilidad para llevar a cabo una determinada tarea.

Evitar los sentimientos de indefensión demostrando al paciente que puede ejercer cierto control sobre la situación es otro de los objetivos que se debe perseguir ya que los sentimientos de incontrolabilidad e indefensión repercuten negativamente sobre el dolor, sobre el tratamiento y sobre la adaptación (31). Para evitar estos sentimientos es importante dotar al paciente de estrategias útiles para controlar su dolor y para disminuir la incapacidad asociada al dolor crónico.

Son muchas las estrategias de intervención psicosocial que se utilizan, tanto en adultos como en niños, en el tratamiento del dolor crónico (24,25,28,32-41). Estas se pueden organizar en tres grupos:

- Entrenamiento en relajación. La tensión muscular es una respuesta frecuente ante el dolor que aparece también (el dolor) cuando la persona está tensa. En el dolor agudo la tensión muscular tiene un valor adaptativo que intenta prevenir el dolor. Cuando esta tensión aparece de forma mantenida, como ocurre en el dolor crónico, esta tensión puede incrementar la percepción del dolor. Además muchos pacientes con dolor crónico no son conscientes de la existencias de áreas cercanas a la localización de su dolor que están continuamente tensas. Por ello, es importante que se entrene a los pacientes en técnicas de relajación.
- Programas operantes. Las técnicas operantes empleadas en el tratamiento del dolor crónico parten de la hipótesis de que las conductas de dolor de los pacientes están influenciadas de forma sistemática por el refuerzo social y están encaminados a reducir la discapacidad asociada a los problemas de dolor. En general, estos programas suelen centrarse en las siguientes conductas: abandono de la medicación innecesaria, incremento de la actividad física e implicación de los miembros de la familia en el refuerzo de la actividad pero no de la discapacidad.

- Programas cognitivos-conductuales. Estos programas implican enseñar al paciente a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta y asimismo proporcionarle estrategias para afrontar adecuadamente su problema de dolor. Dentro de estos programas se incluyen aquellos basados en la distracción.

Desde hace siglos (42), se conoce la eficacia de la distracción en el control o en la mitigación del dolor. Séneca filósofo romano del siglo I, tenía plena conciencia de que las emociones y las actitudes del paciente afectan a sus experiencias de dolor y comentaba: *“Cuanta más atención se ponga en la causa que produce el dolor, más aumenta su intensidad; cuanto menos caso se le hace, más alivio se obtiene”*. Avicena, médico árabe del siglo XI, ya sabía que los cantos agradables podían atenuar el dolor, y



BLAISE PASCAL (1623-

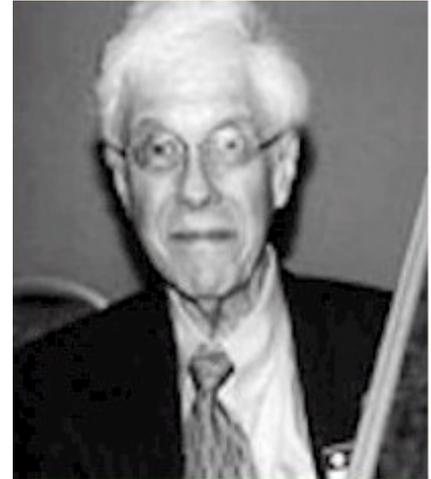
Santo Tomás, teólogo de la misma época, escribió que podía combatirse el mismo meditando sobre asuntos divinos. En el siglo XVII, el matemático Blaise Pascal, aquejado de un intenso dolor producido por una neuralgia facial que le impedía conciliar el sueño, empezó a concentrarse en un complejo problema de geometría y al abstraerse consiguió resolver el problema y aliviar su dolor. Cuando más tarde le preguntaron qué aplicación daría a su descubrimiento matemático, respondió: *“Ninguna. Pero fue una buena cura para una mala noche”*.

Además de los programas cognitivos-conductuales dirigidos al control de la atención e imaginación (ej: enfocar la atención en características del medio ambiente o estímulos externos, realizar diferentes prácticas mentales, redirigir la atención hacia otras sensaciones corporales distintas al dolor) también se incluyen en estos programas técnicas encaminadas a modificar los pensamientos y emociones negativas (ej: reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones)

5. El Burnout

El vocablo anglosajón burnout, traducido como estrés laboral o síndrome de estar quemado, es un síndrome que afecta a muchos profesionales de la salud que trabajan con pacientes crónicos. Este término fue acuñado por Herbert Freudenberger, en 1974, para referirse a la situación que experimentaban aquellos profesionales que trabajaban en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo eran las personas.

Freudenberger señaló que estos profesionales (enfermeras, maestros, policías, asistentes sociales, funcionarios, etc.) llegaba un momento en que fallaban, se agotaban o se quedaban exhaustos emocionalmente debido a que se implicaban excesivamente en su trabajo llegando a ser ineficaces para el desempeño adecuado de las actividades laborales; señalando un conjunto de síntomas y signos de carácter actitudinal (desilusión por el trabajo, irritación, sentimientos de frustración), conductual (rigidez, terquedad e inflexibilidad) y psicossomático (cansancio, fatiga, dolores de cabeza frecuentes, insomnio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc.) que definían el síndrome.



HERBERT FREUDENBERGER (1922-1999)



CHRISTINA MASLACH (1946)

Posteriormente las psicólogas Maslach y Jackson (1981) lo definen como un síndrome tridimensional caracterizado por el agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal y crean, en 1986, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el instrumento más empleado para su medida (43).

Aunque existen muchas otras definiciones de burnout en general, se puede definir como un síndrome que afecta a algunos profesionales que tras un tiempo de dedicación, acaban manifestando una serie de dificultades en su trabajo, y de síntomas que expresarían un "desgaste" profesional o sensación de estar "quemado", el cual surge al verificar que las demandas laborales exceden su capacidad para atenderlas de forma efectiva y competente. Es decir, es un síndrome que aparece en un trabajador como una respuesta al estrés laboral crónico al que está sometido.

Para algunos autores no es posible determinar con exactitud la secuencia y los correlatos de las diferentes etapas implicadas en el desarrollo del burnout; sin embargo, otros distinguen tres fases o

estados sucesivos (44,45):

- Fase 1. Las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos del profesional asistencial, dándose una situación de estrés laboral. La sobrecarga de estas demandas origina paralelamente sentimientos de ineficacia, baja autoestima y sentimientos de incompetencia.
- Fase 2. El trabajador trata de compensar los sentimientos manifestados en el fase anterior, dando una respuesta emocional a este desajuste, apareciendo la fatiga y la ansiedad.
- Fase 3. Se produce un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas en el estadio anterior. Las manifestaciones conductuales más significativas en esta fase son el distanciamiento emocional, el cinismo, la evitación y la rigidez.



MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

A su vez, los síntomas experimentados por los profesionales que padecen burnout (44-47) se pueden agrupar en cuatro áreas: psicósomáticos, conductuales, emocionales y defensivos:

- Psicósomáticos: Frecuentes dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión, asma, problemas de sueño, pérdida de peso y en las mujeres la pérdida de la menstruación.
- Conductuales: Absentismo laboral, aumento de la conducta violenta y los comportamientos de alto riesgo, incapacidad para relajarse, abuso de fármacos y alcohol, problemas familiares.
- Emocionales: Distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, dificultad de concentración, descenso del rendimiento laboral, deseos de abandonar el trabajo, dudas acerca de su propia competencia profesional, baja autoestima, sensación de desánimo, aburrimiento o hastío
- Defensivos: Negación de las emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos.

Debido al carácter procesual y continuo, la sintomatología del burnout no aparece repentinamente sino que surge de forma progresiva en lo referente a la manifestación de sus síntomas y a la gravedad de los mismos (44,45,48).

Por lo que se refiere a las variables que pueden predecir burnout Nagy y Nagy (1992) hallan hasta 40 posibles variables relacionadas, demostrando que todas pueden agruparse en variables interpersonales (relacionadas con el individuo y que hacen referencia a características de personalidad, sentimientos, estructura de pensamientos, etc.), variables profesionales (que se generan directamente en la organización a nivel general y, específicamente, en la interacción continua con el puesto de trabajo) y variables ambientales (que recogen aspectos relacionados con la familia, los grupos de influencia u otras variables que tienen que ver con la vida cotidiana del individuo).

Desde hace años, el burnout lleva genera bastante interés, y son varios los estudios que hacen eco sobre: las repercusiones negativas para la salud de los profesionales expuestos a él y la calidad de los cuidados asistenciales prestados por los profesionales afectados (47-56). Aunque el burnout puede desarrollarse en cualquier trabajo, se consideran especialmente vulnerables aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda (ej: personal sanitario, profesores, policías ...).

Son varios los estresores identificados en el trabajo de los PS (46,57-60). La exposición crónica a estos estresores laborales puede llevar a los PS a sufrir el síndrome de burnout² (50). Entre estos estresores se encuentran los siguientes: la infrautilización de habilidades, la escasa participación en la unidad de trabajo, la mala distribución de los recursos humanos y financieros en el sistema asistencial, el conflicto³, la ambigüedad⁴ y la sobrecarga de rol⁵, la falta de control, los problemas de comunicación con los pacientes y la falta de apoyo.

Evitar el burnout en los profesionales de la salud, debería ser uno de los objetivos de los responsables de la Sanidad, porque su aparición puede producir serios problemas para los proveedores de los servicios, para los clientes, y para la institución misma en la que se producen. *“El burnout produce una disminución en la calidad asistencial o de los servicios que se prestan, juega un papel relevante en la insatisfacción laboral, en el absentismo, y en la rotación laboral; produce igualmente agotamiento físico, puede conducir a enfermedad, provocar problemas familiares, psicológicos y puede estimular la aparición de conductas de afrontamiento insalubres, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”* (60).

Un posible programa de prevención debería incluir una intervención individualizada, donde se

²Aunque las diferencias entre el estrés y el burnout no sean fáciles de establecer y pueda de forma general considerarse el burnout como la última fase del estrés crónico, existen algunas diferencias cualitativas que pueden diferenciar el burnout del estrés, por ejemplo el hecho de que mientras el estrés pueda desaparecer tras un periodo adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones.

³Por conflicto de rol se suele entender, de forma genérica, la coexistencia de exigencias opuestas y difícilmente conciliables, cuando no contradictorias, que se pueden pedir a la realización de una tarea o trabajo.

⁴La ambigüedad de rol se refiere básicamente tanto a la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que deben ser ejecutadas, como a la ambigüedad sobre los propios resultados conseguidos.

⁵Se entiende como sobrecarga de rol el exceso de trabajo o la lucha imperiosa contra los plazos del mismo.

consideren las habilidades individuales y sus necesidades, y otra organizacional, donde se contemplara la presión del trabajo, el rol profesional y la estructura jerarquizada. El objetivo final sería la reducción de la indefensión, el fatalismo y las tensiones, a la vez que se realzaría el sentimiento de competencia. Son varios los autores que sugieren medidas para hacer frente al burnout (46,58-61) entre ellas se encuentran las siguientes:

- Métodos de afrontamiento individual: relajarse, mejorar la autoestima, combatir la sensación de indefensión, incrementar las actividades gratificantes fuera del horario laboral, promover cambios en el ambiente laboral.
- Apoyo social: escuchar, reconocer la competencia, favorecer el desarrollo de las capacidades, contar con personas que proporcionen apoyo tanto en el trabajo como en el hogar, retroalimentación.
- Intervención en la organización: hacer corresponder capacidades, exigencias y retribuciones, evitar la ambigüedad del rol, enseñar técnicas de afrontamiento, disminuir el número de horas en contacto directo con los pacientes, ofrecer una formación realista.

6. Referencias bibliográficas

- (1) OMS. Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad. 2011; Available at: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html. Accessed Noviembre/16.
- (2) Vaqué J. Epidemiología general de las enfermedades crónicas. Estrategias de prevención. In: Piédrola , editor. Medicina preventiva y salud pública Barcelona: Masson; 2001. p. 647-662.
- (3) INE. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2008. 2010; Available at: <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>. Accessed 11/8, 2011.
- (4) Larraburu I. Aportación de la ciencia de la conducta a la autorregulación de la glucemia en pacientes diabéticos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace 1991;18:18-24.
- (5) Beléndez M, Ros MC, Bermejo RM. Diabetes infantil: Guía para padres, educadores y adolescentes. Madrid: Pirámide; 1999.
- (6) Figueroa D. Diabetes estrategias en la práctica diaria con grupo de estudio de educación terapéutica de la SED. Colección hablemos de. Barcelona: ACV; 2000.
- (7) Dura E. Los efectos psicológicos de la información en pacientes con cáncer de mama. II Congreso del colegio oficial de psicólogos 1990;Area 5:99-103.

- (8) Clot C. El perfil del estrés, instrumento idoneo para la estrategia de información individual. In: Fundación científica de la asociación española contra el cáncer, editor. Seminario internacional sobre información del diagnóstico al enfermo con cáncer; 1992. p. 125-135.
- (9) Salvador L, Seguí J, Guillén C. Aspectos generales de la información al paciente. In: Fundación científica de la asociación española contra el cáncer, editor. Seminario Internacional sobre información del diagnóstico al enfermo con cáncer; 1992. p. 27-49.
- (10) Gonzalez,, Poveda,. Criterios de información al paciente oncológico terminal: la verdad soportable. In: Fundación científica de la asociación española contra el cáncer, editor. Seminario internacional sobre información del diagnóstico al enfermo con cáncer; 1992. p. 137-154.
- (11) Sara J, Knight D. Intercambio de información entre paciente y médicos en Estados Unidos. In: Fundación científica de la asociación española contra el cáncer, editor. Seminario internacional sobre información del diagnóstico al enfermo con cáncer; 1992. p. 51-64.
- (12) Sanz J. La comunicación en el enfermo terminal. Tratado de medicina paliativa Madrid: Panamericana; 1996. p. 1093-1100.
- (13) BOE. Ley 41/ 2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B O E 2002 15 de noviembre;274.
- (14) Polaino A, Gil J. La diabetes. Barcelona: Martinez Roca; 1990.
- (15) Polaino A, Gil J. Psicología y Diabetes Infantojuvenil. Madrid: Siglo XXI; 1994.
- (16) Gil J, Vilchéz R. Diabetes. Intervención Psicológica. Madrid: Eudema; 1993.
- (17) Pérez M, Fernández C. Programa para la adhesión al tratamiento en diabéticos ciegos. In: Macia D, editor. Intervención psicológica programas aplicados de tratamiento Madrid: Pirámide; 1993. p. 351-374.
- (18) Figueroa D. La comunicación con los pacientes. Barcelona: ACV; 1997.
- (19) Morera A, Henry M. Implicaciones de la psiconeurología en el abordaje del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Adicciones 1995;7(3):271-276.
- (20) Martínez AE, Piqueras JA, Ramos V. Inteligencia emocional en la salud física y mental. Journal of Research in Educational Psychology 2011;8(2):861-890.
- (21) Morales R, Cabezudo MI. Tratamiento psicológico del dolor crónico en enfermos terminales oncológicos. Informació Psicológica 1994(54):2-5.
- (22) Montalar J, Aparicio J. Los síntomas del enfermo neoplásico. In: González, editor. Tratado de medicina paliativa Madrid: Panamericana; 1996. p. 426-436.
- (23) Craig G. Agonía y muerte. In: Craig G, editor. Desarrollo psicológico México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997. p. 666-683.

- (24) Otero JM, Castro C, Saldaña C, López A. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico: hacia una propuesta de intervención. In: Gómez D, editor. Psicología de la salud: Servicio de publicaciones de la Universidad de Santiago; 1995. p. 69-118.
- (25) Penzo W. El dolor crónico. Aspectos psicológicos. Barcelona: Martinez Roca; 1989.
- (26) Comeneche MI, Diaz MA, Vallejo MA. Variables cognitivas implicadas en el dolor crónico. Ciencia Psicológica 1998;1(5):57-79.
- (27) Martínez M, Fernández MV, Biurrum A, Josué G. Relación entre niveles de dolor, locus de control y distrés psicológico en pacientes con dolor crónico. Cuadernos de Medicina Psicosomática 1999(49):74-80.
- (28) Vallejo MA, Diaz M, Comeneche MI. Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: UNED; 1994.
- (29) Bayés R. Dolor y sufrimiento en enfermo oncológico en situación terminal. Oncología Clínica 2001;6(4):676-678.
- (30) Buela G, Moreno S. Intervención psicológica en cáncer. In: Simón MA, editor. Manual de psicología de la salud Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 505-535.
- (31) Yela JR, Gómez MA. Influencia de las expectativas de indefensión en situaciones de estrés. Clínica y Salud 1996;7:33-49.
- (32) Labrador FJ, Vallejo MA. El dolor crónico. In: Carroble JA, editor. Análisis y modificación de conducta II Madrid: UNED; 1987. p. 349-375.
- (33) Cruzado JA, Labrador FJ. Efecto del entrenamiento en inoculación de estrés en cefaleas tensionales. Revista de Psicología General y Aplicada 1990;43(3):353-367.
- (34) Castro C, Saldaña C, Otero JM. Evaluación del coste-eficacia de una intervención cognitiva-conductual en pacientes con dolor de cabeza tensional. Revista de Psicología de la Salud 1995;7(2):53-77.
- (35) González R. Aspectos psicológicos del dolor crónico. In: Buendia J, editor. Psicología clínica y salud Murcia: Univesrisdad de Murcia; 1991. p. 79-109.
- (36) Philips H. El tratamiento psicológico del dolor crónico. Madrid: Pirámide; 1991.
- (37) Martínez F. Parámetros electromiográficos en las cefaleas funcionales. una aproximación experimental. Revista de Psicología General y Aplicada 1996;49(1):163-172.
- (38) Vallejo MA, Díaz M, Comeneche MI. El dolor en niños y adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada 1996;49(1):147-162.
- (39) Donker F. Tratamiento psicológico del dolor crónico. In: Simón MA, editor. Manual de Psicología de la Salud Madrid: Biblioteca nueva; 1999. p. 537-556.

- (40) Olivares J, Alcázar A, Sánchez J, Méndez J. El tratamiento del dolor de cabeza. Una revisión meta-analítica de las intervenciones conductuales en España. *Psicología Conductual* 1999;7(1):85-105.
- (41) Comeneche MI, Vallejo MA, Díaz MI. Tratamiento psicológico de la cefalea: Predicción de la mejoría en un acercamiento activo-pasivo. *Psicothema* 2000;12(1):55-63.
- (42) Bayés R. Aspectos psicológicos del dolor. *Jano Medicina y Humanidades* 1986;30(1):111-122.
- (43) Aguayo R, Vargas C, Fuente E, Lozano L. A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2011;11(2):343-361.
- (44) Guerrero E. Estudio preliminar al Síndrome de Burnout. *Ciencia Psicológica* 1996(3):63-76.
- (45) Montesdeocas D, Rodríguez F, Pou L, Montesdeocas MJ. El medio laboral y la salud mental (II): estrés, burnout y drogodependencia. Una propuesta preventiva. *Psiquis* 1997;18(3):105-114.
- (46) Espinosa E, Zamora P, Ordóñez A. El síndrome de agotamiento profesional. In: González M, editor. *Tratado de medicina paliativa* Madrid: Panamericana; 1996. p. 1335-1343.
- (47) Giménez VM. El fenómeno de "burnout" en los profesionales de ayuda. *Revista de treball social* 2000;159:65-102.
- (48) López JJ. El desgaste ocupacional en el personal que trabaja con enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica* 1996;31:39-55.
- (49) Ribera D, Cartagena E, Reig A. Frustración profesional en enfermería. *Enfermería Científica* 1987;68:27-37.
- (50) Ribera D, Cartagena E, Reig A, Romá MT, Sans I, Caruana A. Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Universidad de Alicante; 1993.
- (51) Domenech B. Introducción al síndrome "burnout" en profesores y maestros y su abordaje terapéutico. *Psicología Educativa* 1995;1(1):63-78.
- (52) Lloret, S., González, V., Peiró JM. El estrés de rol en enfermeras. un modelo causal. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1995;48(3):393-405.
- (53) Cuevas C, González JL. Reactividad al estrés y patología afectiva en personal sanitario. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines* 1996;24(1):19-24.
- (54) Gil PR, Peiro JM, Valcarcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud :un estudio correlacional en profesionales de enfermería. *Psiquis* 1996;17(4):190-195.
- (55) Fuente L, Fuente EI, Trujillo H. Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Clínica y Salud* 1997;8(3):481-494.
- (56) Chacón F, Vecina ML, Barrón A, Paul MP. Burnout en voluntarias que trabajan con paciente de sida o cancer. *Clínica y Salud* 1999;10(2):137-150.

(57) Ribera S, Reig A, Romá MT, Sans I, Cartagena E. Estados depresivos en enfermería. Un estudio descriptivo en el hospital. *Enfermería Científica* 1990(104):32-43.

(58) Llor B, Abad MA, García M, Nieto J. *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1995.

(59) Moreno B, Peñacoba C. El estrés en los servicios de salud. In: Simón MA, editor. *Manual de psicología de la salud* Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 739-761.

(60) Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 2001.

(61) Bayés R. *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca; 1995.