



Aspectos psicosociales de la enfermedad respiratoria crónica

R. Cornudella, C. Caballero* y A. López Guillén**

Servicio de Aparato Respiratorio.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Unitat Docent de la Facultat de Medicina de la UAB.

*Diplomada en Trabajo Social. **Centro de Rehabilitación Respiratoria. Sabadell.

Introducción

En la actualidad se asiste a una apertura conceptual en el campo de las neumopatías crónicas generadoras de insuficiencia respiratoria crónica (IRC) grave (IRCG). Las medidas clásicas farmacológicas y de reeducación respiratoria se han integrado en un concepto más amplio, el de rehabilitación, readaptación o asistencia al respiratorio crónico, que se define como el conjunto de medidas cuya finalidad es la de resolver lo mejor posible los problemas fisiológicos, psicológicos y sociales engendrados por la enfermedad pulmonar crónica en cada una de sus etapas evolutivas. Sus objetivos son el de ralentizar la progresión del proceso, el de mejorar la calidad de vida y el de readaptar sociofamiliarmente, y aun laboralmente si es posible, a los minusválidos respiratorios, a la vez que el de prevención o tratamiento precoz de las descompensaciones que obligarían a hospitalizaciones iterativas^{1, 2}.

La eficacia de la asistencia al IRCG, en el concepto que acabamos de bosquejar, exige una intervención coordinada interdisciplinaria que gire alrededor del núcleo constituido por el paciente y sus convivientes, y en la que el médico, la enfermera, la fisioterapeuta y la trabajadora social serían los pilares fundamentales a los que pueden agregarse a demanda otros elementos como el dietista, el psicólogo, el terapeuta ocupacional y aun la asistencia técnica si el paciente ha de ser instrumentalizado (oxígeno, ventilación mecánica, etc.) en su domicilio.

Las bases de un tratamiento lógico deben sentarse individualmente a partir de una evaluación completa inicial del paciente y, como en todos los casos de estrategias terapéuticas complejas, debe darse a él y a sus convivientes una información suficiente sobre la dolencia y los fundamentos del plan de tratamiento

que se le propone, que permita su comprensión y, por ende, su colaboración disciplinada sin la cual cualquier esfuerzo estará de antemano condenado al fracaso. Todo ello requiere una intervención multidisciplinaria coordinada, a largo plazo, que debe ser iniciada en el período de hospitalización.

Los equipos profesionales de la salud que se ocupan de pacientes con IRC coinciden en que el conocimiento y comprensión completos del impacto de la enfermedad y el adecuado manejo del paciente requieren romper el estereotipo de que la IRC es estrictamente una disfunción pulmonar. El concepto básico es el de tratar un individuo en su integridad e insertado en un entorno propio físico, psíquico y social. En la actualidad, se está poniendo especial énfasis en los aspectos neuropsiquiátricos, psicossomáticos y psicosociales que acompañan la enfermedad.

La comprensión y valoración de estas vertientes, ligadas a la disfunción orgánica y que afectan de manera muy directa a la calidad de vida, harán posible la puesta en marcha de un programa individualizado de asistencia respiratoria que aporte beneficios definidos que incluyen la mejoría de la calidad de vida y de la capacidad para realizar actividades cotidianas y una minorización de la ansiedad y de los problemas somáticos.

Problemática social del paciente respiratorio crónico

Las enfermedades respiratorias crónicas y, en lugar preeminente, la limitación crónica al flujo aéreo (LCFA) son procesos progresivos y, como tales, no es sorprendente que participen de muchas de las alteraciones psicosociales comunes a otras enfermedades crónicas. De hecho, el patrón de la alteración psicosocial de la LCFA no es específico o único, de tal modo que no es posible diferenciar psicológicamente a estos enfermos de otros grupos de pacientes incapacitados físicamente por otra enfermedad también crónica.

Los aspectos psicosociales de la LCFA³⁻¹³ han sido descritos con algún detalle pero, a pesar de ello, la incidencia, la prevalencia y en particular el manejo y

Correspondencia: R. Cornudella.

Servicio de Aparato Respiratorio. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Avda. San Antonio M.³ Claret, 167. 08025 Barcelona.

(Arch Bronconeumol 1994; 30:74-79)



el pronóstico de este aspecto de la LCFA siguen siendo inciertos. Parece sorprendente que no se haya puesto más énfasis en la disfunción psicosocial, siendo así que el beneficio que puede obtenerse con su equilibrio sería probablemente más importante para el paciente que la pequeña mejoría que sea posible lograr sobre su funcionalismo pulmonar¹³.

Las dificultades psicológicas y los numerosos problemas sociales que afectan a los inválidos respiratorios son o pueden ser modulados por su situación y su personalidad anteriores. Como sea que cada paciente tiene una historia personal y un carácter que le son propios, reacciona a su trastorno de un modo original. En la relación que establece con su médico expresa las angustias relacionadas con su enfermedad y su tratamiento, pero también peticiones, inquietudes y previsiones relacionadas con su personalidad profunda.

Debe ser tenido en cuenta el hecho de que la minusvalía respiratoria consecutiva a una LCFA evolucionada se manifiesta, en general, en personas de edad avanzada, nivel socioeconómico habitualmente bajo, a menudo obreros manuales. La repercusión socioprofesional y familiar conlleva un abandono o, en el mejor de los casos, una limitación de la actividad profesional y, en consecuencia, una pérdida económica y una degradación de la propia imagen. Además, el reciclaje laboral es especialmente arduo o imposible debido a la edad y a la escasa calificación profesional de la mayor parte de los afectados.

El paso a la invalidez representa una disminución del nivel de vida, en general ya previamente poco elevado. Por otro lado, esta condición de invalidez es mal percibida o asumida por la propia persona y/o por su entorno familiar y social. La consecuencia es la aparición de un sentimiento de desvalorización y de culpabilidad que puede favorecer, especialmente en medio urbano, la eclosión de problemas psicológicos.

La restricción de la actividad profesional afecta también a la imagen de uno mismo: aparece un sentimiento de degradación, de depreciación y aún de indignidad. La imposibilidad de trabajar es la primera constatación de la diferencia con otras personas y puede asociarse a un estado depresivo: tristeza, labilidad emocional, falta de motivación, sensación de inutilidad, ideas suicidas; todo ello asociado a menudo a anorexia y a trastornos del sueño. El diagnóstico de depresión puede no ser fácil, puesto que muchos de los síntomas remedan los que produce la propia enfermedad orgánica. Es necesario diferenciar la laxitud, la fatiga y la pérdida ponderal debidos a la enfermedad del retraso psicomotor y el descuido de la propia persona, propios de la depresión.

Esta disfunción emocional no es la única. Pueden identificarse niveles variables de ansiedad y verse afectadas las áreas emocionales adicionales: sensación de aprensión o pánico frente a la disnea, frustración, impaciencia, irritabilidad o sentimiento de turbación consecutivos a la tos y a la dificultad respiratoria.

La enfermedad invalidante puede llevar a una inversión del papel que tiene el paciente en el seno de la familia. El hecho de estar enfermo afecta a la imagen

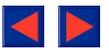
que el sujeto tiene de sí mismo y modifica su representación del papel paternal o maternal que le corresponde. La propia familia puede desarrollar a veces actitudes en contra. El descubrimiento de la minusvalía, la limitación de las posibilidades del enfermo y las obligaciones que impone el tratamiento suscitan inquietudes familiares, reavivan conflictos y modifican el equilibrio de fuerzas preexistente. La mayor parte de las veces, los mecanismos de defensas puestos en marcha por la familia restablecen un entorno en el que el individuo puede encontrar soporte y comprensión. No obstante, en ciertas ocasiones afloran relaciones más patológicas: rigidez del entorno, actitudes de limitación, de culpabilización o de superprotección, de abandono, etc.

La enfermedad produce, pues, una alteración de la calidad de vida y, también, una transformación de las relaciones entre el sujeto y su entorno. Aunque tal transformación no provoca de modo ineluctable un aumento de dificultades para el paciente, debe, no obstante, ser tomada en consideración y valorada por el equipo de trabajadores de la salud que lo trata: a menudo son los conflictos familiares los que alega el paciente como causa de sus descompensaciones fisiológicas.

Además del impacto psicoprofesional consecutivo a la invalidez generada por la LCFA, no debe olvidarse que la propia enfermedad puede afectar directamente la función mental cuando se altera el sistema nervioso central por la hipoxemia¹⁴.

La revelación implícita de la gravedad potencial del proceso introduce en la vida del paciente una verdadera ruptura, tanto más evidente cuanto más bruscamente se haya instaurado la descompensación respiratoria. En casos menos premiosos, el desfase entre la propia percepción y valoración de las molestias, a menudo minimizadas, y la seriedad de la actitud del médico y la aparatosidad de los exámenes a los que puede ser sometido pueden abocar a dos tipos de reacciones extremas: a) si la minusvalía es discreta y produce sólo síntomas interpretados como menores por el sujeto (tos, fatiga, disnea moderada, etc.), la tendencia adoptada puede ser la de banalizar el problema orgánico y llegarse, si se mantiene esta actitud, a un rechazo de la realidad, con lo cual el individuo se comporta como si no estuviera enfermo y corre el riesgo de incumplir las prescripciones y consejos terapéuticos que se le den, y b) en casos médicamente más severos, cuando la persona no puede ignorar su condición de enfermo grave, puede observarse la eclosión de un sentimiento de desesperanza que se asociará a una postura de capitulación.

Ambas actitudes, potencialmente presentes, suponen por parte del equipo profesional que trata al paciente una labor educativa sobre la naturaleza de la enfermedad, la utilidad de los exámenes practicados y sobre el efecto que se espera obtener de las medidas terapéuticas adoptadas. Los mecanismos de defensa generados por la angustia del paciente, temibles si se hacen persistentes, pueden ser encauzables si se logra que exponga sus temores y sus decepciones.



Los equipos que han investigado los rasgos de personalidad específicos de este tipo de pacientes han llegado a la conclusión de que existe un perfil estable y característico del insuficiente respiratorio crónico, consistente en una tríada: angustia, depresión y trastornos de la imagen del cuerpo. La tonalidad ansioso-depresiva se manifiesta, principalmente, en forma de preocupaciones somáticas, alteraciones del humor, sentimientos de tristeza y de impotencia, trastornos del sueño y de la alimentación, síntomas sensoriales, sentimientos de culpabilidad.

También se observa una pérdida progresiva de la potencia física, de la actividad interpersonal y de la potencia sexual¹⁵. La reducción del interés y de la actividad sexual es un fenómeno natural en personas de edad avanzada, pero la disfunción sexual y la impotencia eréctil pueden estar presentes en los obstructivos crónicos en ausencia de cualquier otra causa de trastornos en el área sexual, con el consiguiente impacto sobre la autoestima del varón. Aún está por dilucidar la frecuencia con que puede ser consecuencia directa del trastorno físico o secundaria a fenómenos psicológicos.

Estos factores disminuyen la autoestima del individuo y ponen en peligro su posición en el seno de la familia y de la comunidad, llegándose en ocasiones a una inversión del papel familiar: si el paciente es varón, es la esposa quien se vuelve el sostén de la familia y el paciente se ve limitado a realizar pequeñas tareas domésticas, que por lo regular se consideran propias de la mujer.

Las manifestaciones depresivas consecutivas a la enfermedad y a las modificaciones de las condiciones de vida se expresan en forma de restricciones de la vida de relación y de la capacidad de comunicación y en un repliegamiento sobre sí mismo. El trastorno y sus manifestaciones determinan posiciones depresivas: aumento de la tristeza y del pesimismo en función de la personalidad anterior de la persona y de su capacidad para aceptar una erosión importante de la propia imagen. A veces los pacientes adoptan una postura de falta de compromiso, de retiro o de pasividad que puede atribuirse erróneamente al envejecimiento somático o a falta de voluntad pero que, en realidad, constituyen manifestaciones larvadas de depresión. En ocasiones a esta tendencia se suman sentimientos de culpabilidad relacionados con la responsabilidad que el sujeto se atribuye en la causa de su enfermedad (tabaquismo).

También persiste un trasfondo de agresividad. La literatura hace mención del riesgo de suicidio pero más a menudo se trata de equivalentes: abandono del tratamiento, consumo importante de tabaco, absorción de medicamentos cuyos efectos tóxicos son conocidos, etc.¹⁶.

Las alteraciones físicas ligadas a la enfermedad provocan un cambio en la percepción y en la representación que los pacientes hacen de su propio cuerpo. Las experiencias corporales dolorosas y las limitaciones de las posibilidades se asocian a una concepción del cuerpo formulada en términos de imperfección, de fragili-

dad, de imposibilidad de dominio de uno mismo, de incapacidad en aumento progresivo y de dificultades sexuales, estas últimas a menudo mal asumidas porque constituyen el símbolo de la diferencia con el resto de personas y/o de decadencia personal.

Uno de nosotros¹⁷ realizó una aproximación a esta problemática en nuestro medio. Se revisaron todos los pacientes ingresados en el servicio durante el año 1988, afectados de IRC, con el antecedente de un ingreso anterior por el mismo motivo en un intervalo de tiempo no superior a 6 meses. El número total de reingresos fue de 583 y, de ellos, se identificaron 253 con IRC. De este colectivo se retuvieron para el estudio 126 pacientes que volvieron a ingresar en 1989.

El cuestionario para la evaluación se elaboró a partir de una encuesta social realizada con anterioridad por la diplomada de Trabajo Social (DTS), M.^a Antonia Traid, en la que se valoraban las condiciones socioambientales de los pacientes dependientes de oxígeno, convenientemente modificada. Una vez diseñado el modelo de cuestionario a utilizar, fue validado antes de alcanzar el modelo definitivo. Este cuestionario se elaboró con baterías de respuestas abiertas y cerradas, destinadas a evaluar unos ítems preestablecidos (apéndice 1). Las encuestas fueron llevadas a cabo durante el ingreso del paciente, el cual fue previamente informado y se recabó su colaboración. Los datos fueron tratados con el programa SPSS-PC.

Los resultados fueron los siguientes:

El número de varones fue superior al de mujeres (73 frente a 27 %).

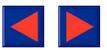
En cuanto a la edad, el mayor número de individuos se agrupaba entre los 65 y los 75 años (86 %).

En lo que a la actividad laboral se refiere (ítem A), la mayoría (85,7 %) de la muestra pertenecía a la categoría de pensionistas o jubilados y sólo el 14,3 % mantenía una vida laboral activa.

Las condiciones de habitabilidad de la vivienda (ítem B) se consideraron aceptables en el 89,7 % de los casos. Este resultado puede estar sesgado por el hecho de que la zona de influencia del hospital está integrada por barrios de un nivel socioeconómico medio.

En lo que concierne al ítem C, la mayor parte de los pacientes refirió una pérdida progresiva de su capacidad funcional en los últimos 5 años: el 43,6 % necesitaba ayuda para realizar sus actividades básicas y un 41,3 % manifestó dependencia para las actividades relacionadas con un esfuerzo.

En cuanto a los aspectos emocionales (ítem D), el 31 % de la muestra presentó depresión y angustia importantes. Se observó que, paralelamente a la progresión de la enfermedad, aumentaba el grado de depresión y aparecía una fuerte dependencia hospitalaria, al margen de otras posibles problemáticas socio-familiares. A su vez, las relaciones sociales disminuían en proporción al aumento de la dependencia. Un 26,2 % de la muestra se clasificó en la categoría de enfermedad asumida y un 42,9 % en la categoría 2 (preocupación por la enfermedad). El análisis de variancia mostró diferencias significativas entre ambas categorías (2 y 3).



En lo que respecta al ítem E, en el 44,4 % de los casos se objetivó una buena dinámica familiar, una problemática familiar asumida en el 34,9 % y sólo el 20,6 % explicitó problemas familiares. Se puede concluir, pues, que a pesar de los problemas familiares que plantean este tipo de pacientes, el número de rechazos no es especialmente importante y que el alto número de reingresos no parece demasiado relacionado con la dinámica familiar.

Es significativo en el ítem F que el 12,7 % de pacientes (reingresos por causas psicológicas) causan el 21 % de todos los reingresos; es decir, su media de reingresos es prácticamente el doble que la del resto de individuos de las otras categorías (3 y 4, puesto que la 2 se omitió para realizar los cálculos estadísticos). La explicación de esto debe buscarse en la importancia que tiene el factor psicológico en este tipo de pacientes: angustias, depresiones, etc., empujan a los pacientes a buscar la "seguridad" que les ofrece el hospital. Los reingresos deseados por agravación de la enfermedad fueron el 44,4, y el 38,1 % correspondió a reingresos impuestos por criterio médico. El análisis de variancia mostró diferencias significativas entre las categorías 1 y 3 y entre las 1 y 4.

La prueba de ji al cuadrado (cada ítem cruzado con el número de reingresos [de 0 a 4 y más de 5]) mostró significación entre el ítem E y el F y la agrupación de reingresos.

Consecuencias psicológicas del tratamiento

El individuo con LCFA en fase invalidante requiere una intervención multidisciplinaria coordinada a largo plazo por razón de la problemática fisiológica y psicológica asociadas a esta enfermedad. Para que este esfuerzo tenga éxito, es indispensable iniciar, ya en la etapa de hospitalización, la concienciación del paciente y sus allegados sobre el programa de rehabilitación en que va a ser incluido. Sin el logro de una colaboración lúcida por parte del enfermo y de sus familiares, cualquier esfuerzo estará de antemano abocado al fracaso. La inclusión o no de un paciente dado en un programa de rehabilitación respiratoria, especialmente si ésta requiere la puesta en marcha de medidas gravosas (como por ejemplo, la administración domiciliar de oxígeno) que pueden afectar negativamente, por lo menos en una etapa inicial, la calidad de vida y la comodidad del paciente, exige la valoración previa de una serie de parámetros entre los que se incluye la valoración de la dinámica psicológica actual del paciente. Esta apreciación previa permite discernir las variables útiles para la prescripción y, a la vez, comentar con el paciente los problemas que puede plantearle el tratamiento. La entrevista permite, además, captar su demanda que a menudo va más allá de una simple espera de cuidados. Es clásico constatar varias fases en la aceptación de la enfermedad y del tratamiento: choque, depresión, lucha, aceptación, duda. La entrevista permite ayudar al sujeto a remontar las dificultades inherentes a cada fase.

Debe tenerse en cuenta que ciertas medidas terapéuticas, como la oxigenoterapia a largo plazo y la ventilación asistida a domicilio, generan un impacto psicológico porque conllevan contrariedades e incomodidades: exigen el cumplimiento de obligaciones precisas y la comprensión y la colaboración del paciente y de sus allegados. Es, pues, necesaria la concienciación referente a las finalidades y a las modalidades del tratamiento, cuyos elementos deben ser expuestos de modo claro e inteligible para el sujeto, cosa que supone un programa detallado de entrenamiento¹⁸⁻²¹.

Como contrapartida, la puesta en marcha de estas técnicas gravosas presupone a la vez una relación privilegiada con el equipo que trata al paciente y alguna de ellas, como la oxigenoterapia, mejora las funciones mentales, disminuye los síntomas ansioso-depresivos, mejora la capacidad de ejercicio y el bienestar del individuo.

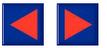
No hay que olvidar que estas medidas terapéuticas se realizan en el seno de una familia. Por ello es conveniente contactar con ella y conocer sus posibilidades y su opinión. Para que la familia pueda tolerar y sobrellevar unas medidas terapéuticas gravosas necesita ser instruida y se le debe ofrecer soporte. De este modo puede devenir una auxiliar eficaz y no un freno o un entorpecimiento.

Las dificultades sociales de la vida de relación y psicológicas que pueden sufrir los inválidos respiratorios implican la necesidad de un soporte psicológico, el cual debe permitir al sujeto y a los que conviven con él asumir la enfermedad y el tratamiento, ayudándoles a expresar lo que sienten y a reconquistar su autonomía.

Hemos citado la frecuente presencia de trastornos en el área sexual, con el consiguiente cortejo de sensación de fracaso personal. La solución de este problema empieza con el diálogo iniciado por el médico. La simple rotura del hielo y el manejo de la información adecuada de tipo higiénico suelen ser suficientes en buen número de casos para resolver esta problemática.

La asunción de las consecuencias que la invalidez pulmonar provoca al paciente y a sus allegados es un proceso complejo pero esencial. La personalidad enfermo/familia modula la respuesta al tratamiento en cualquiera de sus etapas. Los objetivos vitales del paciente a corto y largo plazo pueden alterarse muy seriamente, sea cual fuere la edad, el sexo, la educación, la situación psicológica, la profesión y la situación marital. La experiencia psicológica durante la hospitalización desempeña un papel de primer orden en la rehabilitación. La percepción por parte del paciente de sus limitaciones puede diferir de la de los familiares y aun de la del equipo interdisciplinario que lo trata. El paciente, la familia, el equipo sanitario y la administración deben coordinar sus esfuerzos en la toma de decisiones mutuas y en su ejecución basada en las necesidades del paciente.

En conclusión, cuando una persona sufre una enfermedad respiratoria invalidante, los problemas médi-



cos que de ella se derivan pueden afectar de modo grave su vida y la de sus allegados. Una buena parte de los problemas no son de naturaleza estrictamente médica sino que son psicosociales, emocionales, intelectuales, interpersonales, sociales, laborales y sexuales.

El proceso de adaptación incluye el remontar las agudizaciones, el readquirir cierto grado de salud y, una vez conseguidas estas metas, la integración en un programa de rehabilitación que ponga énfasis sobre el aprendizaje y consecución de la menor limitación posible de la autonomía, de una mejoría en la eficacia de la comunicación y de la participación activa, tanto por parte del paciente como de la familia, especialmente en lo concerniente a la toma de decisiones.

Ante la modificación drástica de sus circunstancias vitales, a menudo el paciente encuentra ayuda en el diálogo con los profesionales sanitarios que le tratan y con sus camaradas de invalidez. Este diálogo debe hacerse extensivo a los familiares y contempla la posibilidad de terapia de grupo. El concepto básico que modula la rehabilitación es el de tratar no un par de pulmones, sino un individuo en su integridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Thoracic Society. Pulmonary rehabilitation. (Official ATS statement) *Am Rev Respir Dis* 1981; 124:663-666.
2. American Thoracic Society. Skills of the health team involved in out-of-hospital care for patients with COPD. *Am Rev Respir Dis* 1986; 133:948-949.
3. Agle DP, Baum GL. Aspectos psicológicos de las neumopatías obstructivas crónicas. *Med Clin N Am (ed. castellana)* 1977; 61:4,749-758.
4. McSweeney AJ, Heaton RK, Grant I et al. Chronic obstructive pulmonary disease; socioemotional adjustment and life quality. *Chest* 1980; 77:2(supl.):309-311.
5. Pedinielli JL. Aspects psychologiques du handicap respiratoire. En: Levi-Valensi P, editor. *Le traitement ambulatoire des handicaps respiratoires*. Paris: Masson, 1982; 116-121.
6. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1982; 142:473-478.
7. Plummer JK. Psychosocial factors in pulmonary rehabilitation. En: O'Ryan JA, Burns DG, editores. *Pulmonary rehabilitation*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1984; 146-172.
8. Prigatano GP, Wright EC, Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1984; 144:1.613-1.619.
9. Grant J, Heaton RA. Neuropsychiatric abnormalities in advanced COPD. En: Petty TL, editor. *Chronic obstructive pulmonary disease*. 2.ª ed. Nueva York: Marcel Dekker, 1985; 355-371.
10. Nett LM, Petty TL. Managing the COPD patient and family at home. En: Petty TL, editor. *Chronic obstructive pulmonary disease*. 2.ª ed. Nueva York: Marcel Dekker, 1985; 411-427.
11. Guyatt GH, Townsend M, Berman LB, Pugsley SO. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. *Br J Dis Chest* 1987; 81: 45-54.
12. McSweeney AJ, Grant I, editores. *Chronic obstructive pulmonary disease. A behavioral perspective*. Nueva York: Marcel Dekker Inc. 1988.

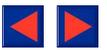
APÉNDICE 1

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	N.º H.C.
Servicio de Aparato Respiratorio	Apellidos:
	Nombre:
	Fecha nac.:
	Dirección:
	Localidad:
	Teléf.:

RESUMEN DE LA ENTREVISTA PARA VALORAR CONDICIONAMIENTOS SOCIOFAMILIARES:

ÍTEMS

- A) Actividad profesional del paciente:
 - 1. En activo
 - 2. Pensionista
- B) Valoración de los datos obtenidos, referentes a condiciones de vida. Hábitat
 - Carencia de condiciones de habitabilidad Categoría 1
 - Condiciones de habitabilidad aceptables según normativas oficiales Categoría 2
 - Condiciones de habitabilidad superiores a las normativas oficiales Categoría 3
- C) Valoración de los datos obtenidos, referentes a grado de capacidad y de dependencia:
 - Capacidad disminuida. Fuerte dependencia Categoría 1
 - Disminución y dependencia relacionada con actividades de esfuerzo Categoría 2
 - Sin disminuciones Categoría 3
- D) Valoración de los datos obtenidos, referentes a aspectos emocionales:
 - Depresión y ansiedad importante. Falta de estímulos Categoría 1
 - Preocupación por la enfermedad. Vida rutinaria Categoría 2
 - Enfermedad asumida. Vida interesante Categoría 3
- E) Valoración de los datos obtenidos, referentes a composición, situación, convivencia y dinámica familiar:
 - Conflictos familiares no resueltos ... Categoría 1
 - Problemas familiares asumidos Categoría 2
 - Sin problemática familiar Categoría 3
- F) Valoración de los datos obtenidos referentes a "Causas inmediatas del reingreso":
 - Reingreso deseado por causas psicológicas (miedo, angustia, depresión ...) Categoría 1
 - Reingreso no deseado, inducido por incapacidad o rechazo de familiares u otros Categoría 2
 - Reingreso deseado por empeoramiento de la enfermedad Categoría 3
 - Reingreso no deseado, necesario según criterio médico Categoría 4



13. Griffith DE, Kronenberg RS. Psychologic, neuropsychologic and social aspects of COPD. En: Cherniack NS, editor. Chronic obstructive pulmonary disease. Filadelfia: WB Saunders, 1991; 4:59-62.
14. Grant I, Heaton RK, McSweeney AJ et al. Brain dysfunction in COPD. *Chest* 1980; 77(supl.):308-309.
15. Fletcher EC, Martin RJ. Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 1982; 81:413-421.
16. Pedinielli JL, Dhahouse J. Suicide et maladie organique: les avatars de la survie. *Psychologie Med* 1985; 15:85-87.
17. Caballero C. Trabajo social en el Servicio de Respiratorio del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Tesina para la convalidación del título de Diplomado en Trabajo Social, 1992, dactilografiado. Barcelona.
18. Heaton RK, Grant I, McSweeney AJ et al. Psychologic effects of continuous and nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1983; 143:1.941-1.947.
19. Lahdensuo A, Ojanen M, Ahovien A, Laitinen J et al. Psychosocial effects of continuous oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 1989; 2:977-980.
20. Borak J, Sliwinsky P, Piasecki Z, Zielinski J. Psychosocial status of COPD patients on long term oxygen therapy. *Eur Respir J* 1991; 4:59-62.
21. Elliott MW, Simonds AK, Carroll MP, Wedzicha JA, Branthwaite MA. Domiciliary nocturnal nasal intermittent positive pressure ventilation in hypercapnic respiratory failure due to chronic obstructive lung disease: effects on sleep and quality of life. *Thorax* 1992; 47:342-348.