
L'avaluació en psicologia de la salut

PID_00256394

Rubén Nieto Luna
Cristina Giménez García
Beatriz Gil
Pedro Salmerón Sánchez

Temps mínim de dedicació recomanat: 6 hores



**Rubén Nieto Luna****Cristina Giménez García**

Doctora en Psicologia per la Universitat Jaume I i especialista en Psicologia Clínica de la Salut, professora del Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia, i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament.

**Beatriz Gil**

Doctora en Psicologia per la Universitat Jaume I i professora del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la Universitat de València. Compagina la seva activitat docent amb la pràctica clínica i la recerca dintre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament de la Universitat Jaume I.

Pedro Salmerón Sánchez

Doctor en Psicologia per la Universitat Jaume I i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament de la mateixa universitat. Actualment, compagina la seva activitat docent universitària amb la pràctica clínica en Lambda València, en els àmbits de la promoció de la salut sexual i la prevenció primària i secundària de la infecció per VIH, hepatitis C i altres ITS, i de la intervenció psicològica amb persones que viuen amb VIH.

Índex

Introducció.....	5
Objectius.....	6
1. Consideracions generals per a l'avaluació en psicologia de la salut.....	7
1.1. Objectius de l'avaluació en els problemes de salut	8
1.2. Àmbits i instruments d'avaluació	10
1.2.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut	11
1.2.2. Conducta de malaltia	13
1.2.3. Adherència	14
1.2.4. Patrons d'afrontament	16
1.2.5. Estat emocional	17
1.2.6. Estils de vida	18
1.3. Claus d'avaluació en psicologia de la salut	20
2. Avaluació psicològica en oncologia.....	22
2.1. Introducció	22
2.2. Cas clínic	23
2.3. Factors relacionats amb el càncer	24
2.3.1. Tabac	25
2.3.2. Alcohol	25
2.3.3. Dieta	26
2.3.4. Sobrepès	26
2.3.5. Activitat física	26
2.3.6. Factors genètics i biològics	27
2.4. Avaluació	28
2.4.1. Variables mèdiques	28
2.4.2. Informació mèdica de la que disposa la persona	28
2.4.3. Afectació emocional: ansietat i depressió	29
2.4.4. Estratègies d'afrontament davant del càncer	29
2.4.5. Eficàcia percebuda	30
2.4.6. Qualitat de vida	30
2.5. Intervenció	32
3. Avaluació psicològica en els problemes de dolor.....	35
3.1. Introducció	35
3.2. Cas clínic	36
3.3. Factors relacionats amb la vivència del dolor	37
3.3.1. Pensaments	38
3.3.2. Por-evitació	38

3.3.3.	Estratègies d'afrontament	39
3.3.4.	Autoeficàcia	39
3.3.5.	Acceptació del dolor	39
3.3.6.	Emocions i dolor	40
3.4.	Avaluació	40
3.4.1.	Variables relacionades amb el problema de dolor	41
3.4.2.	Variables relacionades amb la persona	44
3.4.3.	Variables relacionades amb el context	46
3.5.	Intervenció	47
3.5.1.	Identificar valors i objectius	47
3.5.2.	La relaxació	48
3.5.3.	Canviar els pensaments negatius	48
3.5.4.	Distribuir adequadament les activitats	48
3.5.5.	La distracció	48
3.5.6.	La comunicació	49
4.	L'avaluació en la infecció pel virus d'immunodeficiència humana	50
4.1.	Introducció	50
4.2.	Cas clínic	52
4.3.	Factors relacionats amb la vivència de la infecció	53
4.3.1.	Salut mental: estat d'ànim i problemes d'ansietat i estrès	53
4.3.2.	Adherència al tractament	54
4.3.3.	Autoestima	55
4.3.4.	Aïllament social: estigma i autoestigma	56
4.3.5.	Qualitat de vida	57
4.4.	Avaluació	57
4.4.1.	Primera sessió: informació sobre la infecció i psicoeducació	58
4.4.2.	Segona sessió: ansietat, estat d'ànim i autoestima	58
4.4.3.	Tercera sessió: estils d'afrontament i adherència	59
4.4.4.	Quarta sessió: devolució de resultats	60
4.5.	Tractament	60
	Bibliografia	63

Introducció

Aquest mòdul vol ser una introducció a l'avaluació en psicologia de la salut. Per això parlarem en un primer moment dels aspectes generals que fan referència a l'avaluació en aquest àmbit, i després presentarem l'avaluació en tres problemàtiques de salut que són molt freqüents en la nostra societat i que tenen un gran impacte en la persona i en el seu entorn. Malauradament, les limitacions d'espai d'aquesta assignatura no permeten abordar altres problemàtiques que també són importants. Com veureu, hem intentat fer uns materials tan breus com ens ha estat possible i amb una clara orientació pràctica.

A més d'establir alguns principis generals en l'avaluació de la psicologia de la salut (una bona part dels quals s'han tractat en els mòduls "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics" i "L'entrevista, els sistemes de classificació i els instruments diagnòstics generals"), també hem cregut interessant mostrar l'estudi diferencial dels factors que podrien modular el malestar i de les repercussions associades a l'experiència de malalties concretes. Per exemple, el suport que reben les persones afectades pel càncer i el que reben les persones infectades per VIH és un element diferencial en l'experiència d'aquestes malalties. Les persones diagnosticades amb càncer tenen el suport incondicional del seu entorn, cosa que no sempre passa en el cas de la infecció per VIH, malaltia en què la càrrega moral i l'estigma social poden provocar l'aïllament de la persona que la pateix. També seria diferent la legitimitat social de les persones que experimenten un malestar emocional associat a una malaltia diagnosticada amb causes físiques localitzades, com seria el càncer, davant d'aquelles que l'experimenten per un dolor crònic sense origen físic localitzat. Així doncs, és necessari que existeixi una atenció diferencial en l'avaluació de cada casuística.

Objectius

Els objectius d'aquest mòdul són els següents:

- 1.** Aprendre la importància de l'avaluació psicosocial en l'àmbit de la psicologia de la salut.
- 2.** Conèixer els principals paràmetres a tenir en consideració en qualsevol procés d'avaluació en psicologia de la salut.
- 3.** Conèixer els factors implicats en els processos de salut-malaltia i les variables que cal avaluar des d'una perspectiva general.
- 4.** Aprendre a fer l'avaluació des d'un enfocament d'avaluació psicosocial per a tres problemes de salut molt freqüents: càncer, dolor crònic i VIH.

1. Consideracions generals per a l'avaluació en psicologia de la salut

El canvi de paradigma que fa algunes dècades va ampliar la concepció del procés de salut i malaltia ha permès que, més enllà dels aspectes biològics, es tinguin en compte els aspectes psicològics i socials (Rodríguez, 2012). Aspectes que comprendrien des de les estratègies d'afrontament que les persones emprenen per a gestionar la vivència de la malaltia, fins a certs estils de vida que podrien complicar el seu transcurs, passant per variables psicològiques que predisposen a l'afrontament desadaptatiu.

La malaltia és una experiència que, tal com mostra la literatura, reuneix moltes característiques que la identifiquen com un fenomen altament estressant (Terol, Pastor i López-Roig, 2012). En concret, la malaltia resulta estressant en la mesura en què és un procés poc controlable, de caràcter ambigu, difícilment previsible, possiblement durador i que correspon a una esfera rellevant de la vida com és la nostra pròpia existència o la d'algun ésser estimat. D'aquesta manera, en línia amb el model de Lazarus i Folkman (1986), les persones valoraran l'experiència de la malaltia en funció de l'estimació de la gravetat i la complexitat de la dolència, però també de la valoració dels seus propis recursos (psicològics, materials i socials) per a afrontar-la.

Aquesta visió més holística ha permès que es destinin esforços a l'abordatge dels factors psicosocials que podrien modular l'experiència de malaltia, així com també a avaluar i a intervenir en l'impacte psicosocial de les malalties. Alhora, ha possibilitat la comprensió de la malaltia com un procés (i no com un estat inamovible) que integraria fases tan diverses com la percepció del dolor, el diagnòstic, l'impacte dels tractaments, les recuperacions, les recaigudes i les fases finals, que són diferents per a cadascuna de les persones i dels contextos (Rodríguez, 2012).

Amb la finalitat de poder dur a terme una intervenció pertinent i eficaç que permeti millorar el benestar de les persones afectades, és imprescindible delimitar un marc d'avaluació adequat en el qual s'explorin les variables que puguin predisposar, precipitar i/o mantenir el malestar biopsicosocial de les persones. D'aquesta manera, més enllà d'explorar la simptomatologia que, des d'una dimensió fisiològica, cognitiva, emocional i motora, pugui donar informació sobre possibles diagnòstics, caldrà delimitar les àrees afectades sobre les quals cal intervenir, així com les variables que de manera correlacional o causal puguin estar interferint en cadascuna de les fases del procés (Gil, 2004).

Una avaluació que, a més d'adaptar-se a les característiques de la persona, haurà de considerar el context, que no sempre garantirà premisses de l'avaluació com ara la calidesa o la intimitat (Rodríguez, 2012). Així, en línia amb el que s'ha plantejat als primers mòduls, serà necessari optimitzar les habilitats de comunicació –verbal i no verbal–, per a poder compensar els problemes que es puguin produir en contextos d'intervenció tals com les sales d'espera, les unitats de vigilància intensiva o les consultes ambulatories.

D'aquesta manera, es podrà fer una aproximació millor a la situació que viu la persona, a més d'un abordatge més eficaç que possibiliti una millora de la seva qualitat de vida.

1.1. Objectius de l'avaluació en els problemes de salut

Abans d'iniciar una avaluació psicològica en l'àmbit clínic i de la salut és imprescindible considerar l'objectiu inicial del mateix procés per poder optimitzar els esforços i analitzar amb la major eficiència i eficàcia possible la situació que volem abordar (Bayés, 1994).

Atesa la complexitat de la vivència de la malaltia, a més, sembla necessari el desglossament d'objectius concrets que, des de diferents dimensions, puguin oferir un marc ample tant de l'experiència de la persona que viu la malaltia com de l'experiència de les persones del seu entorn. Així doncs, més enllà d'establir un propòsit general d'avaluació mitjançant el qual identifiquem un determinat quadre clínic –com podrien ser els trastorns adaptatius o els problemes d'estrès agut– i d'intentar bastir un quadre explicatiu que permeti comprendre la gènesi del problema, caldrà matisar de manera més específica altres objectius propis de la psicologia de la salut que, alhora, facilitaran l'anàlisi diferencial del procés de malestar (Belar i Deardoff, 1995). Els objectius d'avaluació importants en els problemes de salut serien els següents:

- **Valorar la interferència causada pels símptomes propis de la malaltia.** S'hauran de tenir en compte marcadors com la freqüència o la localització d'aquests símptomes, així com de les conseqüències ocasionades pel tractament mèdic, per exemple, una pèrdua d'autonomia o una interferència laboral.
- **Valorar les expectatives de supervivència i recuperació de la persona** per poder ajustar la valoració psicològica al context real de malaltia. Alhora, caldrà tenir en compte la situació real de la malaltia per valorar el nivell d'adaptació de la persona a la fase en la qual es troba. En aquest sentit, en la valoració caldrà diferenciar el temor a la mort d'un malalt terminal del d'una persona a la qual acaben de donar l'alta després d'un procés llarg de malaltia.

- **Valorar l'afectació emocional que el procés de la malaltia pot tenir en la persona.** Per exemple, quant al significat que li atorga a la dolència que pateix, a les respostes emocionals davant l'experiència dels tractaments, a l'afectació emocional vinculada a les reaccions de l'entorn o a la valoració del seu concepte de si mateix, que, en alguns casos, es podria veure deteriorat. A través de l'avaluació caldrà estimar fins a quin punt la persona identifica, comprèn, assimila i regula de manera adaptativa les seves emocions més enllà que li puguin resultar desagradables. En aquesta valoració, s'haurà de tenir en compte el marc temporal de la malaltia; per exemple, una expressió de gran tristesa o ràbia en una persona diagnosticada recentment de càncer podria valorar-se com una reacció adaptativa, mentre que si aquesta reacció es cronifica en etapes posteriors i interfereix en el seu ajustament, podria valorar-se com un motiu d'intervenció.
- **Valorar la dimensió cognitiva de l'experiència de malaltia.** Atesa la rellevància que té un processament adequat de la informació per a l'adaptació psicològica, caldrà valorar tant les funcions bàsiques relacionades amb l'atenció, la percepció o la memòria com les funcions metacognitives vinculades amb la valoració del control, l'autoeficàcia o l'autoconcepte.
- **Valorar la dimensió comportamental.** Cal obtenir un mapa de l'experiència de la malaltia que permeti aconseguir una radiografia de la dimensió comportamental. En aquest cas, es valorarien possibles comportaments de risc o, al contrari, certs hàbits saludables que puguin facilitar el benestar en el marc de la malaltia. Es tindrien en compte dimensions bàsiques com l'alimentació, el consum de substàncies o l'activitat física, però també la conducta de malaltia, més relacionada amb l'adherència als tractaments i el seguiment mèdic.
- **Valorar la repercussió social de la malaltia.** Des d'una perspectiva sistèmica, un objectiu seria valorar la interacció de la persona amb l'entorn i la possible repercussió en els seus diferents rols. L'experiència de la malaltia, com moltes d'altres, és un fenomen social que també resulta determinat pels posicionaments de l'entorn més o menys directe. En conseqüència, sembla fonamental avaluar l'existència del suport social o d'altres tipus concrets de suport, l'accés als recursos o l'entorn socioeconòmic, aspectes que no sempre es tenen en compte però que poden contribuir a comprendre el marc situacional de la persona.

A través de l'avaluació en salut, es pretén conèixer l'impacte de la malaltia i del tractament en les persones, l'evolució de la seva adaptació davant l'experiència i els recursos i estratègies, a més d'aquells factors biopsicosocials que poden dificultar el seu afrontament, amb la finalitat de disposar de prou informació per a valorar la situació i planificar un protocol d'intervenció més proper a la teràpia clínica o al *counselling*.

A partir d'aquests objectius, caldrà valorar quines dimensions específiques s'aborden en cada cas i quines eines d'avaluació resulten més apropiades en cada circumstància. Entre aquestes eines hi ha els registres ja existents, com els historials mèdics, els protocols d'observació que en el procés de l'entrevista permeten extraure informació, o qüestionaris validats o altres tipus d'autoinformes que, de manera més o menys específica, permeten avaluar algun element determinant per al procés (Sánchez i González-Celis, 2006). Per a determinar el nombre i el tipus d'eines caldrà tenir en compte el context en el qual les apliquem, les característiques de la persona avaluada i de la malaltia, el temps disponible i el nostre entrenament (Rodríguez, 2012). Així mateix, caldrà plantejar com s'aniran considerant cadascun dels objectius al llarg del procés d'avaluació i intervenció, amb la finalitat de poder anar valorant els seus avenços.

1.2. Àmbits i instruments d'avaluació

A partir del que hem comentat i dels objectius d'avaluació que hem formulat, queda clar que el procés de malaltia és un fenomen multidimensional que, com a mínim, inclou aspectes físics, psicològics i socials. Des de la psicologia de la salut es promou la importància d'avaluar els factors que podrien modular l'experiència, així com les valoracions subjectives que determinen el benestar de les persones. En aquest sentit, hi ha molts constructes que han mostrat la relació entre el procés de salut i la malaltia (Gil, 2004). A continuació, i tenint en consideració els objectius d'avaluació, exposarem alguns dels constructes i dels instruments específics més rellevants per a dur a terme l'avaluació. Aquests instruments són vàlids per a la majoria dels problemes de salut i és per això que els presentem en aquesta secció. Més endavant proposarem alguns instruments específics per a problemes concrets.

Insistim que es tracta d'un resum i que caldrà adaptar-lo a cada persona. S'ha de tenir sempre en compte que per dur a terme l'avaluació en psicologia de la salut cal seguir els passos següents:

- Valorar quins dels objectius d'avaluació dels que es formulen en aquests materials són més rellevants en el cas concret que ens ocupa (en funció de la seva problemàtica, de les seves característiques personals i de les seves característiques socials).

- Articular el procés en base a aquests objectius, prenent com a base l'entrevista clínica i reforçant-la amb els instruments que es presenten en concret per a les àrees que siguen necessàries.
- Tenir en consideració les necessitats de la problemàtica concreta a l'hora de seleccionar els instruments (és per això que us presentarem alguns instruments per a problemes específics), així com el temps d'avaluació.

En definitiva, a l'hora de planificar l'avaluació sempre cal tenir en consideració la persona, la seva situació i els constreyniments temporals.

1.2.1. Qualitat de vida relacionada amb la salut

La qualitat de vida relacionada amb la salut, entesa com una valoració subjectiva que fa la persona sobre la seva experiència de malaltia en interacció amb àmbits tan diversos com el benestar emocional, el funcionament físic o la integració en l'entorn social, és crucial per a comprendre la seva vivència en primera persona (Urzúa, 2010). Així doncs:

Cal incloure l'avaluació de la qualitat de vida en l'abordatge de la psicologia de la salut, estimant, a més dels aspectes físics de la malaltia i dels tractaments, aquells aspectes funcionals, psicològics i socials que també determinen el benestar de les persones (Juan, 2003).

Amb l'objectiu d'analitzar aquest constructe multidimensional, s'han desenvolupat entrevistes, qüestionaris, índexs i escales en els quals, en línies generals, les persones valoren una sèrie d'indicadors en relació amb diferents aspectes de la seva vida.

Un dels instruments més reconegut és l'**Escala de salut SF-36** (Ware i Sherbourne, 1992), adaptat al castellà per Alonso, Prieto i Antón (1995), que permet obtenir un perfil de salut tant de les persones afectades per una malaltia com de població general. Aquest instrument planteja 36 preguntes que exploren vuit dimensions:

- Funció física
- Rol físic
- Dolor corporal
- Salut general
- Vitalitat
- Funció social
- Rol emocional
- Salut mental

A més, s'inclou un ítem sobre la transició de la salut en el qual la persona valora la seva salut actual en relació amb la salut que tenia l'any anterior. Les puntuacions oscil·len entre el 0 i el 100, i s'obté un millor perfil de salut a més puntuació. Les característiques psicomètriques han segut àmpliament reconegudes (Arostegui i Núñez, 2008).

Per la seva banda, l'**EUROQoL-5** (EuroQol Group, 1990) és un dels instruments més senzills d'administrar i permet valorar la percepció que les persones tenen sobre les dimensions física, psicològica i social en un breu període de temps. Adaptat per Badia, Roset, Herdman i Kind (2001), gradua en funció del nivell d'interferència en cinc dimensions:

- Mobilitat
- Cura personal
- Activitats quotidianes
- Dolor
- Estat d'ànim

Les preguntes es valoren amb una escala que va de l'1 (cap problema) al 3 (molts problemes), i es dona major puntuació aquelles persones que tenen més deteriorament. A més, presenta una escala visual analògica d'avaluació general i relativa a la situació actual de la persona en la qual valora del 0 al 100 quin nivell d'estat de salut té. Diferents estudis n'han comprovat la validesa i la fiabilitat d'aquest instrument (Herdmand, Badia i Serra, 2001).

Finalment, cal destacar l'**Inventari de qualitat de vida i salut InCaViSa** (Riveros, Sánchez i Del Àguila, 2009), elaborat per a valorar l'experiència subjectiva de malaltia en pacients crònics. A través de 58 ítems, amb un format de resposta Likert entre "mai" i "sempre", s'exploren els aspectes següents:

- Vida quotidiana
- Família
- Funcions cognitives
- Temps lliure
- Percepció corporal
- Preocupacions
- Benestar físic
- Vida social
- Dependència mèdica
- Aïllament
- Relació amb el metge
- Actitud cap al tractament

A més, conté una escala visual que avalua el benestar i la salut en general. L'instrument té característiques psicomètriques adequades que en garanteixen la sensibilitat i la rigurositat (Sánchez i González-Celis, 2006).

Enllaç recomanat

Podeu trobar més informació sobre l'EUROQoL-5 a: <https://euroqol.org/>.

1.2.2. Conducta de malaltia

La conducta de malaltia, és a dir, la manera com les persones perceben, avaluen i interpreten els seus símptomes, està relacionada amb el curs evolutiu de la malaltia i amb la resposta de la persona davant seu (Nieto *et al.*, 2004).

Sembla imprescindible avaluar els processos cognitius mitjançant els quals les persones interpreten els símptomes de la seva malaltia i l'experiència emocional relacionada, així com els factors que puguin modular aquestes interpretacions i les estratègies d'actuació que engegarà. D'aquesta manera, es podrien incloure en l'avaluació algunes de les variables relacionades amb la baixa adherència als tractaments, l'evitació de proves diagnòstiques o la sobreutilització dels serveis sanitaris (Brannon i Feist, 2001).

Un dels instruments més reconeguts en aquest àmbit és el **Qüestionari de conducta de malaltia** (Pilowsky i Spence, 1983), que valora les actituds i interpretacions de les persones del seu propi estat de salut seguint el constructe de conducta anormal de malaltia d'un dels autors (Pilowsky, 1971), definit com un patró desadaptatiu mitjançant el qual la persona avalua i interpreta una experiència de malaltia independentment del diagnòstic mèdic. En concret, el qüestionari analitza set dimensions de l'experiència de malaltia a través de 62 preguntes amb format dicotòmic:

- Hipocondria general (més puntuació indica major temor i preocupació cap a la malaltia).
- Convicció de malaltia (més puntuació indica major percepció de gravetat de la seva situació de salut i preocupació per símptomes diferenciats).
- Percepció psicològica davant la percepció somàtica de la malaltia (més puntuació indica una major percepció de la malaltia com a càstig davant de l'explicació causal psicològica).
- Inhibició afectiva (més puntuació indica més dificultats per a expressar les emocions davant les altres persones).
- Pertorbació afectiva (més puntuació es relaciona amb major malestar emocional).
- Negació (més puntuació indica més probabilitat de no visibilitzar problemes quotidians).

- Irritabilitat (més puntuació indica més sentiments d'irritabilitat i empipament).

El qüestionari inclou també l'Índex Whiteley d'Hipocondria (una puntuació alta indica més preocupació somàtica, afirmació de malaltia i fòbia). Aquest instrument ha mostrat característiques psicomètriques adequades per a població espanyola (Ibáñez, Lorente, Grau, Franch i Ballester, 1995).

Un altre dels instruments utilitzats és el **Qüestionari de percepció de la malaltia revisat** (IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron i Buick, 2002), desenvolupat per al context castellanoparlant per Beléndez, Bermejo i García (2005). Inclou diverses seccions que avaluen l'experiència subjectiva de la malaltia a través de tres dimensions:

- La identitat de malaltia, que explora amb format dicotòmic si les persones han experimentat o no una sèrie de símptomes i, si la resposta és afirmativa, si consideren que el símptoma està relacionat amb la malaltia.
- Les creences de la malaltia (avaluades a través d'una escala Likert de cinc punts que van de "totalment en desacord" a "totalment d'acord"), que aglutinen aspectes relacionats amb el control personal i del tractament, la durada del procés (aguda/crònica i caràcter cíclic), la coherència de la malaltia, la gravetat de les conseqüències generades per la malaltia i la resposta emocional.
- Les causes de la malaltia, que també es valora amb una escala Likert de cinc punts.

La puntuació s'obté a través de les puntuacions mitjanes de cada dimensió, i una major puntuació representa una major intensitat de la creença expressada.

1.2.3. Adherència

El seguiment dels tractaments i altres prescripcions mèdiques, incloses les visites de reconeixement, els estils de vida saludables i l'avaluació mèdica, és a dir, allò que anomenem adherència terapèutica, és fonamental per a l'eficàcia dels tractaments proposats (Alvarado, 2016). No obstant això, en la pràctica clínica s'observa com una bona part de les persones no segueix aquestes recomanacions malgrat els problemes que pot ocasionar-los no fer-ho (Rodríguez, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez i Faus, 2008).

Aquest fenomen respon a una realitat multicausal en la qual influeixen tant els factors associats al tipus de tractament i malaltia com les característiques de la persona afectada, la relació que estableix amb el personal sanitari i l'àmbit social (Hernández, Acosta i Pereira, 2009). En concret, tal com mostra la literatura (Alvarado-Aguilar *et al.*, 2011; Ogueda i Barra, 2017), l'adherència estaria modulada per variables com la por als resultats de les proves diagnòstiques o

als efectes secundaris de determinats tractaments, la dificultat per a acceptar el diagnòstic d'una malaltia, la baixa autoeficàcia o percepció de control, els dèficits en la comunicació professional sanitari-pacient o l'existència d'algun problema emocional. Els problemes d'adherència es produïxen en major grau quan les persones s'enfronten a malalties cròniques o de llarga durada, que poden comportar la pèrdua d'autonomia i un tractament més complex i amb majors efectes secundaris (Brannon i Feist, 2001).

Tenint en compte aquest context, sembla necessari que la psicologia de la salut tingui un paper fonamental en l'avaluació i la millora de l'adherència terapèutica dels pacients, amb independència de les dolències que tinguin.

En l'àmbit de l'avaluació de l'adherència caldria, almenys, establir dos marcs d'atenció. D'una banda, l'estimació del grau de compliment de les recomanacions i, de l'altra, els factors que en cada cas estan afavorint o no l'adherència terapèutica. Conèixer tots dos aspectes serà fonamental per a dissenyar el protocol d'intervenció.

Per al primer focus d'atenció, la valoració del compliment, podrien emprar-se mètodes indirectes com el recompte dels comprimits en els envasos o pastillers, la comptabilització de l'assistència a cites, els autorregistres que inclouen la topografia de les preses de medicació, o bé mètodes directes com els qüestionaris sobre la realització de la conducta. Un d'aquests qüestionaris és el **Test de Morisky-Green-Levine** (Morisky, Green i Levine, 1986), emprat en diferents malalties cròniques per a valorar el nivell de compliment terapèutic a través de quatre preguntes dicotòmiques. Si la persona contesta de manera adequada a totes quatre (no oblidar prendre els fàrmacs, els pren a l'hora indicada, no deixa de prendre la medicació quan es troba malament o si alguna vegada se li posa malament), es considera adherent. Un altre exemple seria el **Test de compliment autocomunicat de Haynes-Sackett** (Rodríguez *et al.*, 2008) en el qual s'avalua primer, a través d'una pregunta dicotòmica, si la persona segueix les prescripcions del tractament i, en cas que es detectin problemes, es pregunta per la freqüència, manera d'ús i experiència a través de dues preguntes obertes.

Hi ha altres sistemes d'avaluació directa com les anàlisis de sang, amb els quals, en coordinació amb altres professionals de la salut, es té accés a informació relativa als paràmetres bioquímics. S'entén que, si la persona segueix les recomanacions de manera adequada, s'observaran canvis en les diferents analítiques. S'ha demostrat, però, que els tractaments no generen el mateix efecte en totes les persones, motiu pel qual la variabilitat que es pot detectar amb aquest sistema no sempre es deu a la conducta de la persona. Per aquest motiu, i amb la finalitat d'obtenir informació rigorosa per a la presa de decisions, se sol recomanar una combinació d'ambdós sistemes (Acosta, Hernández i Pereira, 2009).

Pel que fa al segon focus, relatiu als factors que podrien modular l'adherència del tractament, caldria prioritzar els que puguin ser rellevants en cada cas. Per exemple, amb un pacient amb VIH en el qual es detecten elevats nivells d'ansietat i rumiacions obsessives i amb un altre amb dolor crònic que mostra simptomatologia propera a la depressió, caldrà aprofundir de manera diferencial en l'avaluació d'aquestes àrees amb els instruments que hem comentat en el mòdul "L'avaluació en psicologia clínica". A més, amb les preguntes plantejades en l'entrevista clínica, es podrà valorar amb més detall l'existència d'altres factors, com ara les creences sobre la malaltia, les actituds cap al tractament o la baixa autoeficàcia, que, en línia amb els models sociocognitius (Brannon i Feist, 2001), han mostrat relació amb l'adherència terapèutica.

En qualsevol cas, hi ha alguns instruments que permeten realitzar una avaluació senzilla i general sobre aquelles variables que podrien modular-la. Destaquem l'**Escala informativa de compliment de la medicació** (Thompson, Kulkarni i Sergejew, 2000) que, a través de 30 preguntes, explora les creences, les valoracions i els comportaments relacionats amb el seguiment de les recomanacions mèdiques. L'escala ofereix una puntuació global amb un punt de tall de 25. D'aquesta manera, puntuacions iguals o superiors a 25 mostrarien una bona adherència, mentre que puntuacions de 24 o menys suposarien una baixa adherència.

1.2.4. Patrons d'afrontament

Davant l'experiència de malaltia, en la majoria dels casos, les persones posen a funcionar tots aquells recursos de què disposen amb la finalitat de recuperar l'equilibri i adaptar-se a la nova situació. Aquestes respostes d'afrontament, és a dir, els esforços cognitius, emocionals i conductuals que fan les persones per a gestionar la malaltia són importants en la mesura en què poden dificultar o facilitar el procés de malaltia que experimenten i, fins i tot, la seva evolució. Si bé hi ha moltes tipologies d'estratègies d'afrontament, caldria, en línia amb Quiles i Terol (2008), valorar almenys quin tipus de mecanismes de resposta conductual, cognitiva i emocional engage la persona; si el seu focus atencional està en l'àmbit emocional o en el problema, i si el caràcter del seu afrontament és passiu, actiu o evitatiu. Així mateix, caldria examinar fins a quin punt la persona percep el control sobre la situació o si, per contra, no concep cap relació entre el resultat final i les possibles accions que pugui dur a terme (Martín, Quiles i Bernabé, 2012).

Amb la finalitat de valorar quin tipus d'afrontament està duent a terme la persona i, per extensió, de trobar un possible factor que moduli l'ajustament psicològic en l'experiència de malaltia, seria necessari avaluar l'ús que fa la persona dels recursos psicològics i socials de què disposa (Terol, Pastor i López-Roig, 2012).

El **Qüestionari breu d'estratègies d'afrontament** (Carver, 1997) és un dels instruments més utilitzats per a valorar les estratègies d'afrontament en situacions de malaltia. A través de 28 preguntes amb format Likert de 0 (no ho faig mai) a 3 (ho faig sempre), explora patrons de resposta que les persones duen a terme davant l'experiència de malaltia. En concret, valora patrons de resposta activa (cerca de suport emocional, cerca de suport instrumental, afrontament actiu, la planificació, alleujament, reinterpretació positiva, humor, acceptació, religió i autoculpabilització) i evitativa (negació, consum de substàncies, autodistracció i desconexió conductual). La puntuació es calcula obtenint la mitjana per a cada escala, mostrant un valor més elevat un major ús de les estratègies d'afrontament a què es refereix l'escala. L'instrument ha demostrat tenir bones propietats psicomètriques (Valls i Rueda, 2013).

Una altra de les eines per a avaluar l'afrontament de la malaltia, basada en la proposta de Lazarus i Folkman (1986), és el **Qüestionari d'estratègies d'afrontament**, validat per Rodríguez-Marín, Terol, Lopez-Roig i Pastor (1992). A través de 36 ítems amb format Likert entre 1 (mai) i 5 (gairebé sempre), explora diferents conductes d'afrontament davant un fenomen estressant com podria ser la malaltia: pensaments positius, atribució de la responsabilitat del problema a altres persones, pensaments desideratius, cerca de solucions, cerca de suport social, repressió emocional, comptabilització d'avantatges, religiositat, sentiment de culpa, resignació i fuga. Una major puntuació en cadascuna de les conductes significa un major ús de les estratègies d'afrontament a les que es fa referència. Aquest qüestionari permet tenir una radiografia de les estratègies d'afrontament més comunament usades per les persones.

1.2.5. Estat emocional

La repercussió emocional dels processos de malaltia és un aspecte fonamental en l'avaluació i la intervenció de la psicologia de la salut, atesa la rellevància que té per a l'experiència subjectiva del benestar i de la qualitat de vida de la persona (Neipp, Lledó i Pons, 2012). Al mateix temps, aquesta dimensió emocional ha mostrat tenir relació amb aspectes tan rellevants per al procés de malaltia com l'adherència als tractaments, la cura de la salut o el propi ajustament. En aquest sentit, sembla necessari fer un esforç en la identificació, l'anàlisi i la comprensió de la dimensió emocional que aportí informació per valorar si existeix un possible criteri diagnòstic que apunti a possibles trastorns com la depressió, el trastorn adaptatiu o algun procés d'ansietat, tal com ha estat demostrat en algunes poblacions amb càncer, dolor crònic o VIH (Hao, Li, Yang, Yang i Petridis, 2016; Pousa, Miguelez, Hernández, González i Gaviria, 2015; Teva, Bermúdez, Quero i Buéla-Casal, 2005).

En qualsevol cas, basat o no el diagnòstic en alguna classificació, caldria valorar si la persona presenta algun malestar emocional sobre el qual es pugui intervenir. Tal com s'ha comentat, caldrà tenir en compte la fase en la qual es troba la persona i les expressions no verbals que s'observen. Aquestes no sempre han de complir patrons estàndards, com podria ocórrer en l'expressió de la

tristesa, de vegades manifestada amb el plor i de vegades amb tons aïrats i veu elevada, manifestacions que es podrien confondre amb les de l'enfadament. A més, caldria valorar fins a quin punt la persona es troba en una fase de xoc o de negació, com ocorre quan algú rep un nou diagnòstic o entra en una fase de malaltia que comporta més deterioració i pateix un bloqueig que dificulta percebre la simptomatologia emocional (Soriano, 2002). A més, dins d'aquesta valoració, caldrà tenir present el concepte d'ajustament emocional que, segons la situació, comportarà emocions adaptatives de tristesa, empipament o frustració.

Entre els instruments més coneguts per a valorar l'estat emocional, trobem l'**Escala per a l'avaluació de la depressió de Hamilton/HADS** (Zigmond i Snaith, 1983). Aquest instrument, àmpliament emprat en el context hospitalari, està descrit al mòdul «L'avaluació en psicologia clínica», concretament a l'apartat que tracta sobre les eines d'avaluació per a la depressió. Una altra de les eines per a avaluar la depressió, també descrita al mòdul esmentat, és l'**Inventari de depressió de Beck-II** de Beck, Steer i Brown, adaptat per Sanz, Perdigón i Vázquez (2011).

Un altre dels instruments emprats, aquest amb la finalitat d'estimar les possibles respostes d'ira, és l'**Inventari d'expressió d'ira estat-tret STAXI-2** que, en la seva versió espanyola, ha mostrat bones propietats psicomètriques (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel i Spielberger, 2001). En concret, a través dels 49 ítems que el conformen, inclou tres escales: ira estat, ira tret i expressió i control de la ira. Les opcions de resposta es presenten en una escala Likert entre "gairebé mai" i "gairebé sempre" que permeten obtenir un índex de cada escala, així com un índex general del test.

A més dels anteriors, hi ha instruments que avaluen l'experiència emocional en general, com el **Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)** (Watson, Clark i Tellehen, 1988). Aquest instrument té 20 ítems i la persona avaluada ha d'indicar en quina mesura experimenta cadascuna de les emocions que se li proposen. Com a resultat, l'instrument ofereix una puntuació en afectivitat positiva i una altra en afectivitat negativa.

1.2.6. Estils de vida

En l'actualitat, sembla demostrada la importància que tenen els hàbits i les conductes diàries en l'estat de salut de les persones i en el seu benestar (Salmerón, Giménez i Nieto, 2016). De manera global, sembla que hi ha alguns riscos comuns en l'aparició de diferents malalties o en l'empitjorament dels processos de malaltia ja establerts, com són el consum d'alcohol i tabac, el sedentarisme o una alimentació inadequada (García del Castillo, López-Sánchez, Segura i García del Castillo-López, 2012). Alhora, aquests hàbits també

han mostrat la seva importància en el manteniment de l'ajustament psicològic i el benestar emocional, components que, en moltes ocasions, es veuen perjudicats com a conseqüència de l'aparició d'una malaltia.

En l'anàlisi dels estils de vida, més enllà de les conductes que evidencien la pròpia execució d'un hàbit, caldria explorar totes les variables que han mostrat la seva relació amb la realització de les pròpies conductes de salut segons diferents models teòrics (Salmerón *et al.*, 2016).

En l'àmbit de l'avaluació, seria interessant tenir en compte almenys dues propostes: el **model de creences de salut** formulat per Rosenstock i Becker (1974) (Moreno i Gil, 2003) i el **model transteòric del canvi** (Prochaska i DiClemente, 1983). Amb el primer es pot visibilitzar la importància d'avaluar les creences i expectatives sobre la conducta en si mateixa i sobre la pròpia malaltia. D'aquesta manera, es proposa la valoració dels beneficis i inconvenients que comportaria dur a terme la conducta saludable, així com la percepció de risc i gravetat que suposaria la malaltia. El segon mostra que l'adquisició i el manteniment dels estils de vida suposa un procés i que resulta necessari conèixer en quina fase està la persona per a poder treballar-hi, amb una variabilitat que va de persones que ni tan sols perceben l'existència d'un risc a les que, sent-ne conscients, no són constants en el canvi d'hàbits. D'aquesta forma, en línia amb Gutiérrez i Villafaña (2003), seria necessari abordar tant la topografia dels estils de vida com les creences i actituds que la persona té cap als esmentats estils, incloent la motivació per al canvi i els facilitadors i obstacles que, a nivell intern i extern, podrien modular el procés.

Entre els instruments d'avaluació, un dels més emprats és el **Health Promoting Lifestyle Profile II** (Walker i Hill-Polerecky, 1996) adaptat al castellà per Hulme *et al.* (2003). L'instrument avalua sis àrees dels estils de vida a través de 52 preguntes amb escala Likert, en les quals les persones contesten amb quina freqüència realitzen determinades conductes, entre 1 (mai) i 4 (habitualment). En concret, les dimensions que explora són:

- Nutrició
- Exercici
- Responsabilitat de salut
- Maneig de l'estrès
- Relacions interpersonals
- Autorrealització

La puntuació total és d'entre 52 i 208, calculant la mitjana de respostes per a tots els ítems i cadascuna de les escales (entre 8 i 9 preguntes). A més puntuació, major cura de salut es reporta.

Un altre dels instruments creat per a valorar els estils de vida en les persones és el **FANTASTIC** (Wilson i Cliliska, 1984), també validat per a població castellanoparlant (Ramírez-Velez i Agredo, 2012). En concret, l'instrument té 25 ítems, amb una escala de resposta entre 0 i 2, mitjançant els quals s'avaluen nou categories relacionades amb l'estil de vida:

- Activitat física
- Nutrició
- Consum de tabac
- Consum d'alcohol
- Consum d'altres substàncies
- Hàbits de somni i conducció
- Introspecció
- Variables psicològiques
- Valoració de l'àmbit familiar i laboral

Les puntuacions oscil·len entre 0 i 50, i s'estableixen punts de tall que distribuirien la població entre una situació de perill (puntuació menor de 19), una puntuació regular (entre 20-29), una de mitjana (entre 30-34 punts), una de bona (entre 35-41 punts) i una d'excel·lent (entre 42-50 punts).

1.3. Claus d'avaluació en psicologia de la salut

Més enllà de les premisses bàsiques de qualsevol avaluació psicològica, ja explicades en els primers mòduls de l'assignatura, l'avaluació en psicologia de la salut presenta alguns factors afegits que caldria valorar.

Per exemple, sovint trobem persones que han passat per un procés d'avaluació llarg en contacte amb diferents professionals i que s'han pogut sentir invisibilitzats o culpabilitzats (Rodríguez i Zurriaga, 1997). En aquest sentit, el professional de la psicologia hauria de fer un esforç més gran per crear un marc de relació càlid que faciliti que la persona se senti escoltada i amb prou confiança com per a expressar allò que sent, sense por de ser rebutjada. A més, cal motivar la persona perquè faci una anàlisi personal i subjectiva de la seva pròpia experiència de malaltia, més enllà dels informes mèdics o de les recomanacions del seu entorn. Aquest aspecte que podria semblar obvi, es complica si considerem en quina mesura el procés de malaltia pot facilitar el minvament d'autonomia i la introspecció de les persones, donada la sobreprotecció d'alguns entorns, així com el relegament a un segon pla de l'experiència subjectiva del pacient com a sistema vàlid d'informació. Cal recordar que, en el procés d'avaluació biomèdic, l'objectiu principal d'atenció passa per aquells canvis bioquímics o estructurals que podrien donar resposta a la dolència orgànica, i no tant per la percepció de dolor o malestar de la pròpia persona. De fet, els paràmetres bioquímics desautoritzen, en més d'una ocasió, la queixa de la pròpia persona, com si no es tractés, en cap cas, d'una dolència real (Orellana, 2007).

Un altre element que caldria tenir en compte seria el de la desitjabilitat i la norma social. L'experiència de malaltia se socialitza en un entorn que marca la diferència entre allò considerat normal i allò considerat patològic i, més encara, legitima el dret de les persones a sentir o no malestar (Calvo, 1992). Aquest fenomen, en alguns casos, pot afavorir que les persones neguin les repercussions de la malaltia que puguin sentir, per no percebre el seu dret o per necessitat d'assimilar-se al seu grup. Això és encara més acusat en aquelles dolències que podrien vincular-se a l'estigma i al rebuig social com seria la infecció per VIH-SIDA (Rivera-Díaz, Vares-Díaz, Reyes-Estrada, Suro i Coriano, 2012).

Al mateix temps, dins del context d'intervenció en psicologia de la salut, caldria tenir en compte les característiques de les malalties i dels tractaments que, en alguns casos, causaran deteriorament cognitiu o simptomatologia pròpia d'alguns quadres clínics (Salamero, Peri i Gutiérrez, 2003). Això pot ocórrer, per exemple, amb aquells fàrmacs que poden produir somnolència, cansament o manca de l'apetit i que es podrien confondre amb la simptomatologia pròpia d'un quadre depressiu. En aquest sentit, caldria prestar especial atenció al nivell de complexitat de les escales que volem administrar per a veure si realment la persona està en condicions d'emplenar-les. Lògicament, aquests efectes secundaris també haurien de considerar-se per a adequar els temps i els espais, atès que la pèrdua d'autonomia o la pròpia fatiga dificulten l'atenció sostinguda. Aquesta fatiga podria incrementar-se en processos de deterioració crònica o en fases finals en els quals caldria matisar la rellevància d'habilitats com l'escolta activa i l'empatia i prestar especial atenció a la latència de resposta o al maneig dels silencis (Arranz i Cancio, 2003). Així doncs, en les fases finals es torna més evident la importància de tenir en compte el ritme de la pròpia persona a l'hora de valorar tant la simptomatologia com les variables concomitants.

El procés d'avaluació en psicologia de la salut passa per considerar les prioritats de les persones amb les quals treballem i, en aquest sentit, per l'esforç del professional de verificar si realment la persona sent que les seves preguntes són pertinents i importants per a millorar la situació. En aquest marc, serà necessari optimitzar el criteri d'utilitat que justifiqui cadascun dels instruments administrats, sense saturar les persones per errors en la planificació o per una mala selecció de les eines d'avaluació. D'igual manera, serà imprescindible fer un esforç per optimitzar l'atenció i la comprensió de la persona, així com per crear un clima de confiança apropiat que permeti normalitzar l'experiència de malaltia.

2. Avaluació psicològica en oncologia

2.1. Introducció

El terme *càncer* engloba un grup ampli de malalties que poden afectar qualsevol part de l'organisme. En línies generals, aquesta malaltia es deu al creixement anormal i desordenat de les cèl·lules del cos, que reben missatges erronis en veure's alterada la clau cromosòmica genètica. D'aquesta manera, la cèl·lula cancerosa perd el control del seu propi desenvolupament dividint-se en més cèl·lules a més velocitat que la resta de teixits, sense dur a terme les funcions per a les que ha estat creada. En aquest sentit, una característica del càncer seria la multiplicació ràpida de cèl·lules anormals que s'estenen més enllà dels seus límits habituals i poden envair parts adjacents del cos o propagar-se a altres òrgans, procés conegut com a metàstasi (OMS, 2008).

Una possible classificació, en un intent de ser sintètics, podria ser la que agrupa diferents tipus de càncer en funció del teixit que els va originar (CIE-O, 2003). En aquest sentit farem referència a:

- **Carcinomes.** Es tracta de càncers que s'originen a partir de cèl·lules epitelials, que són les cèl·lules que entapissen la superfície dels òrgans, glàndules o estructures corporals. Representen més del 80% de la totalitat dels càncers, incloses les varietats més comunes de càncer de pulmó, de mama, de còlon, de pròstata, de pàncrees i d'estómac, entre altres.
- **Sarcomes.** Es tracta de càncers que es formen a partir de l'anomenat teixit connectiu o conjuntiu, del que deriven els músculs, els ossos, els cartílags o el teixit adipós. Els més freqüents són els sarcomes ossis.
- **Leucèmies.** Son càncers que s'originen en la medul·la òssia, que és el teixit encarregat de mantenir la producció de glòbuls vermells i blancs i de plaquetes. Les alteracions en estes cèl·lules poden produir, respectivament, anèmia, infeccions i alteracions de la coagulació (sagnat o trombosi).
- **Limfomes.** Es desenvolupen a partir del teixit limfàtic, com el que hi ha als ganglis i als òrgans limfàtics.

Malgrat els grans avenços científics, el càncer segueix sent motiu de preocupació. Les últimes dades proporcionades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2016), mantenen els tumors com la segona causa de mort a Espanya, situats darrere de les malalties del sistema circulatori. Concretament, l'any 2016 van morir 112.939 pacients, un 27,5% del total. Tanmateix, les morts degudes a les malalties del sistema circulatori van baixar un 3,6%, mentre que les de-

Enllaç recomanat

Recomanem visitar la web de la SEOM, on trobareu informació més detallada: <https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla#MySRraiKGJzwbYIT.99>.

gudes als tumors van augmentar un 1,4%. Atenent les diferents localitzacions tumorals, el càncer de pulmó és el més comú, tant en nombre de casos com en decessos. En segon lloc hi hauria els casos de càncer de mama, tot i que ocupa el quart lloc com a causa de mort. Tot això, juntament amb l'estimació de l'augment de nous casos en un 70% en les pròximes dècades –es preveu que s'arribarà als 24 milions de casos (aprox.) l'any 2035 (SEOM, 2018)–, reflecteix la magnitud d'aquest problema de salut, que tindrà costos no tan sols físics, sinó també psicològics.

Un altra dada a considerar i que influeix en l'impacte que tenen els nous diagnòstics és l'estadi en el qual es troba la malaltia quan es detecta, així com el significat que té el tipus de càncer concret per a la persona, de manera que cal adaptar l'avaluació a tots aquests factors.

Afrontar una malaltia com el càncer exigeix necessàriament un procés d'adaptació al llarg del qual poden aparèixer símptomes psicològics que aniran variant en funció de l'etapa de la malaltia. Entre els símptomes més freqüents trobaríem la por, la incredulitat, la incertesa, l'ansietat, la depressió, la disminució o absència de percepció de control, l'amenaça de l'autoconcepte de feminitat (en el cas del càncer de mama), etc. No obstant, aquesta simptomatologia psicològica no implica necessàriament psicopatologia, sinó que poden ser símptomes totalment lògics i adaptatius ateses les peculiaritats de la malaltia.

Sens dubte, el diagnòstic del càncer i el seu tractament tindran repercussions importants que caldrà considerar si pretenem millorar la qualitat de vida dels pacients.

2.2. Cas clínic

La Clàudia és una pacient de 52 anys, està casada i té dues filles de 20 i 17 anys. Fa d'auxiliar administrativa als jutjats de la mateixa ciutat on viu. La pacient es considera una persona activa, ja que col·labora com a voluntària en una associació avaluant persones amb risc d'exclusió social, a la qual assisteix amb una amiga. Tanmateix, quan se li pregunta per les activitats físiques que fa, diu que no practica cap esport, perquè veu el seu excés de pes com una barrera important per a fer-ho. Així mateix, quan continuem explorant els seus hàbits de vida, la pacient ens diu que és fumadora des dels 20 anys aproximadament. Té una xarxa de suport familiar i social important, si bé fa dotze anys va perdre la seva mare, a qui considerava un pilar important en la seva vida, dos anys després que se li hagués diagnosticat un càncer de mama.

Actualment es troba de baixa laboral deguda al diagnòstic recent de càncer de mama.

Després del diagnòstic, l'oncòleg li ha recomanat el servei d'assistència psicològica atesa l'agressivitat de la seva lesió, que fa necessària una cirurgia radical i tractament adjuvant de quimioteràpia i de radioteràpia. D'entrada, la pacient no s'ha mostrat disposada a anar al psicòleg; argumenta que no li cal.

Unes setmanes més tard, després d'haver estat intervinguda quirúrgicament (sense reconstrucció mamària) i estant en tractament actiu de quimioteràpia, la pacient comença a experimentar un gran malestar emocional, sobretot en forma d'ansietat i nerviosisme, que interfereix de manera notable en el seu benestar, motiu pel qual decideix sol·licitar ajuda psicològica.

La pacient relata que se sent tensa, nerviosa i irritable pràcticament tot el dia. Descriu una forta sensació de por al voltant del curs de la malaltia, però també el rebuig sexual per part de la seva parella. Se sent molt menys dona i té pensaments recurrents d'inutilitat i poca valia. La Clàudia, des de la intervenció quirúrgica, no s'ha pogut mirar nua al mirall, ni tampoc ha deixat que ningú més la vegi. També explica que no té ganes de sortir amb ningú, ni tan sols amb la seva millor amiga. El malestar que experimenta es tradueix també en episodis de plor incontrolat, insomni i dificultats de comunicació amb la seva parella i les seves filles, així com forts mals de cap.

La Clàudia diu que se sent desbordada per la situació i necessita poder recuperar "el control" i "les ganes de viure".

2.3. Factors relacionats amb el càncer

En l'alarmant xifra d'incidència de nous casos de càncer estan influïnt, sens dubte, la major esperança de vida i els programes de detecció precoç, que comporten més diagnòstics. La detecció precoç afavoreix el diagnòstic en estadis primerencs de la malaltia, la qual cosa, sumada a les millores en els tractaments actuals, ha contribuït a una major supervivència dels pacients, que se situa en un 53% dels casos després de cinc anys (SEOM, 2018). A més, se sap que molts dels diagnòstics (entre un 30% i un 40%) es podrien evitar amb hàbits de vida saludables (Ferlay *et al.*, 2010; Jemal *et al.*, 2011; SEOM, 2018) com l'abandó del tabac i l'alcohol i la prevenció de l'obesitat.

En aquest punt, com a professionals de la salut podríem preguntar-nos quins factors poden afavorir l'aparició del càncer, i en particular el càncer de la pacient que tenim davant, i si podríem considerar alguns factors com a protectors. A continuació ens centrarem en els factors que s'han vist més relacionats amb el càncer i els explicarem per separat, encara que el resultat final seria el producte de la interacció entre ells.

És important recordar que els factors de risc no causen necessàriament una malaltia, sinó que es relacionen amb la probabilitat que una persona la desenvolupi.

Tenint en compte la naturalesa de l'assignatura, els factors relatius a estils de vida i conducta seran centrals, no solament pel gran paper que poden tenir en l'etiologia i desenvolupament del càncer, sinó també en el seu pronòstic i en el curs dels diferents tractaments. A més, els factors genètics i biològics són considerats d'especial rellevància en el càncer de mama.

2.3.1. Tabac

La relació tabac-càncer ha estat àmpliament investigada. S'ha constatat que el consum de tabac està estretament lligat sobretot a un tipus de càncer, el de pulmó. De fet, es considera que és la causa més important de càncer de pulmó (un 80-90% en homes i entre el 55 i el 80% en dones). Però, a més, cada vegada més estudis el relacionen amb altres tipus de càncer, entre ells, el càncer de mama (García-Segovia, Sánchez-Villegas, Doreste i Serra-Majem, 2004; Gaudet *et al.*, 2013) com el que presenta la Clàudia. En aquest sentit, les persones que fumen i les que conviuen amb fumadors presenten un risc elevat de patir càncer. A més, el risc està relacionat amb la dosi diària, l'edat a la qual es va començar a fumar, el nombre d'anys que la persona ha fumat i la seva exposició al fum del tabac en l'ambient (García-Segovia *et al.*, 2004), informació que seria necessari acabar de confirmar amb la Clàudia.

2.3.2. Alcohol

Hi ha hagut diverses recerques que han mostrat la relació entre el consum d'alcohol i l'augment en el risc de patir càncer. Inicialment, els estudis se centaven sobretot en els tipus de càncer més vinculats amb la cavitat bucal i l'aparell digestiu. No obstant això, igual que ha ocorregut amb el tabac, cada vegada hi ha major evidència de la influència de l'alcohol en l'aparició d'altres tipus de càncer i, de manera particular, nombroses recerques han relacionat el consum de begudes alcohòliques amb el càncer de mama (Castro, 2015; García-Segovia *et al.*, 2004; Schütze *et al.*, 2011).

En el nostre cas clínic no tenim dades sobre la ingesta d'alcohol i seria necessari indagar sobre aquest tema. Cal anar en compte perquè moltes vegades els pacients no n'informen per l'acceptació social que té el fet de prendre alguna copa.

2.3.3. Dieta

Un altre aspecte vinculat a l'increment del risc de patir càncer són els mals hàbits alimentaris. Una alimentació rica en greixos i proteïnes i escassa en fibra pot determinar, en certa mesura, l'aparició de determinats tipus de càncer com el de còlon, el de l'aparell digestiu superior, el de pulmó i el de mama. En aquesta línia van els resultats d'un estudi realitzat amb gairebé quaranta mil dones que mostren la relació entre una mala alimentació en l'adolescència i en l'adulthood primerenca, sobretot referida a consum de greixos, i un risc elevat de patir càncer de mama (Llis, Willett, Cho i Frazier, 2010). Així mateix, en parlar de dieta inadequada, és necessari tenir també en consideració l'abús en la ingesta de substàncies químiques afegides als aliments, com els conservants.

De la mateixa manera que s'ha confirmat que certes pràctiques alimentàries poden estar relacionades amb l'aparició del càncer, cada vegada hi ha més estudis que intenten mostrar com determinats hàbits alimentaris saludables podrien considerar-se factors protectors. Cap aliment o dieta pot prevenir l'aparició del càncer, però alguns aliments poden fer que el cos estigui el més sa possible, enfortir el sistema immunitari i ajudar a mantenir el risc de tenir càncer el més baix possible. És el cas de les fruites i les verdures (Key, Allen, Spencer i Travis, 2002; Riboli i Norat, 2003).

2.3.4. Sobrepès

El sobrepès o l'obesitat poden considerar-se com un dels factors amb major evidència d'augment el risc de càncer (Pérez-Rodrigo, 2002). Aquesta associació s'ha comprovat de manera particular amb el càncer d'esòfag, còlon, recte, mama en la dona postmenopàusica, endometri i ronyó. Els estudis mostren que el risc augmenta de manera lineal amb l'adipositat.

Tenint en compte que l'obesitat és el resultat del desequilibri entre una ingesta energètica excessiva i un baix nivell d'activitat física, aquests dos factors seran els principals elements a tenir en compte en les estratègies encaminades a la seva prevenció (International Agency for Research on Cancer, 2002; Thune i Furberg, 2001).

2.3.5. Activitat física

En línies generals, diferents estudis han mostrat relació entre absència d'activitat física o sedentarisme i càncer, per exemple en els casos del càncer de còlon o de mama (Biswas *et al.*, 2015; Schmid i Leitzmann, 2014). En el cas de la Clàudia, observem que conflueixen tant l'absència d'activitat física com el sobrepès que hem comentat a l'apartat anterior.

Quan s'estudia la relació entre activitat física i càncer, nombrosos estudis mostren l'exercici físic com a factor protector, i de manera particular en el cas del càncer de mama (American Institute for Cancer Research, 2007; Colditz

et al., 2006; Dumitrescu i Cotarla, 2005). En aquest sentit, se sap que, durant l'adolescència, l'activitat física contribueix a reduir el risc d'aquest tipus de càncer, ja que retarda la menarquia i modifica el nivell d'hormones biodisponibles. D'altra banda, en dones adultes, l'activitat física actuaria disminuint el nombre de cicles ovulatoris i els nivells d'estrògens i prevenint l'obesitat.

2.3.6. Factors genètics i biològics

De tots els factors de risc avaluats en els diferents estudis epidemiològics, la història familiar de càncer de mama és, sense cap dubte, un dels factors de risc més important. És fonamental conèixer el nombre de familiars afectats, el nivell de consanguinitat, la bilateralitat o no de la malaltia, l'estat hormonal i l'edat de diagnòstic, ja que com més jove sigui, més probabilitat hi ha de trobar un component genètic. Per això és important realitzar una història familiar correcta. El màxim risc es presenta en dones amb un familiar de primer grau afectat de càncer de mama, sobretot si és premenopàusica i amb malaltia bilateral, on el risc relatiu és fins a nou vegades major (Gómez i Rodríguez, 2004).

No obstant això, vuit de cada nou dones diagnosticades de càncer de mama no tenen antecedents familiars, de manera que els factors hereditaris decisius només representen entre un 5% i un 10% del total de casos diagnosticats, però arriba a un 30% en les dones diagnosticades abans dels 30 anys (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2001; McPherson, Steel i Dixon, 2000; Newman *et al.*, 1998).

En el cas de la Clàudia, podrien estar influïnt factors hereditaris sobre els quals caldria aprofundir.

Dins dels factors biològics, un altre grup que seria especialment rellevants en el càncer de mama, són els factors hormonals i reproductius. En aquest sentit, la relació entre els estrògens i el càncer de mama sembla evident. Els estudis epidemiològics suggereixen que, a major temps d'exposició als estrògens, major risc de càncer de mama (Bolton i Thatcher, 2008; Santen *et al.*, 2009; Yaeger, 2000; Yue *et al.*, 2003), la qual cosa estaria relacionada amb l'edat de menarquia i menopausa, embaràs, lactància, ús d'anticonceptius hormonals, així com ús de teràpia hormonal substitutiva. Seria interessant disposar d'aquesta informació per al cas de la Clàudia.

És important tenir en compte que, de la mateixa manera que no hi ha un únic factor que directament causi la malaltia, el fet de tenir controlats tots els factors de risc tampoc seria garantia absoluta de no arribar a patir càncer.

2.4. Avaluació

Les premisses generals sobre el procés d'avaluació mostrades a l'inici del mòdul servirien també per a l'avaluació dels pacients oncològics, però no serien suficients. En l'avaluació del pacient oncològic poden intervenir moltes altres variables que dificulten o fan més complex el procés ateses les particularitats d'aquests pacients. Per exemple, certs tipus de càncer o la delicada situació del pacient en un moment donat podrien dificultar la comunicació, per la qual cosa caldria recórrer a instruments breus i senzills que permeten obtenir la màxima informació amb poc esforç per part dels pacients.

En aquest sentit, a més de les dades que es consideren rellevants per a la història psicològica de tot pacient, com les dades sociodemogràfiques, els antecedents psicopatològics, etc., en el cas dels pacients oncològics seria especialment rellevant recollir informació sobre les àrees que mostrarem a continuació.

2.4.1. Variables mèdiques

En aquest apartat inclouríem informació sobre la fase diagnòstica, la fase del tractament (inici de tractament, final de tractament, seguiment, tractament actiu, recaiguda, fase terminal), tipus de tractament mèdic (quimioteràpia, radioteràpia, cirurgia conservadora, cirurgia radical, hormonoteràpia, sense tractament, etc.), així com sobre altres condicions mèdiques que puguin ser importants.

En el cas de la Clàudia, sabem que la lesió és bastant agressiva, però no s'ha facilitat informació sobre l'estadi de la malaltia. Sabem que en aquests moments està en tractament actiu de quimioteràpia després de cirurgia radical.

2.4.2. Informació mèdica de la que disposa la persona

A l'hora d'intervenir amb pacients oncològics, una dada rellevant és el grau d'informació, comprensió i satisfacció que tenen sobre el diagnòstic, els tractaments i el pronòstic.

En aquest context és molt important valorar la presència de l'anomenada "conspiració del silenci", entesa com l'acord implícit o explícit per part de familiars, amistats i/o professionals d'alterar la informació que es dona al pacient amb l'objectiu d'ocultar-li el diagnòstic, el pronòstic i/o la gravetat de la situació (Barber, 2006).

Aquest bloc d'informació ens permetrà conèixer en quina mesura la informació mèdica que té el pacient s'ajusta a la realitat i valorar si cal adaptar-la en algun sentit. Si bé els psicòlegs no som els professionals responsables de pro-

porcionar la informació mèdica, sí que podem estar atents als dèficits o desviacions que hi pugui haver i traslladar-los al metge responsable del pacient perquè els pugui atendre.

La informació s'adaptarà sempre a les necessitats del pacient. Des del respecte total, se li facilitarà aquella informació que estiga en disposició de comprendre i assimilar (concepte de *veritat suportable*). A més, és important tenir en compte en quina fase del procés adaptatiu es troba el pacient, entenent i respectant, per exemple, possibles reaccions de negació als moments posteriors al diagnòstic.

2.4.3. Afectació emocional: ansietat i depressió

A més de les dades que acabem de comentar, i amb la finalitat d'ajustar la intervenció psicològica a les necessitats de la pacient, es durà a terme una avaluació adequada sobre l'afectació emocional que presenta.

Entre els instruments més utilitzats per avaluar l'ansietat i la depressió destaca, per la seva fàcil aplicació, l'**Escala hospitalària d'ansietat i depressió (HADS)** de Zigmond i Snaith (1983), així com l'**Inventari de depressió de Beck-II (BDI-II)**; Beck, Steer i Brown, adaptat per Sanz, Perdigó i Vázquez, 2011), tots dos ja descrits a l'apartat dedicat a l'avaluació d'aspectes emocionals en la primera part del mòdul.

A més d'aquests dos instruments, també pot utilitzar-se l'**Escala de desesperança de Beck** (Beck *et al.*, 1974; versió espanyola d'Aguilar *et al.*, 1995), que avalua actituds sobre el futur i pessimisme sobre el present. Aquesta escala és fàcil d'aplicar i és molt indicada per avaluar l'estat emocional en malalts de càncer.

2.4.4. Estratègies d'afrontament davant del càncer

L'**Escala d'ajust mental al càncer (Mini-MAC)** de Watson *et al.* (1994) s'ha utilitzat per mesurar l'afrontament cognitiu dels pacients que pateixen càncer. Es tracta d'una versió reduïda que és la que s'utilitza amb més freqüència per valorar l'afrontament en aquest context. Aquesta escala està dissenyada per proporcionar una mesura ràpida dels estils d'afrontament:

- **Desesperança-indefensió:** sentiments de renúncia, actitud pessimista i pensaments centrats en el diagnòstic.
- **Preocupació ansiosa:** caracteritzada per un temor constant davant el càncer i sentiments de devastació, ansietat, por i aprensíó.
- **Esperit de lluita:** es caracteritza per la determinació de lluitar davant la malaltia i l'adopció d'un actitud optimista.

- **Evitació cognitiva:** el pacient es distreu i nega o evita pensar en la malaltia.
- **Fatalisme:** el pacient es posa en mans de Déu o de la destinació mentre viu dia a dia.

Aquest qüestionari permet determinar ràpidament possibles respostes desadaptades davant el diagnòstic de càncer. En el cas de la Clàudia, alguns dels símptomes que presenta ens apropiarien a l'estil de preocupació ansiosa. No obstant això, seria important indagar una mica més sobre el seu afrontament de la malaltia per poder oferir el suport psicològic pertinent.

El **Qüestionari breu d'estratègies d'afrontament** (Carver, 1997), que ja hem descrit en la part inicial del mòdul com un dels instruments més utilitzats per valorar estratègies d'afrontament en situacions de malaltia, també podria utilitzar-se en aquest context, si bé, en general, és menys utilitzat que el Mini-MAC.

2.4.5. Eficàcia percebuda

Una altra variable important a avaluar és l'autoeficàcia percebuda per part del pacient davant el repte que suposa aquesta malaltia. Una de les escales més conegudes per a mesurar-la és l'**Escala d'autoeficàcia** de Telch i Telch (1986). Així mateix, en els pacients amb càncer també resulta interessant avaluar la competència personal. Per a això, una escala útil seria l'**Escala de competència personal** creada per Wallston (1992) i adaptada per Fernández *et al.* (1998), que mesura el grau de competència per resoldre o superar determinades qüestions del dia a dia. Tot això estaria relacionat amb el *locus* de control. Una alta competència o autoeficàcia percebuda o un alta capacitat de control precedeixen un afrontament adequat o positiu, ja que un dels aspectes que més interfereix en la vida del pacient, una vegada diagnosticat el càncer, és la sensació d'incertesa i descontrol en les seves vides.

Valorar aquesta variable és especialment rellevant en el cas de la Clàudia, ja que la pròpia pacient verbalitza que té la necessitat de recuperar el control sobre el que està vivint.

2.4.6. Qualitat de vida

Els qüestionaris per avaluar la qualitat de vida en pacients oncològics tenen en compte les repercussions de la malaltia i del tractament. Reflecteixen la valoració i la satisfacció dels pacients amb el seu nivell de funcionament real en comparació amb el que perceben com a possible o amb com es trobarien si estiguessin lliures de malaltia. L'avaluació de la qualitat de vida és necessària per valorar l'eficàcia dels tractaments i per dur a terme la presa de decisions

sobre les recomanacions terapèutiques més idònies per a cada pacient, ja que el criteri de valoració d'una teràpia oncològica no és només l'augment de la longevitat, sinó també la qualitat de vida (Cruzado, 2015).

Els instruments més utilitzats per avaluar la qualitat de vida en aquest context són el **Functional Assessment of Cancer Therapy** (FACT, Cella *et al.*, 1993) i el de l'**European Organization for Research and Treatment of Cancer** (EORTC, 1988). El FACT té cinc àrees d'avaluació:

- Estat físic general de salut
- Ambient familiar i social
- Relació amb el metge
- Estat emocional
- Capacitat de funcionament personal

Els seus autors van afegir després un mòdul específic per a diferents localitzacions, com la mama o el pulmó, amb ítems relacionats amb aquests tipus de càncer i amb les conseqüències concretes del seu tractament. Així, per exemple, en el cas del càncer de mama s'afegeixen ítems sobre l'autoimatge, una variable de gran rellevància en aquest tipus de càncer que cal avaluar.

El qüestionari de l'EORTC es compon d'un qüestionari general per a tots els tipus de càncer que és l'**Escala QLQ-C30** (1993), versió espanyola d'Arraras *et al.* (1993), que avalua cinc àrees funcionals amb les subescales següents:

- Cinc subescales funcionals:
 - Funcionament físic
 - Funcionament emocional
 - Funcionament social
 - Funcionament cognitiu
 - Rol
- Tres subescales simptomàtiques:
 - Astènia
 - Dolor
 - Nàusees/vòmits
- Una sèrie d'ítems relacionats amb els símptomes de la malaltia i el seu tractament:
 - Dispnea
 - Pèrdua de la gana
 - Insomni
 - Restrenyiment
 - Diarrea
 - Impacte econòmic

- Una subescala de qualitat de vida global

A més, l'EORTC també ha desenvolupat mòduls específics per a cada tipus de càncer. Per exemple, el mòdul de càncer de mama amb el qual podríem avaluar la Clàudia tindria dues parts:

- Àrea de nivell de funcionament: escales d'imatge corporal i funcionament sexual, i ítems individuals de gaudi del sexe –d'especial importància en el cas de la Clàudia.
- Síntomes: escales de símptomes del braç, pit, efectes de la quimioteràpia i hormonoteràpia, i un ítem de preocupació per la pèrdua del cabell.

Aquest instrument ens proporcionaria informació molt valuosa per al cas de la Clàudia donada la simptomatologia relacionada amb la imatge corporal que ella mateixa refereix (no ha pogut mirar-se al mirall despullada ni tampoc ha deixat que ningú més la vegi) i amb la por al rebuig de la seva parella.

Finalment, en l'avaluació psicològica dels pacients oncològics –i en particular en el cas de la Clàudia–, a més d'identificar les reaccions emocionals, els estils d'afrontament, qualitat de vida i *locus* de control, és important considerar també l'estadi de la malaltia, la fase del procés adaptatiu, així com els recursos interpersonals o estructures de suport social (Romero, 2009), dades totes elles que podríem recollir en una entrevista amb el pacient. Igualment, si estiguérem tractant el cas d'un pacient en estadi avançat de malaltia o de final de vida, seria rellevant avaluar-ne també les necessitats espirituals.

2.5. Intervenció

Tot i ser conscients que l'eix central de l'assignatura no és la intervenció psicològica, creiem convenient mostrar-ne breument algunes directrius que ens permetran entendre quins son els principals objectius de la intervenció psico-oncològica i com arribar a complir-los. En aquest sentit, destacariem com a objectius generals:

- Minimitzar el malestar emocional dels pacients, facilitant un afrontament adaptatiu a la malaltia al llarg de tot el procés per optimitzar la seva qualitat de vida.
- Aconseguir una bona adherència al tractament oncològic prescrit, implicat al pacient en la presa de decisions sobre el tractament a seguir.

Per poder arribar a aquests objectius psicoterapèutics ens pot ser útil considerar la teràpia psicològica adjuvant (TPA) que proposen Moorey i Greer (1989), ja que es tracta d'una de les poques teràpies psicològiques per a malalts de

Enllaç recomanat

Els qüestionaris de l'EORTC es poden obtenir en diferents idiomes a: <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>.

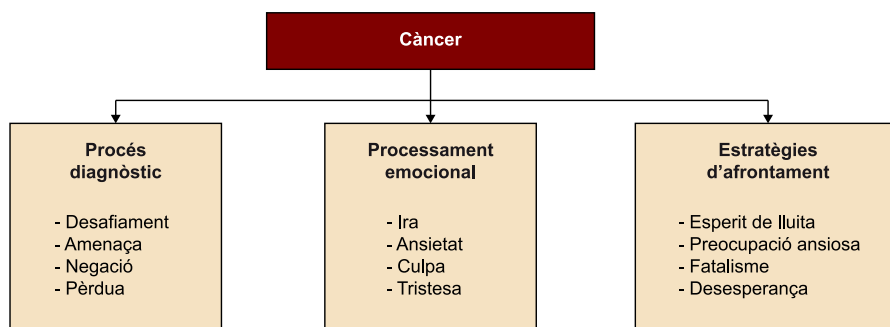
Enllaç recomanat

Per a més informació sobre l'avaluació de les necessitats espirituals podeu consultar: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/health-professional//page1/allpages>.

càncer que té unes arrels sòlides en la psicologia experimental, concretament en la teoria de Lazarus i Folkman sobre les estratègies d'afrontament i en la teràpia cognitiva de Beck (Cruzado i Olivares, 2000; Romero, Ibáñez i Monsalve, 2000).

Moorey i Greer proposen el denominat *esquema de supervivència*, segons el qual, la interpretació que la persona faci del seu diagnòstic la portarà a reaccionar emocionalment d'una manera determinada. Al seu torn, aquesta reacció emocional activarà una estratègia d'afrontament (vegeu figura 1). Així, en funció de com la Clàudia percebi la seva malaltia, ens trobaríem amb diferents estils d'afrontament. Si ho considera un desafiament, lluitarà per superar-la; l'amenaça també comporta incertesa respecte a la capacitat de control personal sobre la malaltia i sobre les possibilitats de futur, la qual cosa sol portar associada una preocupació ansiosa; la negació pot portar a l'evitació activa enfront de la malaltia; i la sensació de pèrdua de l'estat de benestar i/o d'alguna cosa que mai es va a recuperar, porta al fatalisme o a la desesperança. Sens dubte, l'esquema de supervivència desitjable seria aquell en el qual es percebi la malaltia com a desafiament, ja que la portaria a utilitzar l'esperit de lluita com a estil d'afrontament i l'ajudaria a expressar adequadament les seves emocions negatives.

Figura 1. Esquema de supervivència



Font: Romero *et al.* (2000).

Tenint en compte que els objectius variaran al llarg del procés, és aconsellable considerar la intervenció psicoterapèutica en tres fases, tal com descriuen Romero *et al.* (2000). A continuació, presentem de manera sintètica en què consistiria la intervenció psicològica amb la nostra pacient.

- **Fase inicial** (2-4 sessions). La primera sessió sol ser la més important, ja que s'hi estableixen les bases per a la resta de la teràpia. És fonamental establir un bon *rapport* i definir el problema. Al llarg d'aquestes sessions, una vegada se li hagi explicat la utilitat i beneficis que pot tenir en el seu cas particular, la Clàudia també es familiaritzarà amb la teràpia. Els principals objectius d'aquesta etapa serien:
 - Alleujament dels símptomes, sobretot de l'ansietat i la depressió, mitjançant tècniques conductuals.

Vegeu també

Reviseu l'apartat "Habilitats terapèutiques" del mòdul "L'avaluació en psicologia clínica i de la salut: aspectes pràctics".

- Maximitzar la qualitat de vida mitjançant el registre d'activitats diàries, trobant satisfacció en les activitats que du a terme o aprenent a fer-ne altres de més satisfactòries.
 - Ensenyar el model cognitiu, explicant la relació entre emoció, situació i pensament.
 - Encoratjar l'expressió oberta de sentiments.
- **Fase intermèdia.** Els principals objectius d'aquesta fase solen ser cognitius. Li ensenyarem l'ús del registre de pensaments i els principis bàsics per posar-los a prova. Es continuarà amb el procés de resolució de problemes. Així, de les urgències plantejades per la Clàudia en la primera fase, passarem a poc a poc i de manera gradual a posar el focus d'atenció en altres problemes, tal vegada menys urgents però no menys importants, com la comunicació amb la parella i les filles, l'aïllament social, etc. Aquesta fase podria considerar-se com la de socialització de la malaltia, en la qual la pacient aprèn no només a controlar els seus pensaments, sinó també a expressar les seves apetències, queixes i frustracions. Aquesta seria l'etapa central en la qual s'utilitzaran la major part de les tècniques terapèutiques.
 - **Fase final.** Se centra en la prevenció de la recaiguda i en la planificació del futur. Es tractarà també de consolidar l'aprenentatge de les tècniques perquè la pacient sigui capaç d'aplicar-les en altres situacions difícils de la vida. L'ajudarem a establir metes futures, a continuar amb la seva rutina de vida i a reforçar, a més, el canvi cap a estils de vida més saludables, com serien, per exemple, incloure alguna activitat física, deixar de fumar, etc. En aquesta etapa se sol observar també un canvi de valors i/o prioritats en els pacients després de l'experiència de malaltia.

No hi ha dubte que proporcionar una cura integral que atengui les diverses necessitats, no només les físiques, sinó també les emocionals i les socials, pot contribuir a facilitar la recuperació de la pacient. Així mateix, seria important atendre les necessitats que puguin presentar els familiars, ja que, d'una banda, són part implicada en aquest procés i, per l'altra, un afrontament adaptatiu de la família repercutirà en benefici de la pròpia pacient.

3. Avaluació psicològica en els problemes de dolor

3.1. Introducció

El dolor crònic és un problema de salut molt freqüent en la nostra societat. Alguns informes indiquen que una de cada quatre persones podríem patir un problema de dolor crònic al llarg de la nostra vida (Leadley *et al.*, 2012). Però, a més de ser freqüent, el dolor té un gran impacte en les persones que el pateixen perquè els dificulta el seu ajustament personal (per exemple, s'associa molt freqüentment amb problemes de l'estat d'ànim) i social (impossibilitat de treballar, per exemple).

Però, el dolor és sempre un problema? Podem dir que, en principi, no ho seria en els casos en què el dolor és agut i ens indica que succeeix alguna cosa que requereix la nostra atenció. En aquestes situacions té un valor adaptatiu per a la persona. Per exemple, quan ens fa mal un queixal, aquest dolor ens indica que alguna cosa no va bé i que hem d'anar al dentista. Igualment, a partir del dolor o de les expectatives de patir-lo podem aprendre a evitar certes situacions perilloses o nocives, com tocar un fogó calent.

En aquest material ens referirem (principalment i per qüestions d'espai) a l'avaluació del dolor que no té cap funció adaptativa i que perdura en el temps, que és el que més efectes perjudicials té per a les persones que el pateixen i per les que l'envolten. No obstant això, moltes coses que hauríem d'avaluar són aplicables també en les situacions de dolor agut. No hem d'oblidar que, encara que el dolor agut pugui ser en moltes ocasions adaptatiu, també n'hi ha d'altres en què no ho és. Pensem, per exemple, en els procediments mèdics dolorosos (injeccions, cura de lesions, etc.), en els quals el dolor té una durada determinada però cap sentit adaptatiu i, per tant, hem de treballar per proporcionar estratègies dirigides a reduir-lo.

Dolor agut enfront de dolor crònic

Perquè entenguem millor la diferència entre el dolor agut i el crònic, podem establir una metàfora amb el sistema de diagnosi d'un cotxe. La majoria de vehicles actuals tenen una llum que s'encén quan es detecta una errada electrònica que afecta al funcionament del motor o el sistema de canvi de marxes. Així, per exemple, quan fallen les bugies (responsables de la combustió del combustible del nostre cotxe), es pot encendre la llum que indica que "alguna cosa va malament". Fins a aquí, el sistema funcionaria com el dolor agut, amb una funció adaptativa que indica que alguna cosa no va com hauria d'anar. No obstant això, imaginem què succeiria si com som molt manetes, decidim canviar les bugies, i el vehicle funciona perfectament. No obstant això, la llum segueix encesa simplement perquè no disposem de la màquina que esborra les errades i que fa que la llum s'apagui. En aquest cas, la llum encesa no indicaria res. Al contrari, interferiria amb el funcionament adequat, ja que fa que no puguem estar segurs de si passa alguna cosa o simplement està encesa perquè no es va apagar després de l'última reparació. Això la faria molesta i interferiria en el funcionament òptim, tal com passa amb el dolor crònic.

És important que destaquem també la importància del model biopsicosocial. En la literatura científica hi ha consens en el fet que l'experiència del dolor es deu a la confluència de factors de diferents orígens (psicològics, socials i biològics). Per això, els tractaments d'elecció per als problemes de dolor sempre inclouen aquesta perspectiva.

Si, tal com mostra inequívocament la literatura, el dolor és una experiència multidimensional i ocasionada per factors de diferent naturalesa, per què ens obstinem a seguir utilitzant conceptes com a *dolor psicogen* o *somatització*? Quins problemes poden generar aquests conceptes? Recomanem als lectors pensar i compartir les seves reflexions amb els seus companys, prestant especial atenció a la nostra responsabilitat com a professionals.

Lectura recomanada

Recomanem la següent lectura als que estiguen interessats en aquest tema:

I. Beneitez i R. Nieto (2017). Do we understand pain from a biopsychosocial perspective? A review and discussion of the usefulness of some pain terms. *Pain management*, 7(1).

Finalment, farem referència a la definició de dolor de l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP) que podeu trobar a: <https://www.iasp-pain.org/>.

3.2. Cas clínic

La Maria, de 45 anys, pateix dolor a la zona lumbar molt freqüentment. Aquest problema va començar fa deu anys de manera molt esporàdica. Comenta que cada cert temps es quedava "clavada" però que se li passava i que el dolor trigava a tornar a aparèixer. No obstant això, fa un any que té dolor més freqüentment.

La Maria és la directora general de l'àrea de recursos humans en una important empresa del sector automobilístic. Reconeix que el nivell d'exigència tan alt (i més en els últims temps) del seu lloc de treball moltes vegades causa un grau d'estrès elevat que fa que el seu dolor s'incrementi. La seva formació com a psicòloga la porta a reconèixer que la seva manera de pensar i de sentir pot estar afectant la seva situació.

Fa un temps va anar a l'especialista, que li va dir que, encara que la veia desgastada, en aquell moment no era recomanable fer cap intervenció. Va recomanar-li que anés a un centre de fisioteràpia en el qual la podrien ajudar a exercitar adequadament la zona i a mantenir-se activa. Ella ens comenta:

"He llegit sobre el tema i a l'escola de l'esquena m'han ajudat molt [...] he entès que el millor és intentar seguir amb les meves activitats al màxim possible [...]."

La família de la Maria (la seva dona Laura, i els seus fills Paula, de 10 anys, i Àlex de 8) també entén la situació i l'ajuden a mantenir-se activa malgrat el dolor. La Maria se sent feliç, tranquil·la i viu el dolor com una cosa més de la seva vida que, a poc a poc, va aprenent a manejar.

A l'escola de l'esquena, la Maria comparteix les sessions amb un grup de vuit companys. Casualment, un dels companys del grup (el Ramon) era un vell conegut amb qui havia estudiat un màster sobre lideratge al món de l'empresa. Havia perdut el contacte amb el Ramon feia temps, ja que ell havia exercit com a director del departament d'economia d'una gran empresa situada en una altra ciutat. Ara, però, feia un parell d'anys que havia canviat d'empresa, i ell i la seva família (dona i fill de 10 anys) havien tornat a la ciutat. Tots dos prenen cafè habitualment després de cada sessió ja que la Maria intenta ajudar-lo. El dolor del Ramon se situa a la zona superior de l'esquena i a les cervicals, i, com en el cas de la Maria, l'especialista li ha recomanat participar al grup però de moment desaconsella altre tipus d'intervencions. El Ramon ha acceptat anar al grup però no ho fa convençut. Ens comenta que el seu dolor va aparèixer fa un any aproximadament i que abans no havia tingut problemes d'aquest tipus, només li havien fet mal les cervicals de manera esporàdica. En relació al seu dolor, el Ramon ens explica:

“És terrible quan apareix [...] no em deixa fer res, i a més res em funciona [...], l'única cosa que funciona una mica és estirar-me i prendre algun analgèsic, però el dolor torna al cap de poca estona. [...] Quan apareix em bull la sang. Sóc una persona molt activa, esportista, i això m'està paralitzant per complet.”

Quan apareixen els episodis més intensos, està uns dies sense anar a l'oficina i treballa com pot des de casa. A la seva empresa entenen la situació, i la seva dona i el seu fill també han anat aprenent i intenten fer-li la vida el més fàcil possible durant aquests episodis. La Maria intenta ajudar-lo perquè veu que potser no està afrontant la situació de la millor manera. El veu molt trist, infeliç a causa del problema de dolor, mentre que abans tenia una vida “plena”.

3.3. Factors relacionats amb la vivència del dolor

L'objectiu del nostre cas clínic, construït sobre la base d'experiències amb diferents persones, és el d'il·lustrar dues situacions aparentment similars però en què les persones afectades viuen de manera molt diferent. La Maria, se sent feliç i segueix amb les seves activitats, mentre que el Ramon se sent trist i té dificultats per dur a terme la seva feina i les seves activitats habituals. Això és freqüent: les persones vivim de manera diferent els problemes de dolor; la manera en què ho fem pot fer variar el nostre nivell d'ajust. Per això, com a professionals de la salut, ens hem de preguntar: Quins factors poden fer que el nostre ajust sigui millor i puguem seguir amb la nostra vida? Què podem fer per potenciar aquests factors?

La resposta a aquestes preguntes passa, sens dubte, per adoptar una perspectiva biopsicosocial, tenir en compte els aspectes de diferent naturalesa que poden relacionar-se amb l'ajustament al dolor i examinar què podem fer perquè aquests no juguin en contra de la persona. Ens centrarem en els factors psi-

cosocials (per la naturalesa de l'assignatura) i abordarem els factors més rellevants (els que més evidència científica tenen). Cadascun d'ells s'explicarà de manera separada, encara que és obvi que interaccionen tots entre ells.

3.3.1. Pensaments

Al llarg de tota la vostra formació, i també en aquesta assignatura, heu treballat àmpliament en quina mesura els pensaments poden influir en com ens sentim i en què fem.

És especialment important tenir en compte un tipus de pensaments, els anomenats “pensaments catastròfics”, que s'han relacionat amb ajust al dolor menor (més intensitat del dolor, més grau de discapacitat i un estat d'ànim pitjor) en múltiples estudis. Aquest patró de pensaments es pot definir com una orientació negativa exagerada pel que fa al dolor. S'ha proposat que aquest constructe estaria compost per tres dimensions (Sullivan i Pivik, 1995):

- Rumiació, que consisteix a pensar constantment en el dolor.
- Magnificació, que comporta exagerar el valor de l'amenaça (el dolor, en aquest cas).
- Indefensió, que comporta interpretar que no es disposa de recursos per afrontar aquesta amenaça.

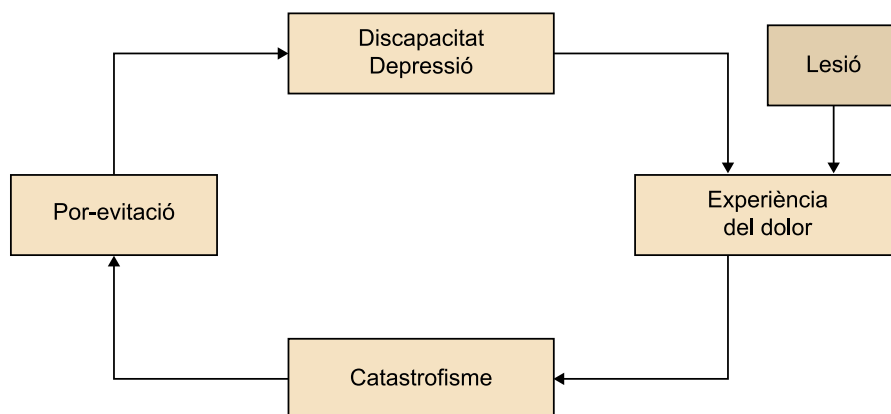
Podem veure que aquest tipus de pensaments es manifesta clarament en el cas del Ramon quan, per exemple, comenta: “És terrible, quan apareix [...] no em deixa fer res i, a més, res no em funciona”.

3.3.2. Por-evitació

En l'àmbit del dolor, podríem definir el concepte de *por-evitació* com una por excessiva i irracional davant la possibilitat de tornar-se a lesionar i, per tant, de sentir dolor. Podria considerar-se pràcticament com una fòbia al moviment.

A més de la seva importància per explicar l'ajust al dolor, a partir d'aquest concepte i del de catastrofisme, s'ha formulat un model, el “model de la por-evitació” (Vlaeyen *et al.*, 1995), per explicar per què el dolor es cronifica i causa discapacitat. Segons aquest model, la por-evitació seria un factor intermedi que modularia la relació entre el catastrofisme i el resultat (com la discapacitat o la depressió). Això queda reflectit en l'esquema següent:

Figura 2. Esquema de la por-evitació



Podem aplicar el model al cas del Ramón quan, per exemple, ens explica que quan li apareix el dolor pensa que és terrible i que no podrà tornar a jugar mai més al pàdel (el seu esport preferit). De fet, sempre que li apareix el dolor truca als seus amics per cancel·lar el partit. Val a dir que cada vegada li costa més jugar, encara que no tingui dolor.

3.3.3. Estratègies d'afrontament

Igual que amb altres problemes de salut, les estratègies d'afrontament són molt importants en el cas del dolor. En l'àmbit del dolor crònic s'han proposat diverses categories d'estratègies d'afrontament. En aquest material no presentarem una discussió sobre aquest tema, ja que no és el seu objectiu. No obstant això, més endavant, a l'apartat "Avaluació" oferim una classificació d'estratègies d'afrontament del dolor que ens sembla molt útil.

Comentarem, a manera d'exemple, que el Ramon afirma que sol descansar sempre que té dolor, cosa que no és una estratègia d'afrontament adequada (en línia amb el model de la por-evitació), ja que pot conduir, si s'actua sempre així, a perpetuar el cercle por-evitació.

3.3.4. Autoeficàcia

L'autoeficàcia fa referència a la confiança que té la pròpia persona en la seva capacitat per aconseguir un objectiu desitjat, per exemple controlar el dolor o els seus efectes en el funcionament diari. En la nostra situació, la Maria confiava en la seva capacitat per fer alguna cosa en relació al dolor i en la seva capacitat de seguir amb les seves activitats malgrat el dolor. Tot això revertia positivament en el seu ajust al problema de dolor.

3.3.5. Acceptació del dolor

Les denominades "teràpies de tercera generació" aporten una idea clau: l'acceptació del dolor. De manera molt resumida, es parteix del fet que el dolor crònic és un problema que serà recurrent a llarg termini i que, desafortu-

nadament, es pot fer poca cosa per eliminar-ho totalment. Per això, es proposa que és positiu acceptar la situació i proposar-se uns objectius vitals (d'acord amb els valors de cadascú) que ens permetin seguir la nostra vida, i no focalitzar-nos exclusivament en el dolor.

En aquesta línia, la Maria ha après, gràcies a les sessions d'una psicòloga que col·laborava a l'escola de l'esquena, que el dolor era "una cosa més" de la seva vida, però no el centre, i que probablement hi seria per sempre. No obstant això, tenia clars quins eren els seus valors nuclears i no estava disposada a renunciar als seus objectius, per la qual cosa va dissenyar un pla d'acció per seguir amb ells malgrat tenir dolor.

3.3.6. Emocions i dolor

De nou, igual que en altres problemes de salut, s'estableixen relacions bidireccionals entre com ens sentim i el dolor. Si estem tristos o tenim un grau elevat d'ansietat o estrès, podem experimentar més dolor (tal com reconeixia la Maria), però alhora el dolor ens pot fer sentir tristesa o nerviosisme. No insistirem molt més en les emocions, ja que són comunes als altres problemes.

3.4. Avaluació

En el cas del dolor, totes les premisses presentades a l'inici d'aquest mòdul són vàlides. No obstant això, detallarem els instruments específics que poden ser útils en aquesta problemàtica. En concret, el procés d'avaluació ens ha de permetre conèixer les variables relacionades amb el dolor, les variables personals i les variables del context que poden estar relacionades amb el problema. Organitzarem l'exposició a partir d'aquestes tres dimensions, però cal remarcar que, per causa de l'espai de què disposem, serà molt breu. Òbviament, totes les variables estan interrelacionades i aquí fem una classificació en certa manera artificial per motius d'exposició.

Segons el nostre punt de vista, un esquema adequat per a l'estructuració de les sessions d'avaluació dels problemes de dolor pot ser el següent:

- Avaluació d'aspectes relacionats amb el dolor.
- Avaluació de variables personals (les que siguin més rellevants en la persona concreta).
- Avaluació de variables relacionades amb el context (es poden dur a terme sessions convidant les persones més significatives del context un cop s'hagin fet els dos primers passos).

Quan estiguem avaluant variables personals, sortiran aspectes relacionats amb variables del context. No obstant això, si volem introduir persones significatives de l'entorn en les sessions d'avaluació, considerem que és adequat fer-ho al final.

Initiative on Methods Measurement and Pain Assessment in Clinical Trials (IMMPACT, Turk *et al.*, 2003) és un grup d'experts que va intentar consensuar les àrees més importants a valorar. Per a exposar l'avaluació de les diferents variables, seguirem les seves directrius.

Enllaç recomanat

Us recomanem visitar la web de l'IMMPACT en la qual trobareu molta més informació: www.immpact.org/.

3.4.1. Variables relacionades amb el problema de dolor

Segurament, el més oportú és iniciar l'avaluació explorant aspectes relacionats amb el dolor. Així, la persona sentirà que atenem el seu motiu de consulta i podrem començar a establir la relació terapèutica recopilant informació que serà molt rellevant per valorar l'evolució del problema.

Avaluació del dolor

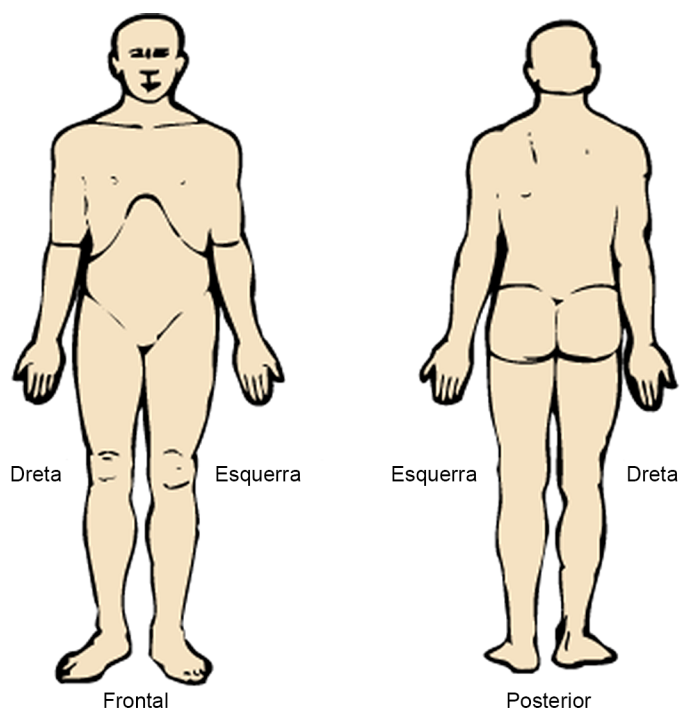
És essencial fer una avaluació exhaustiva del dolor de les persones per conèixer el seu estat i determinar si les intervencions que duem a terme són o no efectives. Les dimensions que com a mínim hem d'avaluar en relació al dolor són: intensitat, localització i aspectes qualitius.

Per valorar la **intensitat** del dolor, es poden utilitzar escales de tres tipus:

- **Escales numèriques** (les més recomanades en general). Són aquelles en les quals es demana a les persones que puntuïn en una escala, generalment del 0 al 10 o del 0 al 100, la intensitat del dolor que pateixen. Aquestes escales solen anar acompanyades d'uns descriptors verbals als extrems, com, per exemple: "0: cap dolor", "10: el pitjor dolor possible".

- **Escales visuals analògiques.** Es tracta que les persones marquin en una línia que representa la intensitat del dolor el punt en el qual se situarien. Generalment és una línia d'uns 10 cm.
- **Escales categorials.** En aquest tipus d'escales la persona ha d'avaluar el seu dolor en funció de certes categories, ja siguin adjectius verbals o representacions gràfiques, que se li faciliten.

És molt important també valorar la **localització** del dolor, ja que d'aquesta manera es disposa de dades per valorar-ne els possibles canvis. En els casos presentats, tant en el de la Maria com en el del Ramon, la localització era molt concreta. Però en molts altres casos les persones solen tenir dolors amb localitzacions més difuses i/o en diferents zones. Una manera senzilla de valorar la localització és utilitzar un dibuix de la figura humana en la qual les persones han de marcar o acolorir les zones on tenen dolor:



Tal com comentàvem, el dolor és una experiència multidimensional, i per tant no n'hi ha prou de valorar la seva intensitat, sinó que també cal avaluar els **aspectes qualitius**. En aquest sentit, podem destacar un instrument clàssic en l'àmbit del dolor que és el **McGill Pain Questionnaire** (Melzack, 1975), que es fonamenta en la teoria de la comporta. Així, aquest qüestionari permet avaluar les tres dimensions de l'experiència del dolor proposats des d'aquesta teoria: la sensorial-discriminativa, la motivacional-afectiva i la cognitiva-evaluativa. El qüestionari consta de 20 grups de paraules que descriuen diferents característiques del dolor, i la persona ha de triar la paraula de cada grup que més bé representa el seu dolor.

Enllaç recomanat

Un exemple d'escala categorial és l'escala de cares que podeu trobar a: <https://www.iasp-pain.org/education/content.aspx?itemnumber=1519>.

Enllaç recomanat

Us recomanem visitar la pàgina de Wikipedia sobre la teoria de la comporta de Melzack i Wall perquè la conegueu i us feu una idea de la seva rellevància en l'evolució del concepte del dolor: https://es.wikipedia.org/wiki/teor%C3%ADa_de_la_comporta.

Tractaments previs i actuals

A part de l'avaluació del dolor en si mateix, i igual que en qualsevol tipus de problema, és essencial identificar els tractaments que ha seguit la persona per al seu problema de dolor i l'efectivitat que la persona percep que aquests han tingut (per exemple, en una escala del 0 al 10). També hem de recollir els tractaments actuals, tant els farmacològics com els d'un altre tipus. Pel que fa als tractaments farmacològics, és molt important registrar almenys els següents paràmetres: tipus de medicament, dosi, temps que porta prenent-lo i efectivitat percebuda.

En relació al tractament que apliquem nosaltres, també cal avaluar-ne l'evolució i els efectes. Per a això, podem demanar a les persones que facin una valoració general de les millores percebudes utilitzant, per exemple, l'escala de percepció global del canvi, una escala senzilla on es pregunta les persones: "Des que va començar el tractament, ha notat cap millora?". I les persones han de triar una de les següents alternatives: "Ha millorat moltíssim", "Ha millorat molt", "Ha millorat molt poc", "No ha canviat", "Ha empitjorat una mica", "Ha empitjorat molt", "Ha empitjorat moltíssim".

Impacte del dolor

No només és important valorar el dolor i els tractaments, sinó també l'impacte que té en la persona. És important valorar el funcionament físic, és a dir, la mesura en què el dolor interfereix les activitats de la vida diària. Per avaluar aquesta dimensió, disposem de diversos instruments. L'IMPACT en recomana dos, el més interessant dels quals, des del nostre punt de vista, és el **Multidimensional Pain Inventory** (MPI; Kerns *et al.*, 1985). Es tracta d'un altre qüestionari clàssic en l'àmbit del dolor. Està format per un total de 61 ítems per avaluar un total de 12 escales diferents que es presenten en tres parts:

- **Part 1:**
 - Severitat del dolor.
 - Interferència del dolor en la vida del pacient, inclosa la interferència amb la família i el funcionament de la parella, la feina, activitats relacionades amb la feina i les activitats d'oci.
 - Avaluació del suport de la parella, família i altres persones significatives.
 - Control percebut de la vida: incorpora l'habilitat percebuda per resoldre problemes i els sentiments personals de competència.
 - Malestar afectiu: inclou rangs d'humor depressiu, irritabilitat i tensió.

- **Part 2.** En aquesta part es registra la freqüència amb què els altres responen a les conductes de dolor del pacient a través de tres escales:
 - Freqüència de respostes de càstig.
 - Freqüència de respostes d'atenció a les necessitats del pacient.

- Freqüència de respostes de distracció.
- **Part 3.** S'utilitza per avaluar fins a quin punt els pacients poden dur a terme certes activitats. En concret, s'avalua la participació dels pacients en les següents activitats:
 - Tasques domèstiques
 - Activitats de caràcter manual dins de la llar
 - Activitats fora de la llar
 - Activitats socials.

Com es pot observar, l'MPI és un instrument molt complet que ofereix molta informació de diferent naturalesa. En concret, per avaluar el funcionament físic es proposa utilitzar només l'escala d'interferència de la primera part i consta de nou ítems. Les persones han d'indicar en quina mesura els interfereix el dolor per a dur a terme les activitats referenciades en cadascun dels ítems. Alguns exemples d'ítems d'aquesta escala són: "En general, interfereix el dolor en les seves activitats diàries?", "El dolor ha canviat la satisfacció que sent quan participa en activitats socials i d'oci?".

Una altra opció per avaluar el funcionament físic és utilitzar instruments generals (no específics en l'àmbit del dolor) que tinguin com a objectiu l'avaluació de la qualitat de vida. Alguns d'ells ja els hem vist a l'inici d'aquest mòdul.

A part del funcionament físic, també hem de valorar el funcionament emocional (a l'inici del mòdul ja se n'han presentat instruments específics). La tristesa i l'ansietat són conseqüències molt freqüents del dolor, i alhora poden agreujar-lo.

3.4.2. Variables relacionades amb la persona

Una vegada ja hem recollit dades sobre el problema de dolor estrictament, seria interessant avaluar els factors que abans hem presentat relacionats amb l'experiència del dolor. A continuació, oferim un breu resum dels instruments que es poden utilitzar per avaluar aquests factors. No cal oblidar, no obstant això, que es pot recollir informació sobre la majoria d'aquests factors a partir de l'entrevista (també pot ser molt útil utilitzar autoregistres), així que la decisió d'emprar alguna de les escales específiques que presentem ara dependrà de cada cas concret, de si el factor és rellevant i del context d'avaluació. Per això, no és necessari aplicar tots els instruments en cada cas.

Catastrofisme

L'instrument utilitzat més freqüentment és la **Pain Catastrophizing Scale** (PCS; Sullivan i Pivik, 1995). Aquest instrument va ser dissenyat específicament per avaluar el catastrofisme per mitjà de 13 ítems que permeten valorar les tres dimensions esmentades anteriorment (rumiació, magnificació i indefensió). La persona ha de valorar en una escala de 5 punts (mai, molt de tant

en tant, de vegades, sovint, sempre) la freqüència en la qual té cadascun dels pensaments referits en les afirmacions quan tenen dolor. Exemples d'ítems d'aquest qüestionari serien: "És terrible i penso que el dolor mai millorarà" o "Vull desesperadament que el dolor desaparegui".

Por-evitació a tornar-se a lesionar

L'instrument que s'ha utilitzat amb més freqüència per avaluar la por-evitació és la **Tampa Scale of Kinesiophobia** (TSK; Miller, Kori i Todd, 1991). Aquest qüestionari consta de 17 ítems en els quals la persona ha d'informar de fins a quin punt està d'acord, utilitzant una escala de quatre punts (on 1 és "totalment en desacord" i 2, "totalment d'acord"), amb les creences que es presenten en cadascun d'ells. Alguns exemples d'ítems d'aquest qüestionari són les següents afirmacions: "Tinc por de fer-me mal si faig exercici", "El meu cos m'està dient que tinc alguna cosa greu" o "No puc fer les coses que fa la gent normal perquè és molt fàcil que em faci mal".

Estratègies d'afrontament del dolor

En el cas de les estratègies d'afrontament hi ha disponibles molts més instruments que aquí no descriurem. En aquest cas només exposem breument un dels instruments més utilitzats que ens ha estat molt útil per al nostre treball. Aquest qüestionari és el **Chronic Pain Coping Inventory** (CPCI; Jensen *et al.*, 1995). Consta de 65 ítems dissenyats per a avaluar vuit tipus d'estratègies d'afrontament: restringir l'ús i el moviment d'una part del cos, reposar, demanar ajuda, relaxar-se, persistir en la tasca, fer exercici, fer afirmacions positives sobre si mateix i buscar suport social. La persona ha d'indicar amb quina freqüència utilitza cadascuna de les estratègies d'afrontament responnent segons una escala de cinc punts.

Autoeficàcia

Un dels instruments més utilitzats per avaluar l'autoeficàcia en relació amb el dolor és la versió de 8 ítems de l'**Arthritis Self-Efficacy Scale** (González *et al.*, 1995). Aquesta escala originalment es va crear per a persones amb artritis reumatoide, encara que posteriorment s'ha utilitzat en altres tipus de poblacions de persones amb dolor (Turner *et al.*, 2005). Els vuit ítems de l'escala avaluen en quina mesura les persones confien que seran capaces de disminuir el seu dolor, evitar que el dolor interfereixi en el son, regular l'activitat per mantenir-se actiu, evitar que la fatiga interfereixi en les seves activitats, fer coses per sentir-se millor, controlar el seu dolor durant les activitats quotidianes i afrontar la frustració ocasionada pel dolor. Les persones han d'atorgar una puntuació compresa entre 0 (molt insegur) i 10 (molt segur) a cadascun dels ítems.

Acceptació

Hem comentat que l'acceptació és una variable important, per la qual cosa també haurem de valorar en quina mesura la persona accepta que té dolor i pensa que podrà mantenir els seus objectius vitals. Considerem que el més adequat és valorar mitjançant una entrevista les visions i les perspectives de la persona, així com quins són els seus valors i objectius més importants. Malgrat això, si ens interessa quantificar el nivell d'acceptació del dolor (per exemple, si volem valorar els efectes d'una intervenció dirigida a augmentar l'acceptació específicament), també disposem d'escala per avaluar-la. Destaquem el **Chronic Pain Acceptance Questionnaire** (Mc Craken *et al.*, 2004), que té 20 ítems distribuïts en dues dimensions:

- *Activity engagement*. Valora en quina mesura es mantenen les activitats vitals malgrat tenir dolor.
- *Pain willingness*: Valora en quina mesura la persona reconeix que el control i l'evitació de les activitats són vies no efectives per adaptar-se al dolor crònic.

La persona ha d'avaluar cada ítem en una escala del 0 (mai cert) al 6 (sempre cert).

Motivació

La motivació de la persona pot ser un element crucial per determinar l'efectivitat i el curs del tractament. Per avaluar la motivació considerem que n'hi ha prou amb l'entrevista, que ens permetrà anar plantejant les qüestions necessàries per indagar sobre la motivació de la persona per seguir el tractament i recuperar-se.

3.4.3. Variables relacionades amb el context

A través de l'entrevista hem d'avaluar com les persones del context actuen davant el dolor del pacient. Per exemple, en el cas del Ramon, vèiem que dona i fills intentaven facilitar al màxim les seves tasques quan ell tenia dolor. També els companys de feina assumien les seves tasques durant diversos dies quan ell trucava dient que tenia dolor.

És necessari fer entendre a la persona que és important que, malgrat el dolor, pugui seguir amb les seves activitats, cosa que també han d'entendre les persones properes. Volent ajudar el Ramon, poden tenir una influència negativa en l'ajustament al dolor ja que, en assumir les seves activitats, és possible que el Ramon cada vegada les dugui a terme amb menor freqüència i que quan les vulgui tornar a fer li costi més. Amb tot, considerem que el més adequat

és incloure preguntes en l'entrevista per valorar aquesta àrea. També podem convidar la parella o la persona més propera a una sessió i escoltar de primera mà com viu el problema.

3.5. Intervenció

No és l'objectiu d'aquesta assignatura, però no volíem concloure sense afegir unes línies quant a la intervenció, que està estretament lligada a l'avaluació. Presentarem un resum molt breu i esquemàtic, de manera que animem els estudiants a revisar manuals especialitzats.

La pregunta seria: com podem ajudar el Ramon perquè vegi el seu problema de dolor com ho fa la Maria? La resposta, segons la literatura, seria a través d'un programa multidisciplinari que potenciés l'activitat i els estils de vida saludables del Ramon, li facilités informació en relació als seus problemes i estratègies d'afrontament adequades i, en definitiva, l'ajudés a viure la seva vida d'acord als seus valors i objectius. Desafortunadament, encara que en la teoria no hi ha cap dubte, la realitat és diferent i resulta complicat trobar centres en els quals es treballi des d'aquesta perspectiva.

En alguns centres, majoritàriament en països estrangers, es fan intervencions grupals intensives per a persones amb problemes de llarga durada i amb nivells elevats de discapacitat. Les persones amb dolor participen en els programes d'aquests centres diàriament durant un període aproximat d'un mes, la qual cosa possibilita una intervenció intensa. Un exemple en aquesta línia, referent a nivell europeu, seria el següent: <http://www.bathcentreforpainservices.nhs.uk/>.

A continuació comentem breument algunes tècniques psicològiques que poden ser útils.

3.5.1. Identificar valors i objectius

Per *valors* entenem les maneres de viure, les directrius que ens donaran pistes per identificar el que és important per a nosaltres a l'hora de concretar els nostres objectius. Són moltes les tècniques que es poden utilitzar per reflexionar sobre els valors. Una, per exemple, és demanar a la persona que pensi sobre quin missatge li agradaria trobar en una descripció d'ella quan ja no hi sigui. Li podem preguntar: "T'agradaria trobar una descripció del tipus: 'Va ser una bona persona i va dedicar totes les seves energies a lluitar contra el seu dolor?' O una descripció més del tipus: 'Va ser feliç, va passar molt temps amb els seus amics i familiars, va viure com pensava que era millor per a ell, malgrat que patia dolor freqüentment?'". Sigui com sigui, hem d'ajudar la persona a identificar valors en relació a la família, les relacions amb els amics, l'activitat, la salut i el creixement personal.

Lectures recomanades

Alguns manuals que poden servir de referència en castellà són:

F. Kovaks i J. Moix (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.

R. Nieto (2017). *Tengo dolor: ¿Cómo puedo seguir con mi vida?*. Barcelona: Editorial UOC.

Després, a partir d'aquests valors, hem d'ajudar la persona a definir els seus objectius. També hi ha nombroses tècniques per treballar en aquest sentit. En definitiva, es tracta que la persona sàpiga fixar-se objectius de manera adequada, uns objectius que han de ser SMART: eSpecífics, Mesurables, Assolibles, Realistes i en un Termini temporal determinat).

3.5.2. La relaxació

És probablement la tècnica més utilitzada per al maneig del dolor, ja que l'estrès i la tensió són desencadenants del dolor importants. No entrarem en els detalls atès perquè ja treballareu aquesta tècnica en altres assignatures.

3.5.3. Canviar els pensaments negatius

Tampoc entrarem en els detalls perquè ja coneixeu tècniques adequades per a canviar pensaments negatius. Molt resumidament, cal dir que es tracta d'ensenyar a les persones a identificar els seus pensaments negatius, a desafiar-los i a reformular-los d'una manera més positiva. Hem de treballar també la identificació i la gestió de les emocions. La persona ha d'entendre com s'originen les emocions i quina és la seva relació amb els pensaments i les situacions.

3.5.4. Distribuir adequadament les activitats

Els patrons d'activitat que fan les persones poden alterar-se quan tenen dolor. Com que el dolor sol donar treves, de vegades les persones aprofiten aquests dies "sense dolor" per fer tot el que tenen pendent o el que tenen ganes de fer fa temps. Podria semblar que aquest patró d'activitat és adequat, però en realitat no ho és, perquè probablement, l'endemà, la persona se sentirà molt pitjor a causa del sobre esforç. El més adequat és establir una línia d'activitat i intentar mantenir-la, distribuint adequadament les activitats al llarg de la setmana.

3.5.5. La distracció

El dolor és, en realitat, com qualsevol altre estímul: si no li fem cas, el percebrem menys intensament. Per això les tècniques per distreure l'atenció poden ajudar les persones amb dolor. Aquest tipus de tècniques són molt nombroses i aquí les podem dividir esquemàticament en tres tipus:

- Fer coses que requereixen atenció i resulten agradables per a la persona (veure una pel·lícula, jugar a un videojoc...).
- Imaginació planificada: en un estat de relaxació, imaginar intensament una escena que ens resulti agradable fins al punt que ens sentim com si hi estiguéssim.

- Jocs mentals (comptar de 100 a 0, buscar noms que comencen amb una lletra determinada...).

3.5.6. La comunicació

Qualsevol problema de salut pot provocar dificultats en la comunicació entre la persona que el pateix i les que l'envolten. En el cas del dolor aquests problemes de comunicació són més freqüents, ja que es tracta d'experiència interna i subjectiva que pot comportar diverses dificultats.

És molt recomanable entrenar l'assertivitat amb la finalitat de que la persona pugui expressar les seves necessitats de manera adequada. A més, pot ser interessant incloure la parella o les persones més properes en algunes de les sessions perquè entenguin la rellevància de la seva manera d'actuar quan la persona mostra dolor.

4. L'avaluació en la infecció pel virus d'immunodeficiència humana

4.1. Introducció

El virus d'immunodeficiència humana (VIH) és un retrovirus que, en una fase avançada de la infecció, provoca la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA), fase que una persona infectada no arriba a desenvolupar quan és adherent al tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), que impedeix la replicació del virus.

El VIH mostra una especial predilecció pels limfòcits TCD4, cèl·lules que necessita per reproduir-se. Els tractaments actuals no curen la infecció per VIH però han millorat la seva eficàcia i efectivitat fins al punt que els pacients arriben a la indetectabilitat. Parlem d'indetectabilitat quan la càrrega viral (quantitat de virus en sang) és inferior a entre 50 i 200 còpies/mm³, segons la prova de laboratori que s'apliqui, encara que en alguns contextos clínics aquesta xifra pot baixar fins a les 20 còpies (Rodger *et al.*, 2016; Riera *et al.*, 2016; Cescon *et al.*, 2011). D'aquesta manera, una persona adherent al tractament manté la infecció de manera asimptomàtica i evita arribar a la fase de SIDA i desenvolupar malalties oportunistes.

TARGA

El descobriment d'una nova família de fàrmacs l'any 1995 va permetre l'aparició del TARGA, que ha suposat un canvi en la qualitat de vida de les persones amb VIH.

Una persona que manté la indetectabilitat de manera estable no pot infectar una altra persona. Les probabilitats d'infecció són més grans segons quina sigui la càrrega viral de la persona amb VIH. En aquest sentit, és més fàcil durant les primeres setmanes (entre dues i dotze setmanes) després de l'entrada del virus en l'organisme, que és el moment en què aquest es reproduceix de manera més ràpida i augmenta de manera considerable la càrrega viral. Amb l'aparició dels anticossos específics per al VIH que l'organisme genera, la quantitat de virus disminueix, però a partir d'aquest moment continua la replicació de manera lenta i progressiva durant els anys següents. Aquest procés continuarà de manera constant si no s'inicia el TARGA.

Amb la aparició dels tractaments antivirals, la infecció per VIH ha passat de ser una malaltia mortal a considerar-se una infecció crònica. De fet, avui dia la supervivència d'una persona amb el VIH és molt similar a la de una persona de la població general (Pooorjal, Hooshmand, Mahjub, Esmailnasab i Jenabi, 2016; Remor, Fuster, Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Fumaz *et al.*, 2012). Això ha suposat canvis en la percepció i vivència psicoemocional de la persona diagnosticada de VIH, si bé la desinformació fa que encara algunes persones

pensen en la mort en rebre el diagnòstic. D'altra banda, els prejudicis socials i l'estigma associat (serofòbia) provoquen en la persona sentiments d'ansietat, tristor i decaïment. I tot això combinat amb el temor al rebuig social i sexual.

Un altre aspecte que pot preocupar a les persones quan són diagnosticades amb VIH és la possibilitat de tenir fills. Actualment, qualsevol persona amb VIH pot tenir-los si està en tractament antiviral. Com s'ha comentat abans, un dels beneficis de la indetectabilitat és la impossibilitat de transmetre el virus, i això inclou també l'embaràs.

Segons les dades de l'últim informe epidemiològic del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2017), s'estima que, del total de noves infeccions per VIH, més de la meitat (53,1%) es van produir en població d'homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes (HSH), enfront del 26% de les infeccions en població que manté pràctiques heterosexuales i del 3,6% de persones consumidores de substàncies injectades. Amb totes aquestes dades, s'estima una incidència de 7,22/100.000 habitants. Per sexes, el 83,9% van ser homes. D'altra banda, el 33% dels nous diagnòstics es va fer en persones migrants.

El terme *grups de risc*, a banda de ser estigmatitzant, no és correcte. La recomanació és expressar-se en termes de *pràctiques de risc*, ja que tothom, amb independència de la seva orientació sexual o d'altres realitats, són susceptibles de patir la infecció per VIH si porten a terme pràctiques que comporten risc.

Una de les dades epidemiològiques més rellevants ens mostra que el 46% dels diagnòstics va ser tardà. És fonamental ressaltar que aproximadament un 18% de les persones que viuen amb el VIH no coneixen el seu estat serològic, ja que, en tractar-se d'una infecció asimptomàtica, moltes persones no es fan les proves de detecció.

Lectures recomanades

"Documento informativo sobre la infección por VIH": http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf.

"Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana": http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_TAR_adultos_v3-1.pdf.

"Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial": <http://www.cesida.org/wp-content/uploads/documentos/documentacion/elinformefipse.pdf>.

"Guía para el fomento de la autorrealización en personas con VIH": http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/guia_autorrealizate.pdf.

4.2. Cas clínic

La Kàtia va arribar de Veneçuela fa tres mesos. L'estiu anterior, quan treballava a Costa Rica en un hotel, va conèixer l'Enric, que hi havia anat de vacances amb un grup d'amics. Van estar junts durant un mes, i durant l'any posterior van estar en contacte en la distància. Passat aquest temps van decidir començar una vida plegats. L'Enric treballa com cap de personal en una fàbrica de cotxes. Per poder estalviar per ajudar la Kàtia amb les despeses del viatge, va deixar el seu pis de lloguer i va tornar a casa de la seva mare (el seu pare va morir fa tres anys). Ara viuen tots tres junts.

Durant una exploració mèdica en un centre especialitzat en infeccions de transmissió sexual (ITS), la metgessa va recomanar a la Kàtia que es fes una serologia completa d'ITS i, en rebre els resultats, li van diagnosticar infecció per VIH. Mai s'havia fet analítiques d'aquest tipus i va reconèixer que al seu país havia dut a terme diverses pràctiques sexuals desprotegides. La Kàtia es va quedar en xoc, i l'Enric molt preocupat. La metgessa li va recomanar que accelerés el procés per aconseguir la targeta sanitària per poder començar a rebre el tractament antiviral. Les analítiques mostraren que la càrrega viral era de 53.000 còpies/mm³ i el nivell de limfòcits TCD4 de 532 còpies/mm³. Encara que la metgessa els va dir que el sistema immunitari de la Kàtia estava en bones condicions, els dos van sortir de la consulta amb molta por per la seva salut i pel seu futur.

La Kàtia comença a sentir-se molt nerviosa i molt ansiosa per la seva salut. Sempre ha pensat que el VIH és sinònim de mort. De fet, un amic seu va morir fa cinc anys per les complicacions relacionades amb la SIDA. Pel que fa a l'Enric, mai no ha conegut a ningú que visqui amb el VIH i té un desconeixement absolut sobre la infecció i el seu progrés. Tots dos han decidit no tenir relacions sexuals de cap tipus per por que l'Enric s'infecti.

Però els temors tant de la Kàtia com de l'Enric van més enllà dels problemes de salut que pensen que ella presentarà en un futur. Creuen que la infecció per VIH suposarà una dificultat més per a la integració social i laboral de la Kàtia, que se sumarà al fet que és immigrant. D'altra banda, els dos havien pensat que, si la relació entre ells funcionava bé, en un temps tindrien fills, però ara han descartat aquesta idea perquè creuen que si la Kàtia es queda embarassada "li passarà el virus al fetus".

Davant d'aquesta situació, la metgessa els ha recomanat consultar un professional que els acompanyi en el procés d'acceptació i integració de la infecció en la realitat de vida tant de la Kàtia com de l'Enric, i possiblement també de la mare d'ell, ja que, des que li han explicat la situació, es mostra més distant amb la Kàtia.

Tots dos van al centre d'informació del VIH i altres ITS on treballes. La Kàtia t'explica que no té ganes de res, ni de buscar feina ni de continuar els tràmits per regularitzar la seva situació. Pensa que quan digui que té VIH "ningú em voldrà contractar ni podré tenir amics de veritat en aquest país". També està preocupada per la seva relació amb l'Enric: "no tinc a ningú més aquí, i la seva mare em mira espantada i ho neteja tot cada dia". També està "atabalada" per la seva família, no sap com fer front al fet que els seus pares estan en un altre país i "ho passaran molt malament quan els digui que tinc VIH".

Per la seva part, l'Enric manifesta una por excessiva a infectar-se durant les relacions sexuals, però al mateix temps et diu que és la Kàtia la que no vol tenir relacions sexuals, "ni tan sols sexe oral". La Kàtia, en canvi, et diu que encara que ella té por d'infectar l'Enric, és ell qui es mostra reticent al sexe i que ella el busca.

Quan li preguntes pel tractament antiviral, la Kàtia comenta que ja el té però que no se sent preparada per prendre "la pastilla cada dia", que alguns dies no la pren perquè li costa molt, que li recorda que té una malaltia "que em generarà molt de patiment".

4.3. Factors relacionats amb la vivència de la infecció

Com ja s'ha comentat, l'aparició del TARGA ha augmentat la supervivència de la persona que viu amb VIH, cosa que ha implicat un canvi en la manera com la persona fa front a la vivència de la infecció i, en conseqüència, en la manera de dur a terme un treball psicoemocional amb les persones que la pateixen.

Comentarem a continuació alguns factors que poden modular la vivència de la infecció.

4.3.1. Salut mental: estat d'ànim i problemes d'ansietat i estrès

La prevalença dels problemes relacionats amb l'estat d'ànim en persones diagnosticades amb el VIH se situa al voltant del 33% (van Luenen *et al.*, 2018). També és freqüent trobar problemes d'ansietat, amb una prevalença del 20%.

Són diversos els factors psicosocials que s'han identificat com facilitadors de l'ansietat i de problemes de l'estat d'ànim com ara l'aïllament, l'estigma, la falta de suport social, la discriminació o el consum de substàncies. Aquests problemes de salut mental poden afectar l'adherència al tractament i la qualitat de vida de la persona amb VIH. Tot això pot fer que augmenti la càrrega viral i, en conseqüència, disminueixi el nivell de limfòcits TDC4.

Reflexió

Quins aspectes consideres prioritaris explorar en la Kàtia? Com abordaries la situació amb l'Enric? Quines habilitats consideres importants tenir i mostrar com professional amb la Kàtia i l'Enric?

En el nostre cas, la Kàtia presenta un estat d'ànim decaïgut. La desmotivació que presenta en relació amb ella mateixa, el món i el seu futur (triada cognitiva de Beck) es fa evident en aspectes com la por a la mort, la dificultat per trobar feina i integrar-se al seu nou entorn en canviar el país de residència, el funcionament de la relació de parella amb l'Enric i el sentiment de soledat pel temor al rebuig social a causa de la seva infecció. Aquests pensaments li generen estrès i ansietat, especialment pel que fa al fet de comunicar el seu estat serològic.

Vegeu també

Per ampliar informació sobre la triada cognitiva de Beck podeu revisar l'apartat "Trastorns depressius" del mòdul "L'avaluació en psicologia clínica" d'aquesta assignatura.

4.3.2. Adherència al tractament

Si els tractaments farmacològics han suposat un canvi en la supervivència i en la qualitat de vida de la persona amb VIH, la falta d'adherència al tractament és un dels principals factors del fracàs terapèutic, que pot suposar que es generin mutacions de resistències, es a dir, que les replicacions dels virus mutin a un subtipus de virus davant el qual el tractament que pren la persona no tingui efecte (Vanegas, Acevedo, Díaz i Velilla, 2014).

Entre els factors que influeixen en aquest compliment podem trobar les pautes de tractament, la relació amb el professional sanitari, els possibles efectes secundaris i els problemes de salut mental com ansietat i estrès (Ventura, Martín, Morillo, Yébenes i Casado, 2014). Altres factors podrien ser la falta de suport sociofamiliar i l'eficàcia percebuda per la mateixa persona (Hudelson & Cluver, 2015). D'altra banda, a algunes de les persones amb VIH la pressió del tractament diari els recorda la infecció i, en ocasions, no el segueixen de manera consistent perquè fer-ho és la manera d'acceptar que viuen amb el virus. Això és el que li passa a la Katia.

En referència a persones amb VIH, l'*adherència* es pot definir com la capacitat de la persona d'implicar-se correctament en tot el procés relacionat amb l'elecció, l'inici i el control del tractament TARGA amb la finalitat de produir el resultat preventiu o terapèutic desitjat que, en aquest cas, és aconseguir una supressió eficaç de la replicació viral (Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria i Grupo de Estudio del Sida-GESIDA, 2008). Però l'adherència va més enllà del tractament antiviral. Els estils de vida saludables són importants per la influència que tenen en el sistema immunitari. De manera que també és necessari contribuir al foment i al manteniment d'hàbits com l'exercici físic i l'alimentació equilibrada. Cal esmentar especialment la rellevància del consum de substàncies, principalment l'alcohol, el tabac i les drogues psicoactives (com la cocaïna), per la dificultat que poden comportar en l'adherència al tractament antiviral (González, Madoz, Parro, Hernández i Ochoa, 2017). A més, no podem oblidar les conseqüències directes que el tabac o la cocaïna tenen en la salut de les persones, encara més si aquestes han de tenir una cura especial del seu sistema immunitari.

Els estils de vida o les conductes de salut poden estar relacionades directament amb l'evolució de la infecció i l'afectació dels sistema immunitari, però també són importants en la persona amb VIH com a factors protectors de la salut mental. Diferents estudis han posat de manifest que una disminució del nivell de limfòcits TCD4 està relacionada amb una major percepció d'estrès, problemes de l'estat d'ànim, d'ansietat o de neuroticisme (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Fumaz, González-García, Remor i Fuster, 2016).

En el cas de la Kàtia, iniciar el tractament no és una qüestió urgent però sí important i necessària per poder controlar la reproducció del virus i que el seu sistema immunitari es mantingui en nivells saludables (600-1.500 còpies de limfòcits TCD4). Els tràmits per aconseguir la targeta sanitària és un estressor molt important en persones migrants que viuen amb el VIH, ja que les possibles barreres que poden trobar de vegades allarguen els temps de tramitació. Aquest endarreriment en l'inici del tractament també es un factor que influeix en l'estrès i l'ansietat perquè les persones amb VIH senten que fins que no inicien el tractament farmacològic el virus és "incontrolable" i tenen pànic a la malaltia. A pesar d'aquesta necessitat, la simptomatologia depressiva que presenta la Kàtia dificultarà l'adherència una vegada comenci a prendre la medicació.

4.3.3. Autoestima

Després del diagnòstic de la infecció per VIH, els diferents factors socials i psicològics associats a aquesta vivència generen una disminució de l'autoestima. De nou ens trobem amb variables com són la falta de suport social, l'estigma i l'autoestigma o la simptomatologia depressiva, aspectes que podríem considerar com les principals variables que dificulten una autoestima saludable. Aquesta falta d'autoestima pot fer que la persona tingui una visió errònia del que pot suposar la infecció per VIH en la seva rutina diària i que perdi l'energia per plantejar-se objectius futurs o per aconseguir els que ja tenia marcats.

Molt sovint, les persones amb VIH tenen un sentiment de culpa per haver-se infectat, cosa que fa que es considerin un mala persona que mereix el que li està passant (Fuster-Ruíz de Apodaca, Molero i Ubillos, 2016). Per descomptat, això comporta una falta d'autoestima que pot fer augmentar els problemes de l'estat d'ànim, cosa que redundarà en una baixa qualitat de vida i en problemes d'adherència al tractament antiviral.

La incertesa que la Kàtia manifesta pel que fa a la seva realitat, amb les pors i la creença que no podrà mantenir la vida que volia, li genera una autoestima baixa. Això pot restar-li energies per avançar en la regularització de la seva situació com a persona migrant i en la cerca de feina. També pot generar-li bloqueig a l'hora d'afrontar la seva integració social i en la relació de parella amb l'Enric.

4.3.4. Aïllament social: estigma i autoestigma

La vivència de l'estigma en les persones amb VIH té efectes negatius en diferents àmbits: augmenta els problemes de l'estat d'ànim, l'aïllament, la falta d'adherència als antivirals i suposa una disminució general de la qualitat de vida (Turan, Budhwani, Fazeli, Browning, Raper *et al.*, 2017). A més, la interiorització d'aquest estigma social, laboral i sexual (autoestigma) actua de mediació amb la percepció i interpretació que la persona amb VIH fa de la discriminació social, anticipant els comportaments i actituds de les persones del seu voltant (Turan *et al.*, 2017).

Parlem d'**autoestigma** per fer referència a la interiorització que la persona amb VIH ha fet dels missatges seròfobs que circulen en la societat. Aquesta serofòbia té com a base la falta d'informació sobre les vies de transmissió del virus i sobre la vivència real de la infecció.

Enllaç recomanat

Si voleu ampliar informació sobre la serofòbia, podeu consultar el següent enllaç a la web de CESIDA: http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf.

Entre les principals pors que presenten les persones amb VIH després del diagnòstic trobem el com, quan i amb qui compartir el seu estat serològic, temor especialment greu en el cas de les parelles sexuals i afectives. De fet, la por al rebuig per part de familiars, amistats i parelles sexuals augmenta de manera considerable l'ansietat en les persones amb VIH, fet que pot tenir dos efectes fonamentals. D'una banda, l'aïllament de la persona, que pot provocar un estat depressiu. De l'altra, una pèrdua de l'adherència al tractament i als estils de vida saludables (Evangelí i Row, 2017).

Per entendre la situació de la Kàtia hem de pensar que al seu país d'origen la situació de la realitat del VIH és molt diferent. Un aspecte fonamental és que un amic seu va morir a conseqüència de les malalties oportunistes relacionades amb la SIDA, situació a la que una persona arriba quan no té accés al tractament farmacològic adequat. La Kàtia ha interioritzat aquesta visió de la infecció per VIH i és prioritari desmuntar aquestes creences. D'altra banda, l'estigma i la discriminació a les persones amb VIH és compartit en totes les societats, encara que en unes és més evident que en altres. El temor al rebuig en el nostre cas és doble: per la infecció i per ser persona migrant. Això pot fer que la Kàtia s'aïlli i eviti situacions socials i laborals per por a visibilitzar la infecció pel VIH. Un exemple és la mare de l'Enric, que, de manera subtil, li mostra aquesta discriminació, per exemple, netejant la casa a diari i mostrant-se més distant amb ella.

A nivell de vivència de parella, tant l'Enric com la Kàtia han entrat en una dinàmica d'evitació en la que es fan responsables l'un a l'altre de no mantenir relacions sexuals de cap tipus.

4.3.5. Qualitat de vida

Millorar la qualitat de vida de les persones amb VIH és un objectiu fonamental. Això és així perquè la qualitat de vida general i la relacionada amb la salut percebuda per les persones amb VIH és una variable medidora bàsica en aspectes com l'estat d'ànim, l'estrès, l'autoestima i l'adherència al tractament (Bengtson, Pence, O'Donnell, Thielman, Heine *et al.*, 2015).

Cal tenir en compte que la percepció de la qualitat de vida de les persones amb VIH també està relacionada amb els efectes adversos del TARGA. Abans de l'aparició dels tractaments actuals, aquests efectes suposaven un malestar físic molt gran (que feia que l'adherència fos molt complicada) que afectava a la percepció de qualitat de vida. En l'actualitat, algunes de les persones que comencen el tractament antiviral presenten efectes adversos lleus (mal de cap, insomni, malestar intestinal, falta d'energia), efectes que desapareixen habitualment al cap de tres o quatre setmanes. Per tant, l'afectació en la percepció de la qualitat de vida és més lleu.

A les dificultats que viu qualsevol persona migrant quan arriba a un nou país, la Katia hi ha de sumar el diagnòstic per VIH. Totes dues són vivències que poden afectar la percepció de la seva qualitat de vida. La falta d'energia conseqüència del seu estat d'ànim i altres problemes de salut mental, les pors a l'estigma i al rebuig, i altres factors que ja hem comentat, influeixen en la seva percepció, de manera que la Kàtia pot entrar en una espiral de malestar general i de desànim lligat a la percepció de la seva qualitat de vida, amb les conseqüències que tot plegat tindrà en l'adherència al tractament antiviral, el seu estils de vida, la replicació del virus i la debilitació del sistema immunitari.

4.4. Avaluació

L'objectiu principal de l'acompanyament psicoemocional amb una persona diagnosticada amb la infecció per VIH és dotar-la d'estratègies d'afrontament i apoderar-la per a la integració saludable de la infecció en la seva rutina de vida i per a fer front a les situacions d'estigma i discriminació. Per aconseguir aquests objectius és fonamental l'avaluació de la persona.

Els principals aspectes que hem d'incloure en l'avaluació són:

- Creences i informació sobre la infecció per VIH
- Estat d'ànim i ansietat
- Autoestima
- Vivència de la sexualitat
- Estratègies d'afrontament
- Qualitat de vida

4.4.1. Primera sessió: informació sobre la infecció i psicoeducació

L'avaluació en un cas com el de la Kàtia hauria de començar amb l'exploració de la informació que té sobre la infecció per VIH i per la identificació de falsos mites i creences errònies que influiran en la integració i la vivència de la seva realitat de vida. Abans de res hem de conèixer com a professionals tota la informació relacionada amb el VIH.

Per a avaluar els coneixements de la Kàtia podem preparar un qüestionari *ad hoc* amb informació sobre com actua el virus al nostre organisme, quins són els tractaments antivirals, les vies de transmissió, les pràctiques de risc, etc. Aquest qüestionari pot incloure també aspectes relacionats amb l'autoestigma; per exemple, poden haver-hi preguntes sobre les creences de la persona sobre en quins aspectes es pot sentir limitada una persona amb VIH. Aquí inclouríem el desenvolupament laboral, la vivència de la sexualitat i de les relacions de parella, participació en activitats esportives, tenir fills, etc.

En una primera sessió, a més de l'avaluació sobre la informació que acabem de comentar, seria molt recomanable facilitar a la persona, mitjançant la psicoeducació, una altra mena d'informació que servirà per calmar mínimament l'ansietat que li ha generat el diagnòstic d'infecció per VIH. Es tractaria de fer-li saber que el fet d'estar infectat no suposa que la persona hagi d'arribar a la fase de SIDA ni que hagi de morir per aquesta causa. A banda de les nostres explicacions, podem facilitar-li material imprès i *online* sobre la malaltia.

4.4.2. Segona sessió: ansietat, estat d'ànim i autoestima

La segona sessió amb la Kàtia la dedicarem a aclarir els dubtes que continuï tenint sobre la infecció per VIH i avaluarem els aspectes relacionats amb la salut mental: estat d'ànim i depressió. Començaríem amb una entrevista per explorar aspectes de la vida quotidiana de la Kàtia (activitats i motivacions, interessos per les activitats de vida quotidiana, entorn social, familiar i de parella, percepció del seu estat d'ànim, irritabilitat, sentiments de culpa, pensaments sobre el seu present i el seu futur i ideació suïcida).

Entre els instruments estandarditzats podríem administrar l'Inventari de Depressió de Beck-II (BDI-II) o el l'Escala Hospitalària d'Ansietat i Depressió de Hamilton (HAD). És recomanable, en un primer moment, utilitzar instruments breus que ens donin informació general sobre l'ansietat i la depressió. Si identifiquem simptomatologia per considerar el diagnòstic de trastorn, administrarem altres instruments més amplis que ens ajudaran en aquest sentit.

El BDI-II ja ha estat comentat al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica" d'aquesta assignatura. Pel que fa al HAD, cal ressaltar que amb un sol instrument podem identificar simptomatologia depressiva i també d'ansietat (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles i Sierra, 2013; Bjelland, Dahl, Haug i Neckel-

mann, 2002; Zigmund i Snaith,1983). El HAD consta de dues subescales, una d'ansietat i una altra de depressió, amb set ítems cadascuna. Els principals avantatges d'aquesta escala són, d'una banda, que es tracta d'un instrument senzill i breu que inclou ítems rellevants en contextos de salut, i, de l'altra, que explora respostes cognitives, emocionals i comportamentals de l'ansietat i de la depressió. A més, presenta bones propietats psicomètriques i ha estat validat per a diferents problemes de salut incloent la infecció per VIH.

Pel que fa a l'avaluació de l'ansietat, si ho considerem convenient i sempre que no saturem amb massa instruments la Kàtia (cosa que podria desmotivar-la), podríem administrar el Qüestionari sobre l'ansietat estat/tret (STAI) o l'Inventari de situacions i respostes d'ansietat (ISRA) que també hem vist al mòdul "L'avaluació en psicologia clínica".

En aquesta segona sessió podríem avaluar també l'autoestima de la Kàtia i ho faríem amb un instrument molt breu: l'Escala d'autoestima de Rosenberg (1965). Aquest instrument està format per 10 ítems amb respostes Likert (1-4) en funció del grau d'acord amb cada afirmació. S'obté una puntuació global de l'autoestima de la persona amb un punt de tall de 29 punts, considerat elevada autoestima.

4.4.3. Tercera sessió: estils d'afrontament i adherència

Una vegada hem explorat els aspectes d'autoestima, estat d'ànim i ansietat en la Kàtia i hem comprovat que ja està assimilant la informació sobre el procés de la infecció, passàriem, en una tercera sessió, a indagar els estils d'afrontament que la persona té amb el VIH i si són adaptatius. Els estils d'afrontament i el suport social són dos aspectes que determinen la resiliència de la persona amb VIH.

Ja hem comentat al començament del mòdul diferents instruments per avaluar l'afrontament del problema de salut. Per avaluar els estils d'afrontament de l'estigma i la discriminació en el cas concret del VIH podem administrar el **Qüestionari d'estratègies d'afrontament** de Fuster-Ruíz de Apodaca, Molero, Holgado, Tello i Sansinenea (2014). Es tracta d'un instrument autoadministrat, encara que també es pot recollir la informació de manera heteroadministrada. Consta de 25 ítems de resposta Likert distribuïts en cinc factors:

- Distrès emocional relacionat amb l'experiència del VIH.
- Afrontament positiu i actitud de creixement personal.
- Canvi cognitiu relacionat amb el VIH.
- Afrontament positiu focalitzat en l'acció col·lectiva i el suport social.
- Rebuig percebut relacionat amb el VIH i evitació de situacions i experiència personal de rebuig.

Aquest qüestionari ens mostra diferents maneres de fer front a l'estigma del VIH. Podríem veure quines estratègies de control primari i secundari dirigides a alterar les condicions objectives de la situació de rebuig o enfocades a adaptar-se a la situació controlant les seves emocions implementa la Kàtia. Per exemple, treballar a nivell cognitiu que les respostes de la mare de l'Enric no l'afectin i que tant ella com l'Enric es converteixin en agents de salut per modificar les creences i mites de la mare. També identificariem estratègies d'evitació si, per exemple, la Kàtia es tanqués a la possibilitat de cercar feina o a participar en activitats per conèixer gent i crear la seva xarxa social.

En aquesta mateixa sessió avaluaríem la qualitat de vida relacionada amb la salut amb el qüestionari MOS SF-36, per poder així explorar com l'està afectant la percepció del seu diagnòstic (García-Ordóñez, Mansilla, Nieto, Cereto, Salas *et al.*, 2001; Alonso, Regidor, Barrio, Prieto, Rodríguez i De la Fuente, 1998; Alonso, Prieto i Antón, 1995). Com hem comentat en la primera part d'aquest mòdul, es tracta d'un instrument genèric breu i autoadministrat que explora diferents dimensions relacionades amb l'estat de salut de la persona.

Pel que fa a l'adherència al tractament, com que la Kàtia encara no l'ha començat perquè està fent les gestions oportunes per aconseguir la targeta sanitària, no podem fer cap avaluació sobre aquest aspecte. Una vegada iniciat el tractament antiviral i passades unes setmanes, podríem fer aquesta exploració. Un dels instruments més habituals i pràctics és el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ; Knobel, Alonso, Casado, Collazos, González *et al.*, 2002), un autoinforme sobre la presa dels medicaments. Altres mètodes per avaluar l'adherència serien els nivells plasmàtics o el recompte de la medicació. L'SMAQ és un instrument molt breu, de només sis preguntes, que ha estat validat en persones amb VIH. Les preguntes avaluen diferents facetes relacionades amb l'adherència farmacològica als antivirals: oblit, rutina, efectes adversos i quantificació d'omissions. La persona és no-adherent si respon qualsevol pregunta en sentit de no adherència. Pel que fa a la pregunta de quantificació, seria no adherent si ha deixat dues dosis durant els darrers set dies.

4.4.4. Quarta sessió: devolució de resultats

La quarta sessió la dedicariem a la devolució dels resultats a la Kàtia i li explicariem quin tractament implementariem en la seva situació. Recordem que al llarg de totes les sessions d'avaluació que fem amb la Kàtia anirem treballant des del primer moment la informació errònia que tingui sobre la infecció (psicoeducació).

4.5. Tractament

A partir de l'avaluació que hem fet amb la Kàtia, plantejaríem el tractament basant-nos en els següents aspectes i objectius:

- Facilitar informació sobre la infecció i la realitat de la vivència del VIH.

- Dotar la Kàtia d'estratègies d'afrontament davant situacions de rebuig i discriminació.
- Adquirir eines per al control de l'ansietat i l'estrès generat tant per la infecció com per l'estigma i l'autoestigma.
- Facilitar la creació d'una xarxa de suport social i emocional.
- Fomentar l'adherència al tractament antiviral i als estils de vida saludables.

Per aconseguir aquestes fites, en les sessions de tractament aplicariem diferents tècniques; entre elles podem destacar:

- Psicoeducació sobre la infecció i la rutina de vida d'una persona amb VIH.
- Entrenament en habilitats socials i de comunicació.
- Discussió cognitiva i diàleg socràtic per a controlar i modificar els pensaments negatius que afecten el seu estat d'ànim, però també per gestionar la simptomatologia ansiosa i l'estrès.
- Tècniques de relaxació.
- Entrevista motivacional per modificar els estils de vida poc saludables o per millorar les conductes de salut i l'adherència al tractament.

Finalment, en el cas de la Kàtia i per la informació que tenim, també seria necessari plantejar algun tipus d'intervenció amb la seva parella, l'Enric, ja que conèixer el diagnòstic de la Kàtia li ha generat malestar emocional i han aparegut pors relacionades amb la infecció que, de fet, suposen barreres per gaudir de les relacions sexuals i de la relació de parella mateixa. En aquestes situacions, amb la parella de la persona diagnosticada la nostra intervenció no hauria d'anar més enllà d'explorar els mites erronis en relació amb el VIH, explorar la informació que té sobre pràctiques sexuals de risc i vies de transmissió i altres aspectes i dubtes que ell puga plantejar. Si ho considerem necessari, podríem organitzar una sessió addicional amb tots dos, per a establir un espai de comunicació entre ells i aclarir els seus temors.

Lectura recomanada

M. J. Ruíz de Apodaca, J. Lagúia, i F. Molero (coord.) (2017). *Formación de mediadores y mediadores para el apoyo a personas con VIH*. Madrid: UNED.

Bibliografia

- Acosta, F. J., Hernández, J. L., i Pereira, J. (2009). Métodos de evaluación de adherencia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 13-28.
- Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campillo, M., i Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11 (4), 121-125.
- Alonso, J., Prieto, L., i Antón, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., i De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111(11), 410-416.
- Alvarado, L. (2016). Adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas y la vivencia del paciente. *Revista médica de Chile*, 144(2), 269-270.
- Alvarado, S., Ochoa, F. J., Guerra, H. G., Mulier, Y. A., Galindo, O., i Zapata, M.R. (2011). Adherencia terapéutica del paciente con cáncer, algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *GAMO*, 10(3), 136-142.
- American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition, Physical activity, and the Prevention of Cancer: a global Perspective*. Washington, DC: AICR.
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo (2017, noviembre). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf>
- Arostegui, I. i Núñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36. *Estadística española*, 50(167), 147-192.
- Arranz, P. i Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. A: E. Remor, P. Arranz, i S. Ulla (ed.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pàg. 93-120). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Arraras, J. I., Illarramendi, J. J., i Valerdi, J.J. (1993). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de psicología de la salud*, 7, 13-33.
- Badia, X., Roset, M., Herdman, M., i Kind, P. A. (2001). A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 21(1), 7-16.
- Ballester, R. i Botella, C. (1993). Perfil de Conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(64), 233-260.
- Ballester, R., Gómez, S., Fumaz, C. R., González, M., Remor, E., i Fuster, M. J. (2016). A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS & Behavior*, 20(2), 281-291.
- Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario Navarra*, 29(3), 19-27.
- Bayés, R. (1994). Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. A: R. Fernández (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pàg. 619-651). Madrid: Pirámide.
- Beck, A. T., Steer, R. A., i Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., i Trexler, L. J. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scales. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865.

- Belar, C. i Deardorff, W. W. (1995). Clinical health psychology assessment. A: C. D. Belar i W. W. Deardorff (ed.). *Clinical health psychology in medical settings: a practitioner's guidebook* (pàg. 39-67). Washintong: APA.
- Beléndez, M., Bermejo, R. M., i García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versió espanyola del revised illness perception questionnaire en una mostra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324.
- Beneitez, I. i Nieto, R. (2017). Do we understand pain from a biopsychosocial perspective? A review and discussion of the usefulness of some pain terms. *Pain management*, 7(1), 41-48.
- Bengtson, A. M., Pence, B. W., O'Donnell, J., Thielman, N., Heine, A., Zinski, A., Modi, R., McGuinness, T., i Gayness, B. (2015). Improvements in depression and changes in quality of life among HIV-infected adults. *AIDS Care*, 27(1), 47-53.
- Biswas, A., Oh, P. I., Faulkner, G. E., Bajaj, R. R., Silver, M. A., Mitchell, M. S., i Alter, D. A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 162(2), 123-132.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., i Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Brannon, L. i Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Bolton, J. L. i Thatcher, G. R. J. (2008). Potential mechanisms of estrogen quinone carcinogenesis. *Chemical Research in Toxicology*, 21, 93-101.
- Calvo, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Díaz de Santos.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief Coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Castro, J. A. (2015). Cáncer de mama y consumo de bebidas alcohólicas: una relación poco conocida y una verdad incómoda. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 49(1), 17-18
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafin, B., Linn, E. *et al.* (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 570-579.
- Cescon, A., Cooper, C., Chan, K., Palmer, A., Klein, M., Machouf, N., Loutfy, M., Raboud, J., Rachlis, A., Ding, E., Lima, V., Montaner, J., Rourke, S., Smieja, M., Tsoukas, C., i Hogg, R. (2011). Factors associated with virological suppression among HIV-positive individuals on highly active antiretroviral therapy in a multi-site Canadian cohort. *HIV Medicine*, 12(6), 352-360.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2001). Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58209 women with breast cancer and 101986 women without the disease. *The Lancet*, 358, 1389-1399.
- Colditz, G. A., Baer, H. J., i Tamini, R. M. (2006). Breast Cancer. A: D. Schottenfeld, J. F. Fraumeni (ed.). *Cancer Epidemiology and Prevention* (pàg. 995-1013). Nova York: Oxford University Press.
- Cruzado, J. A. (2015). *Manual de psicooncología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cruzado, J. A. i Olivares, M. E. (2000). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. A: J. M. Buceta, A. M. Bueno, i B. Bas (ed.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pàg. 341-402). Madrid: Pirámide.
- Dumitrescu, R. G. i Cotarlar, I. (2005). Understanding breast cancer risk. Where do we stand in 2005? *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 9, 208-221.
- EuroQol Group (1990). EuroQol a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Evangelí, M. i Row, A. L. (2017). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS and Behavior*, 21(1), 1-11.

- Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., i Parkin, D. M. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*, 127, 2893-2917.
- Fernández, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., i Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal percibida de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 31-41.
- Fritz, A., Percy, C., Jack, A., i Shan, K. (2003). *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O)*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Fuster-Ruíz de Apodaca, M. J., Molero, F., Holgado, F. P., i Sansinenea, E. (2014). Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-20.
- Fuster-Ruíz de Apodaca, M. J., Molero, F., i Ubillos, S. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-48.
- García del Castillo, J. A., López-Sánchez, C., Segura, M. C., i García del Castillo-López, A. (2012). Estilos de vida y salud: promoción y prevención. A: M. C. Terol, Y. Quiles i M. V. Pérez (coord.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pàg. 135-147). Madrid: Pirámide.
- García-Ordóñez, M. A., Mansilla, J. J., Nieto, E., Cereto, M. R., Salas, F., Vallejo, M., i Martínez, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 74-79.
- García-Segovia, P., Sánchez, A., Doreste, J., i Serra, L. (2004). Alcohol y tabaco: Factores de riesgo de cáncer. *Biocáncer*, 1, 1-15.
- Gaudet, M. M., Gapstur, S. M., Sun, J., Diver, W. R., Hannan, L. M., i Thun, M. J. (2013). Active Smoking and Breast Cancer Risk: Original Cohort Data and Meta-Analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 105 (8), 515-525.
- Gómez, A. i Rodríguez, C. A. (2004). Cáncer de mama. A: J. J. Cruz Hernández. *Lecciones de Oncología* (pàg. 287-315). Madrid: Grupo Aula Médica S.L.
- Gil, J. (2004). Evaluación e intervención en Psicología de la Salud. A: J. Gil (dir.). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pàg. 149-190). Madrid: Pirámide.
- González, V. M., Stewart, A., Ritter, P. L., i Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 38(10), 1429-1446.
- González, S., Madoz, A., Parro, C., Hernández, D., i Ochoa, E. (2017). Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias. *Adicciones*. <<https://doi.org/10.20882/adicciones.916>>
- Gutiérrez, T. i Villafañá, F. (2003). Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables: actividad física y control de peso. A: T. Gutiérrez, R. M. Raich, D. Sánchez i J. Deus (coord.). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud* (pàg. 67-94). Madrid: Alianza Editorial.
- Hao, L., Li, G., Yang, L., Yang, L., i Petridis, L. (2016). Influencia del entrenamiento en rehabilitación psicológica de las emociones negativas y calidad de vida en pacientes con dolor crónico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 99-106.
- Herdmand, M. Badiá, X., i Serra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429.
- Hernández, J. L., Acosta, F., i Pereira, J. (2009). Adherencia terapéutica. Generalidades. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 13-28.
- Hudelson, C. i Cluver, L. (2015). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care*, 27(7), 805-816.
- Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., McGowan, M. G., Nelson, J. D., i Pratt, E. N. (2003). Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-speaking Hispanic adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (3), 244-254.

Ibañez, N., Lorente, E., Grau, E., Franch, C., i Ballester, R. (1995). Validez del Illness behavior questionnaire (IBQ): estudio factorial y criterial. *Jornades de Foment de la Investigació*. <<http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/80547>>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016). Estadística de Defunciones 2016. <http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf>

International Agency for Research on Cancer. (2002). *Weight control and physical activity*. IARC Handbooks for cancer prevention, vol. 6. Lió: International Agency for Research on Cancer.

Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., i Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61, 69-90.

Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., i Strom, S. E. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. *Pain*, 60(2), 203-216.

Juan, E. (2003). Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico. A: T. Gutiérrez, R. M. Raich, D. Sánchez, i J. Deus (coord.). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud* (pàg. 183-210). Madrid: Alianza Editorial.

Key, T. J., Allen, N. E., Spencer, E. A., i Travis, R. C. (2002). The effect of diet on risk of cancer. *Lancet*, 360, 861-868.

Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., Kindelan, J. M., Carmo, A., Juega, J., i Ocampo, A. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*, 16(4), 605-613.

Kerns, R. D., Turk, D. C., i Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23(4), 345-356.

Kovaks, F. i Moix, J. (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona: Paidós.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., i Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 26(4), 310-325.

Linos, E., Willett, W. C., Cho, E., i Frazier, L. (2010). Adolescent Diet in Relation to Breast Cancer Risk among Premenopausal Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 19(3), 689-696.

Martín, M., Quiles, Y., i Bernabé, M. (2012). Creencias de control. A: M. C. Terol, Y. Quiles, i M. V. Pérez (coord.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pàg. 17-52). Madrid: Pirámide.

McPherson, K., Steel, C. M., i Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321, 624-628.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 227-299.

Miguel-Tobal, J. J., Casado, M., Cano-Vindel, A., i Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, S.T.A.X.I.-2*. Madrid: TEA

Miller, R. P., Kori, S. H., i Todd, D. D. (1991). The Tampa Scale. Document no publicat, Tampa.

Moorey, S. i Greer, S. (1989). *Psychological therapy for patients with cancer. A new approach*. Londres: Heinemann Medical Book.

Moreno, E. i Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.

Morisky, D. E., Green, L. W., i Levine D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., i Buick, D. (2002). The illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

Muñoz, M., Rosegui, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A. B., i Colomina, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.

Neipp, M. C., Lledó, A., i Pons, N. (2012). Ajuste y adaptación psicosocial. A: M.C. Terol, Y. Quiles, i M. V. Pérez (coord.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pàg. 85-134). Madrid: Pirámide.

Newman, B., Mu, H., Butler, L. M., Millikan, R. C., Moorman, P. G., i King, M. C. (1998). Frequency of breast cancer attributable to BRCA1 in a population-based of American women. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 915-922.

Nieto, J., Abad, M. A., Esteban, M., i Tejerina, M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: McGrawHill.

Nieto, R. (2017). *Tengo dolor: ¿Cómo puedo seguir con mi vida?*. Barcelona: Editorial UOC.

Noguera, M. J., Pérez, B., Barrientos, V., Robles, R., i Sierra, J. G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.

Ogueda, J. P. i Barra, E. (2017). Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. *Psicología y Salud*, 27(2), 207-211.

Orellana, C. (2007). La actitud médica ante el dolor ajeno. *Persona y bioética*, 11(2), 146-155.

Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Grupo de Estudio del Sida (GESIDA) (2008). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria*, 32(6), 349-57.

Pérez-Rodrigo, C. (2002). La alimentación en la génesis y prevención del cáncer. A: C. Gómez Candela i A. Sastre Gallego (ed.). *Soprote nutricional en el paciente oncológico* (pàg. 23-34). Madrid: You & Us, S.A.

Pilowsky, I. (1971). The diagnosis of abnormal illness behavior. *Australia and New Zealand journal of psychiatry*, 5(3), 136-138.

Pilowsky, I. i Spence, N. D. (1983). *Manual for Illness Behaviour Questionnaire*. Australia: University of Adelaide.

Poorolajal, J., Hooshmand, E., Mahjub, H., Esmailnasab, N., i Jenabi, E. (2016). Survival rate of AIDS disease and mortality in HIV-infected patients: a meta-analysis. *Public Health*, 139, 3-12.

Pousa, V., Mígulez, A., Hernández, M., González, M. A., i Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172.

Prochaska, J. i DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Towards and integrative model of change. *Journal of counseling and clinical psychology*, 51(3), 390-395.

Quiles, Y. i Terol, M. C. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280.

Remor, F., Fuster, M. J., Ballester, R., Gómez, S., Fumaz, C. R., González, M., Ubillos, S., Aguirrezabal, A., i Molero, F. (2012). Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or AIDS. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2414-2423.

Riboli, E. i Norat, T. (2003). Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 559-569.

Riera, M., Esteban, H., Suarez, I., Palacios, R., Lozano, F., Blanco, J. R., Valencia, E., Ocampo, A., Amador, C., Frontera, G., vonWichmann-de Miguel, M. A., i the GESIDA Study Group of the HIV quality indicators (2016). Validación y cumplimentación de los indicadores de calidad GESIDA en pacientes con infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 34(6), 346-352.

Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Reyes-Estrada, M., Suro, B., i Coriano, D. (2012). Factores socio-estructurales y el estigma hacia el VIH/Sida: experiencias de puertorriqueños/as con VIH/Sida al acceder a servicios de salud. *Salud y Sociedad*, 3(2), 180-192.

Riveros, A., Sánchez, J. J., i Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCa-ViSa)*. México: Manual Moderno.

Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., van Lunzen, J., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Asboe, D., Viciano, P., Gutiérrez, F., Clotet, B., Pradier, C., Gerstoft, J., Weber, R., Westling, K., Wandeler, G., Prins, J. M., Rieger, A., Stoeckle, M., Kümmerle, T., Bini, T., Ammassari, A., Gilson, R., Krznaric, I., Ristola, M., Zangerle, R., Handberg, P., Antela, A., Allan, S., Phillips, A. N., Lundgren, J., i PARTNER Study Group. (2016). Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *Journal of the American Medical Association*, 316(2), 171-181.

Rodríguez, M. A., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez, A., i Faus, M. J. (2008). Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413-418.

Rodríguez, J. (2012). La evaluación en psicología de la salud. A: M. C. Terol, Y. Quiles, i M. V. Pérez (coord.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pàg. 11-16). Madrid: Pirámide.

Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S., i Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista Psicología de la Salud*, 4(2), 59-84.

Rodríguez, J. i Zurriaga, R. (2003). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Romero, R. (2009). Intervención psicológica en el paciente oncológico crónico. A: V. Monsalve, J. Soriano, E. Carbajo, i F. J. Santolaya (coord.). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario* (pàg. 45-58). València: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

Romero, R., Ibáñez, E., i Monsalve, V. (2000). La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar. A: F. Gil (ed.). *Manual de Psico-Oncología* (pàg. 15-38). Madrid: Nova Sidonia Oncología.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Salamero, M., Perri, J. M., i Gutiérrez, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. A: E. Remor, P. Arranz, i S. Ulla (ed.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pàg. 75-92). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Salmerón, P., Giménez, C., i Nieto, R. (2016). *La promoción de la salud. Claves para su práctica*. Barcelona: UOC.

Sánchez, J. J. i González-Celis, A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. A: V. E. Caballo (dir.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pàg. 473-492). Madrid: Pirámide.

Santen, R., Cavalieri, E., Rogan, E., Russo, J., Guttenplan, J., Ingle, J., i Yue, W. (2009). Estrogen mediation of breast tumor formation involves estrogen receptor-dependent, as well as independent, genotoxic effects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1155, 132-140.

Sanz, J., Perdígón, A. L., i Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II: propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

Schmid, D. i Leitzmann, M.F. (2014). Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 25(7), 1293-1311.

Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G. *et al.* (2011). Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *British Medical Journal*, 7, 342:d1584. doi: 10.1136/bmj.d1584.

Sociedad Española de Oncología Médica (2018). Las cifras del cáncer en España 2018. <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf>

Soriano, J. (1992). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, 73-85.

Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., i Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.

Telch, C. F. i Telch, M. J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.

Terol, M. C., Pastor, M. A., i López-Roig, S. (2012). Apreciación de estrés y recursos de afrontamiento. A: M. C. Terol, Y. Quiles, i M. V. Pérez (coord.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pàg. 53-84). Madrid: Pirámide.

Teva, I., Bermúdez, M. P., Quero, J., i Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud mental*, 28(5), 40-49.

Thompson, K., Kulkarni, J., i Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*. 42(3), 241-247.

Thune, I. i Furberg, A. S. (2001). Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine & Science in Sports & Exercise* (MSSE), 33(6), 530-550; discussion 609- 610.

Turk, D. C., Dworkin, R. H., Allen, R. R., Bellamy, N., Brandenburg, N., Carr, D. B., Cleeland, C., Dionne, R., Farrar, J. T., Galer, B. S., Hewitt, D. J., Jadad, A. R., Katz, N. P., Kramer, L. D., Manning, D. C., McCormick, C. G., McDermott, M. P., McGrath, P., Quessy, S., Rappaport, B. A., Robinson, J. P., Royal, M. A., Simon, L., Stauffer, J. W., Stein, W., Tollett, J., i Witter, J. (2003). Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 106(3), 337-345.

Turan, B., Budhwani, H., Fazeli, P. L., Browning, W. R., Raper, J. L., Mugavero, M. J., i TuranHow, J. M. (2017). Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. *AIDS and Behavior*, 21(1), 283-291.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista de Médica de Chile*, 138(3), 358-365.

van Luenen, S., Garnefski, N., Spinhoven, P., Spaan, P., Dusseldorp, E., i Kraaij, V. (2018). The Benefits of Psychosocial Interventions for Mental Health in People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 22(1), 9-42.

Vanegas, D., Acevedo, L., Díaz, F. J., i Velilla, P. A. (2014). Resistencia a antirretrovirales: bases moleculares e implicaciones farmacológicas. *Revista CES Medicina*, 28(1), 91-106.

Ventura, J. M., Martín, M. T., Morillo, R., Yébenes, M., i Casado, M. A. (2014). Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farmacia Hospitalaria*, 38(4), 291-299.

Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.

Ware, J. E. i Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Watson, D., Clark, L. A., i Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

Watson, M., Law, M., dos Santos, M., Greer, S., Baruch, J., i Bliss, J. (1994). The Mini-Mac: Further Development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-47.

Wilson, D. M. C i Cliliska, D. (1984). Lifestyle assessment. *Canadian Family Physician*, 30, 1527-1532.

World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Ginebra: World Health Organization.

Yager, J. D. (2000). Endogenous estrogens as carcinogens through metabolic activation. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 27, 67-73.

Yue, W., Santen, R. J., Wang, J. P., Li, Y., Verderame, M. F., Bocchinfuso, W. P., Korach, K. S., Devanesan, P., Todorovic, R., Rogan, E. G., i Cavalieri, E. L. (2003). Genotoxic metabolites of estradiol in breast: potential mechanism of estradiol induced carcinogenesis. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 86, 477-486.

Zigmond, A. S. i Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.