



El psicólogo en el ámbito hospitalario

**Eduardo Remor
Pilar Arranz
Sara Ulla (Eds.)**



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

EDUARDO REMOR
PILAR ARRANZ
Y SARA ULLA (Eds.)

**EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Relación de Autores	11
Prólogo	17
Ramón Bayés	
Presentación	25

I. ASPECTOS TRANSVERSALES DE LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización	31
Sofía López Roig, María Ángeles Pastor y María del Carmen Neipp	
Aportaciones de la Psiconeuroinmunología a la Psicología Hospitalaria	49
Sara Ulla	
La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario	75
Manel Salamero; Josep María Peri y Fernando Gutiérrez	
Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling	93
Pilar Arranz y Hernán Cancio	
La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario	121
Elvira Martínez Besteiro y M. Pilar Barreto	
Procesos de evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria	139
José Joaquín Mira	

La investigación en el hospital: tendiendo puentes entre la teoría y la práctica	161
Sara Ulla y Eduardo Remor	
Psicología y bioética: un diálogo necesario en el ámbito hospitalario	179
Javier Barbero	

II. EL PSICÓLOGO EN ACCIÓN

Intervención psicológica en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad	209
Elena Font y Esteban Martínez	
Intervención psicológica en un servicio de psiquiatría	241
Aurora Jorquera y Joana Guarch	
Intervención psicológica en los pacientes con demencia	277
Juan Manuel Muñoz Céspedes y Javier Tirapu	
Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes con infección por VIH y SIDA	309
Eduardo Remor	
Intervención Psicológica en un Servicio de Cardiología	349
María José Martín	
La intervención del psicólogo en el proceso de trasplante	371
Gonzalo Martínez Sande	
Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica	395
Eva María Vidal	
El psicólogo en un centro de rehabilitación de afectados por accidentes de trabajo y/o tráfico	421
Ángel Ruano	
Intervención psicológica en pacientes amputados	463
Bernardí Martorell y Montserrat Daniel	
La rehabilitación psicológica en el lesionado medular.....	489
M. Dolores Soler y M. Lluïsa Curcoll	
Intervención neuropsicológica en el accidente vascular cerebral (AVC)	519
Teresa Roig y Antonia Enseñat	

Intervención psicológica en una unidad de reumatología	547
M ^a Ángeles Pastor, Maite Martín-Aragón, Nieves Pons y Ana Lledó	
Intervención psicológica en una unidad de dolor	569
Enrique Bazako	
Intervención en pacientes con hemofilia: un modelo de intervención en enfermedad crónica	591
Hernán Cancio, Carolina del Rincón y José Luis Ramos	
Intervención psicológica en un servicio de oncología	621
María Die Trill	
Intervención psicológica en un servicio de hemato-oncología	641
Pilar Arranz y Cristina Coca	
Gestión de una unidad de psico-oncología. Asesoramiento genético	679
Francisco Luis Gil y Jorge Maté	
Intervención psicológica en la psoriasis: Un prototipo entre las alteraciones dermatológicas	703
Mercedes Denia y Miguel Moreno	
Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario	729
Guadalupe Cano y Trinidad Bergero	
Intervención en niños en el contexto hospitalario: un modelo general	747
Inmaculada Palazón	
Intervención psicológica en urgencias	769
Fernando A. Muñoz y Ana Lillo	
Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos	777
Manel-Dionís Comas, Marta Schröder y Olga Villaba	
Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida	815
Josefina Mateos	
En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: Pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario ..	831
Jesús Rodríguez Marín	

Prólogo

Ramón Bayés

Cuando Pilar Arranz me pidió que escribiera un prólogo para el libro que el lector tiene entre las manos, no lo pensé un solo instante. De forma inmediata, casi pavloviana, le dije que sí. ¿Cómo iba a negar algo –fuera lo que fuese– a uno de los seres humanos más generosos que he conocido a lo largo de mi ya dilatada vida?

Pero ahora, en el momento en que lápiz en ristre me encuentro frente a una hoja de papel en blanco, me pregunto, con un poco de ansiedad, que puedo decir como prólogo a un libro que trata de abarcar de forma casi exhaustiva el papel del psicólogo en el hospital. Me siento desconcertado, desprotegido, vulnerable. Y no sé qué camino tomar. Este libro es oportuno –¡qué duda cabe!– tras la promulgación, de la Orden Ministerial (Ministerio de la Presidencia, 2002) por la que se regulan las vías de acceso al título de psicólogo especialista en psicología clínica, ¿pero debe el autor de un prólogo limitarse a comentar esta oportunidad y las características de las aportaciones que constan en el libro?

“La tentación vive arriba”, me sugiere, en un susurro, una de las inolvidables películas de Marylin Monroe. En efecto, una de las ventajas o privilegios de escribir un prólogo, como el de presidir un tribunal de tesis doctoral, es que siempre puedes mencionar que tus colegas del tribunal ya han dicho todo lo interesante de lo que se podía hablar y que, por tanto, como no quieres ser reiterativo ni aburrir al auditorio, prefieres dar la sesión por concluida. Normalmente, ante tales palabras, tanto el doctorando o la doc-

toranda como los otros miembros del tribunal y las personas que están en la sala, suspiran aliviados pues –de acuerdo con los usos y costumbres de nuestras universidades– son ya más de las tres de la tarde y, a pesar del amor insobornable que todos los presentes sienten por la ciencia, suelen prestar atención prioritaria a las punzadas del hambre y a los síntomas de hipoglucemia; por otra parte, es por lo menos dudoso que a un académico desfallecido se le ocurran ideas brillantes. Con los prólogos sucede algo parecido ya que, aun cuando se inicie su lectura tras un copioso almuerzo, la mayoría de los lectores –entre los que me cuento– los suelen pasar de largo por lo que se agradece que sean cortos, enanos, difuminados, casi inexistentes, y que se limiten a cumplir discretamente su función de adorno, a la vez que de complicidad y apoyo implícito, a la obra a la que, con notable esfuerzo, han dado culminación los autores o responsables de la coordinación del libro.

Pero, a pesar de que siempre he sentido debilidad por Marilyn desde múltiples puntos de vista, admiro todavía más al maestro, iconoclasta y libre, Billy Wilder (“¡Nadie es perfecto!”). Por ello y porque sé que, aunque sean pocos –seguramente los viejos amigos de siempre– los que van a leer este prólogo, por lo menos voy a intentar no defraudar a tan querida minoría, confiando en que sabrán perdonar mi estilo aparentemente light y su aroma algo trasgresor y heterodoxo, en contraste con la solidez estructural del libro.

Hace algunos días, uno de estos amigos con alta probabilidad de leer el prólogo –Javier Barbero– llamaba la atención a un grupo de psicólogos sobre el anuncio publicitario de un hospital privado reproducido por la prensa barcelonesa. En él aparece un niño echado en una cama de hospital que responde con una sonrisa, amplia y confiada, a la sonrisa llena de ternura que le dirige un médico. En el texto puede leerse: “Existe un tratamiento al que todo paciente responde: el afecto”. Da qué pensar, ¿no les parece?

Además, por si fuera poco, la semana pasada participé en el hospital Txagorritxu de Vitoria en una Jornada sobre cuidados paliativos y en una de las intervenciones, una enfermera del Hospital de la Santa Creu de Vic con dilatada experiencia en la atención a los enfermos al final de la vida –Núria Gorchs– habló sobre la importancia de “los pequeños detalles” en la atención que prestan los profesionales sanitarios a los pacientes.

Estas dos experiencias me han conducido, casi sin darme cuenta, al tema del que me gustaría hablar en este espacio que se me ha confiado y al que pienso dedicar unas horas de mi tiempo de vida: la importancia de los “pequeños detalles” en la práctica clínica diaria de los agentes de salud que trabajan en nuestros hospitales.

Sin embargo, que no se engañe el lector, ya que tanto si consigo plasmar mi pensamiento en el papel como si no, estos “pequeños detalles” a los que pienso referirme, desgraciadamente, sólo son pequeños, incluso inexistentes, para un número indeterminado –pero posiblemente importante– de profesionales sanitarios. A menudo, son “grandes”, importantes, trascendentales, inolvidables episodios para los enfermos involucrados.

Estos “pequeños detalles”, que se traducen en una sonrisa, una palabra de aliento, una información adicional, una caricia o un gesto de ternura, forman parte de la comunicación emocional y los psicólogos que lean este libro deberían convertirse en expertos en: detectar su necesidad en los enfermos hospitalizados y en sus acompañantes; en promover su uso; en sensibilizar a los otros profesionales sanitarios en su manejo; y en tratar de implantar sólidamente, caso de que no lo estén, primero en sí mismos y luego en todos los demás –médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.– las actitudes de acogida y solidaridad humana, que constituyen el substrato nutriente que les permite salir a la luz en forma de expresiones, gestos, palabras y silencios repletos de humanidad y de consuelo.

Iniciaré mi andadura hacia la maravillosa ciudad de los “pequeños detalles” con una pequeña historia extraída de mi vida académica. Hace unos tres años, junto con una estudiante que estaba terminando su licenciatura en psicología –Mireia Morera–, llevamos a cabo un modesto trabajo de investigación sobre el caso de una mujer joven que había sufrido un embarazo complicado y que debía dar a luz en un gran hospital universitario de Barcelona a un primer hijo muy deseado. Contamos, desde el primer momento, con la colaboración tanto de la parturienta como con la de su pareja y lo que les solicitamos fue que, durante su estancia en el hospital, ambos llevaran un diario de todos los acontecimientos buenos y malos que les sucedieran desde el momento del ingreso hasta el día en que se produjera el alta hospitalaria.

El parto fue normal pero la mujer tuvo diversas complicaciones y permaneció hospitalizada varios días. El diario de su estancia en el hospital fue muy detallado y sistemático, y ofrecía muchos aspectos de interés por lo que, posteriormente, solicitamos a los protagonistas que valoraran cada uno de los acontecimientos positivos entre 0 y +10 y cada uno de los negativos entre 0 y -10. Más tarde, agrupamos, por una parte, los episodios que habían obtenido las mejores puntuaciones y, por otra, los que habían obtenido las peores. Los resultados obtenidos dieron lugar a una publicación (Bayés y Morera, 2000) que, como vamos a ver, ofrece muchos puntos de reflexión sobre el tema que nos ocupa.

¿Cuál es el acontecimiento que obtiene la máxima puntuación positiva? Obviamente, el nacimiento del hijo y, más concretamente, el momento en que, acabado de nacer, colocan el bebé encima del vientre de la madre. Este episodio obtuvo una puntuación de +9. Hasta aquí nada inesperado. Pero, en mi opinión, el segundo acontecimiento positivo sí nos ofrece una sorpresa. El caso es que, a la mañana que siguió al parto, le sobrevino a la mujer una copiosa hemorragia y hubo que trasladarla urgentemente a un cubículo para someterla a una intervención quirúrgica. Desgraciadamente, en aquel momento, no había ningún quirófano disponible y tuvo que permanecer en el cubículo durante varias horas, sin saber que le pasaba. Tras la intervención, una estudiante de auxiliar de enfermería que se encontraba casualmente allí y que nada tenía que ver con la atención a la interesada, se dio cuenta de la situación de aquella mujer, solitaria y desvalida en una camilla, se le acercó y se interesó por ella. Este “pequeño detalle” fue valorado por la interesada como +8, sólo un punto menos que el asignado al nacimiento de su hijo.

¿Y a qué acontecimientos se atribuyeron las valoraciones más negativas? Es instructivo conocerlo. Utilicemos sus propias palabras: “La falta de información durante la espera, en especial desde las 10 de la mañana que me llevaron a un cubículo hasta la intervención quirúrgica 6 horas más tarde” y “Un grupo de médicos y estudiantes vinieron a hablar sobre mi caso, se pusieron a mi alrededor y actuaron como si no estuviera. Ni siquiera me saludaron. Me hicieron sentir como un objeto”. Valoración por la interesada de ambos episodios: -10.

En cuanto a su pareja, destaca como positivo: “La persona que le hizo la sutura después del parto fue muy amable y nos explicó cosas sobre el parto” (Valoración +8) y como negativo: “Los tiempos de espera sin información, desde el momento en que desapareció mi esposa de la habitación –coincidió con un instante en que había ido a la cafetería– hasta que una médica joven me la proporcionó varias horas más tarde” (Valoración -10).

Hace algunos años, un antiguo compañero que trabajaba como psicólogo en un servicio de gerontología de un gran hospital cercano a Barcelona me contó que su institución quería montar una unidad de cuidados paliativos y decidió enviarle a Inglaterra para que estudiara *in situ* el funcionamiento de un hospice. Mi amigo tenía un problema: no sabía inglés, pero en el hospice trabajaba una enfermera portuguesa que hablaba muy bien el castellano y que le servía de intérprete. Una tarde que se encontraba solo, al pasar cerca de la cama de un enfermo, éste musitó unas palabras que, obviamente, no entendió. Pero, de forma intuitiva, se le ocurrió sentarse al lado de su cama y apretarle la mano. Al hacerlo se dio cuenta de que el enfermo le devolvía

la presión. Y así permanecieron varios minutos con las manos enlazadas hasta que acertó a pasar la enfermera portuguesa y al verlos se les acercó; entonces, el enfermo pronunció otras palabras que la enfermera tradujo a mi amigo. Lo que dijo el enfermo esbozando una sonrisa fue: “¡Qué agradable ha sido estar con Ud. este rato!”. Entre ambos, la incomunicación verbal había sido total pero, por el contrario, la comunicación no verbal fue absoluta.

Otro “pequeño detalle” que recuerdo es que, encontrándome en el servicio de urgencias de un gran hospital en una de estas jornadas de diciembre en las que los enfermos de gripe saturan en oleadas todas las posibilidades de asistencia y los pacientes guardan largas colas en los pasillos, una enfermera iba pasando de cuando en cuando, y mirando a los ojos y sonriendo a cada uno de los pacientes les iba diciendo: “No nos olvidamos de Ud. Le atenderemos en cuanto podamos”.

Los tiempos de espera son muy duros para los pacientes que están pendientes de un diagnóstico, de un tratamiento, del resultado de una analítica, de la visita del médico, de que cese su dolor. Pero si estos tiempos de espera son inciertos o si el paciente piensa que pueden haberse olvidado de él, son todavía peores, son tiempos interminables de sufrimiento. Es necesario que los profesionales sanitarios sean conscientes de que aunque los relojes y los calendarios sean los mismos para ellos y para los enfermos, la percepción de la duración del tiempo que transcurre es muy diferente para ambos. Para los profesionales sanitarios, absortos en sus tareas de establecer diagnósticos, de dar o administrar tratamientos, de atender a los enfermos, la percepción del tiempo se acorta; para los enfermos que esperan, el tiempo se alarga. Y la duración parece todavía mayor si la espera es incierta; en este caso se convierte en tiempo interminable de sufrimiento (Bayés, 2001). Con base en este fenómeno me permitiría aconsejar a los clínicos que, por lo menos una vez al día, sean conscientes de que, para los enfermos hospitalizados, el tiempo pasa de un modo diferente que para ellos y que, ante esta realidad, tengan con los enfermos a los que están atendiendo algún “pequeño detalle”.

En el relato de la vida de su hija Alba, aquejada de un tumor cerebral y muerta a los 22 años de edad tras largas idas y venidas por los hospitales barceloneses, Carlos Garrido (2002) nos explica sus impresiones ante la propuesta de una última oportunidad de tratamiento: “Empezaba a conocer la escenografía médica, y tenía la impresión de que faltaba algo. Entraban los nuevos médicos y repetían invariablemente las mismas preguntas. Como si hicieran unos pasos ensayados de ballet. Iban rápido, nunca parecían estudiar la situación a fondo. Siempre tenían prisa. No perdían el tiempo sentándose con el paciente. Escuchándole. No ocupaban esa otra parte del espacio médi-

co que es comprender al enfermo como persona, y no como estadística. Tal vez discutieran mucho en sus sesiones y reuniones. Pero cara al exterior, eran como un alumno que recita una poesía en un festival de final de curso. Salían detrás del telón, hablaban apresuradamente, y hacían mutis por el foro”.

Y en una entrevista que le hicieron con motivo de la publicación del libro en el que cuenta el último periodo de la vida de su hija, Garrido resume su experiencia con los profesionales sanitarios con las siguientes palabras: “La conclusión es que los médicos son tanto más eficaces cuanto más afectivos y más se implican. Cuanto más fríos y más miedo tienen a involucrarse menos funcionan” (Cfr. Manresa, 2002).

Y otra enferma joven, Elisabeth, muerta de cáncer de hígado a los veinticuatro años, al tiempo que, en la autobiografía de su enfermedad (Gili, 2002), nos muestra su lucha, también nos descubre algunas de las carencias y virtudes de nuestros hospitales. En la misma línea de Garrido (2002), escribe sobre el médico que la recibe en el servicio de urgencias: “Mientras me exploraba, le di las gracias y le pregunté qué tenía. No me contestó. No me dirigió la palabra, estaba demasiado ocupado con la pantalla, y yo, más que asustada. Aquellos ojos me daban miedo. Cuando acabó, llamé a cinco médicos a la habitación. Se quedaron atónitos ante la pantalla de la eco: o esperaba quintillizos o me había tragado una fotografía de Pamela Anderson. No me dijeron nada de nada, simplemente decidieron ingresar-me de inmediato y, obviamente, no era para darme una fiesta sorpresa”. Más adelante, le administran quimioterapia, la cual le produce una reacción terrible: “El martes, como pude, me arrastré hasta la puerta del doctor (que le administraba la quimio). Creía que era, sin exagerar, mi último soplo de vida. Él, estresadísimo, me dijo que subiera al hospital de día y que enseñada estaría conmigo. Aún lo estoy esperando. Nunca se lo perdonaré”. En su organismo se había producido una intensa toxicidad y el médico de guardia le suprimió la quimio. Cuando al cabo de pocos días volvió a ver al médico responsable, “éste ni siquiera se acordaba de cómo entré a pedirle auxilio”.

Afortunadamente, también encontramos en el relato de Elisabeth la mención de algún “pequeño detalle”: “Salí de la punción (de hígado) con un aspecto deplorable. Tanto, que me llevaron a una sala de reanimación. Las enfermeras me hablaban pero yo ya no estaba en mi cuerpo. Estaba totalmente ausente. Cuando mi rostro recobró el color, un camillero me condujo hasta mi habitación. No me dijo nada, se limitó a pasearme lentamente por los pasillos para que sintiera el aire en mis mejillas. Tras dejarme en la cama me dedicó una sonrisa. Eso no se paga con dinero”.

Como guinda final me gustaría ofrecer una historia que procede del ámbito hospitalario de la hermosa ciudad noruega de Bergen (Husebo, 1998), es la siguiente. Poco antes de morir, un anciano comenta a su médico: “La mujer que viene cada día a limpiar las habitaciones se comporta de un modo extraño”. “¿Qué quiere decir?”, le pregunta el médico. “Viene cada día pero no limpia nada”. “Entonces, ¿qué es lo que hace?”. “Simplemente se sienta y coge mi mano... La quiero mucho”. Y el médico comenta este hecho de la forma siguiente: “Esta mujer de la limpieza es el principal reto a nuestro moderno sistema sanitario. Probablemente se encuentra entre aquellos empleados del hospital con menor educación y salario. No hace el trabajo por el que se le paga. Y, sin embargo, más que cualquier otro profesional, demuestra competencia, ya que da al paciente que se está muriendo lo que más necesita”.

Algunos lectores, ante los relatos anteriores, pensarán: meras anécdotas, datos aislados sin significación estadística, ¿dónde está el grupo control? En una época en que, como señala Richardson (1999) en un comentario sobre la reunión –auspiciada en Londres por el *British Medical Journal* en 1999– sobre el papel de la narración en la medicina, pocos trabajos son tomados en serio por las revistas especializadas sin la correspondiente genuflexión ante “la medicina basada en la evidencia” y el ensayo clínico aleatorizado, muchos clínicos perciben que tales prácticas, aun siendo loables en muchos aspectos, pueden caer fácilmente en el fundamentalismo y restringir el ámbito de investigación de aspectos relevantes. Los relatos sistemáticos, cuando describen situaciones auténticas, también incrementan nuestro conocimiento y ayudan a mejorar el campo de la salud (Hurwitz, 2000). De hecho, en este momento se está elaborando una base de datos internacional con historias proporcionadas por las experiencias de los pacientes (Herxheimer et al., 2000).

Una última reflexión: los “pequeños detalles” no cuestan un solo euro. Como todo lo que vale la pena en este mundo, son gratis.

Ramon Bayés

Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona

Referencias bibliográficas

- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. y Morera, M. (2000). El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Medicina Clínica*, 115 (4), 141-144.
- Garrido, C. (2002). *Te lo contaré en un viaje*. Barcelona: Crítica.

- Gil, E. (2002). *La sonrisa de Elisabeth*. Barcelona: Martínez Roca.
- Herxheimer, A., McPherson, A., Miller, R., Shepperd, S. y Ziebland, S. (2000). Database of patient's experiences (DIPEx): a multi-media approach to sharing experiences and information. *The Lancet*, 355, 1540-1543.
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356, 2086.
- Husebo, S. (1998). Is there hope, doctor? *Journal of Palliative Care*, 14 (1), 43-48.
- Manresa, A. (2002). El libro sobre la muerte de mi hija es un reportaje del alma. *El País*, 7 de mayo, 41.
- Ministerio de la Presidencia (2002). Orden PRE/1107/2002, de 10 de Mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado* 119/02 de 13 de Mayo de 2002.
- Richardson, R. (1999). Narrative-based medicine. *The Lancet*, 354, 2088.

Presentación

Cuando empezamos esta empresa, que ahora se refleja en el libro que tiene en sus manos, teníamos claro que queríamos contribuir al reconocimiento de la labor del psicólogo en el ámbito hospitalario en España. Queríamos divulgar en los distintos ámbitos de la salud, tanto aplicados como académicos, que la psicología lleva una importante trayectoria de intervención en el hospital, y que ya no se debía concebir la asistencia, en el hospital o en otros centros sanitarios, sin la figura del psicólogo. Ahora, al escribir esta presentación, nos sentimos sorprendidos de poder visualizar el camino que hemos recorrido guiados por la brújula de los ideales; ésta nos permitió la llegada al destino que habíamos señalado inicialmente en el mapa. En el trayecto; hemos fotografiado distintos paisajes y, lo más importante, hemos encontrado a otros viajeros que nos han regalado su conocimiento sobre el camino; ello nos ha permitido seguir adelante y poder ahora transmitir a otros viajeros nuevos algunos caminos seguros por donde emprender la jornada. En cada paraje notábamos que la mochila iba cogiendo peso y que nuestro diario de viaje contaba una historia inédita.

La oportunidad de hacer este viaje nos la ofrecieron desde la Subdirección General de Investigación Sanitaria (Fondo de Investigación Sanitaria, FIS), a través de la convocatoria de acciones especiales, y la Editorial Desclee de Brouwer. Para seleccionar a los autores de este volumen no hemos dudado en acudir a los mejores y más experimentados psicólogos hospitalarios y docentes del ámbito académico. No obstante, quisiéramos poner de mani-

fiesto que “son todos los que están, pero no están todos los que son”. Muchos otros psicólogos, igualmente experimentados, también deberían haber formado parte de este proyecto, desde aquí nuestras más sinceras disculpas.

Los hospitales y centros de salud son, a nuestro juicio, algunas de las instituciones de nuestra sociedad en las que se producen las situaciones más difíciles que deben afrontar las personas a lo largo de su vida. La enfermedad, el dolor, la incapacidad, las pérdidas, la supervivencia tanto propias como de los seres queridos son circunstancias que movilizan emociones de tal intensidad que pueden derivar en importantes problemas de adaptación e, indudablemente, en enorme sufrimiento. Es el equilibrio, la adaptación lo que se busca y no sólo una máquina arreglada. Si se pretende una intervención eficaz es fundamental un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar.

Por qué y para quién hemos escrito este libro

Como ya sabéis, la presencia del psicólogo en el ámbito sanitario y hospitalario es frecuente en muchos países y es, cada vez más, una realidad en España. Si repasamos las estanterías de las librerías españolas podemos encontrar manuales dedicados a la psicología clínica y de la salud, aunque, en general, de corte claramente académico. Constatamos, sin embargo, la ausencia de libros y recursos de consulta con finalidad plenamente clínica que informen, orienten y entrenen a los psicólogos que se incorporan al ámbito hospitalario sobre las características y desarrollo de sus actividades, que puedan servirles de modelo y que cumplan con los criterios de calidad, eficacia y eficiencia demandados por los servicios de salud. Éste es quizás uno de los principales vectores que diferencian este libro de la mayoría de los existentes. Nuestra modesta intención es que este libro contribuya a subsanar la laguna existente en el conjunto de herramientas y recursos disponibles para la formación de aquellos psicólogos que desarrollan o desean desarrollar su actividad en el ámbito hospitalario. Para ello, hemos dividido los contenidos del libro en dos partes.

Parte I: Aspectos generales de la psicología hospitalaria

La primera parte está encaminada al abordaje y descripción detallada de aspectos transversales o generales, relacionados con el trabajo del psicólogo en un hospital, con cierta independencia de la población diana o del servicio en los que desarrolle su trabajo.

En este apartado figuran capítulos relacionados con los aspectos formativos del psicólogo hospitalario y del psicólogo como formador de otros profesionales de la salud. Entre ellos se encuentran: los aspectos psicológicos

asociados a la hospitalización; consideraciones fundamentales sobre la evaluación, la intervención, la investigación y la búsqueda de la calidad de la asistencia en la actividad psicológica. Finalmente, cierra esta parte algo tan esencial como el análisis de los dilemas éticos que debe afrontar el psicólogo en el hospital y los criterios éticos que debe tener en cuenta en toda actividad que realice.

Parte II: El psicólogo hospitalario en acción

En la segunda parte se realiza una revisión de las funciones más relevantes del trabajo de los psicólogos en servicios, unidades o secciones específicas. Se pone especial énfasis en las distintas intervenciones que se llevan a cabo en el abordaje de cada patología, teniendo como meta la práctica en el hospital, de modo que el lector pueda, no sólo conocer la base teórica de la que procede, sino también cuáles son los elementos aplicables en cada contexto.

El conjunto de capítulos que integran esta sección, permite obtener información y formación específica sobre terrenos concretos de actuación. Ello, sin duda, ofrece la posibilidad de llegar al conocimiento de técnicas específicas y consideraciones particulares sobre las necesidades de cada tipo de paciente, de la mano de profesionales experimentados que día a día desarrollan intervenciones psicológicas en el entorno hospitalario.

Le invitamos a que se siga la lectura de las próximas páginas teniendo en cuenta algunas consideraciones a nivel general: a) la labor del clínico es mediar entre el conocimiento técnico-científico que proporciona la ciencia psicológica y la realidad individual, y adaptarlo en base a criterios sistemáticos y bien definidos, pero dúctiles a la realidad individual de la persona que necesita ayuda; b) no confundir lo que es mejor para la ciencia, con lo que es mejor para el paciente; c) no tratar de repetir la misma secuencia paso a paso en cada patología ya que, para ser eficaz, es preciso personalizar la relación terapéutica; d) una terapia efectiva debe actualizarse continuamente, para lo que es necesario un estudio continuado y la incorporación de los conocimientos que va proporcionando la investigación; e) es preciso seguir investigando en líneas de causación circular, más que lineal; f) acabar con los nosotros excluyentes, que con sus signos de identidad nos separan en grupos y nos hacen trabajar en paralelo. Atreverse a construir un equipo donde las diferencias enriquecen y en el que el enfermo sea el protagonista; g) el psicólogo, en el ámbito hospitalario, ha de tener claro lo que son sus funciones y lo que no son sus funciones, reconociendo el equilibrio entre ayudar y no molestar; h) cuando uno llega a un sitio nuevo, aunque se sienta como un elefante en una cacharrería, es importante observar sin juzgar, escuchar,

entenderse y entender, y motivar al cambio actuando con delicadeza y asertividad. Sin olvidar nunca que el rigor no ha de ahogar la imaginación; i) la ciencia será nuestra aliada siempre si la basamos en valores que hagan sociedades más justas, más saludables y más solidarias. Ello se reflejará en la calidad, eficacia y eficiencia de nuestra actividad diaria con las personas a las que dedicamos nuestro esfuerzo profesional.

No quisiéramos cerrar esta sección de presentación del libro sin mostrar nuestro más sincero agradecimiento a las personas que han posibilitado que nuestro esfuerzo hoy sea el libro que tiene entre las manos. De manera especial vaya nuestra gratitud para todos los autores que nos han regalado su tiempo, su esfuerzo, su conocimiento, su experiencia y su pluma. De forma particular quisiéramos expresar nuestra gratitud a las personas que nos animaron a embarcarnos en esta empresa y que, de un modo u otro, nos han ido impulsando a llegar a la consecución de este proyecto. Entre ellos no queremos dejar de mencionar a todos los miembros de la Sección de Psicología del Servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz, así como al jefe de Servicio el Dr. Fernando Hernández Navarro que, con su apoyo y comprensión diaria, hace posible lo que pensábamos que era imposible: un trabajo interdisciplinar compartiendo áreas de conocimiento. Quisiéramos también mencionar a nuestro editor Manuel Guerrero, quien desde el principio creyó en este trabajo, y ha mostrado su infinita paciencia con nuestra flexibilidad en los plazos. Nos permitiremos también la mención explícita del profesor Ramón Bayés, que ha estado siempre apoyando y siguiendo nuestro proyecto. Muchas veces podemos hablar de profesores, pero pocas de maestros; en este caso es un placer y un privilegio poder afirmar que Ramón ha sido y es nuestro maestro. Por último queremos también mostrar nuestra gratitud a todos los que desde nuestras esferas más personales y cercanas nos han animado y apoyado en todo el proceso. A todos ellos gracias.

Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla