

**PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIAS PARA LA CREACIÓN Y  
PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO  
DE PSICOLOGÍA CLINICA Y DE LA SALUD**

**Una oportunidad de mejora**

**Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitalares**

**Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid**

**Grupo de Trabajo de Psicólogos Hospitales**

**Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid**

- \*Universidad: UNED: *Miguel Ángel Vallejo Pareja.*  
UAM: *José Antonio Carrobles Isabel.*  
UCM: *Carmelo Vázquez Valverde.*
- \*Hospital: H.U. Clínico San Carlos: *M<sup>a</sup> Eugenia Olivares Crespo.*  
H.U. Gregorio Marañón: *José M<sup>a</sup> Pérez Millán.*  
H.U. La Paz: *Pilar Arranz Carrillo de Albornoz.*  
*Carolina del Rincón Fernández.*  
H.U. Ramón y Cajal: *Mercedes Denia Lafuente.*  
H.U. Doce de Octubre: *Fabiola Cortés Fúnes.*  
H. San Rafael: *Mónica Monedo Navazo.*  
H. La Fuenfría: *Beatriz Moreno Millán.*  
ESAD- Area 7: *Javier Barbero Gutiérrez.*  
PIR: *Mayelin Rey Bruguera.*
- \*Asesores Expertos: *Jesús Rodríguez Marín.*  
*Miguel Costa Cabanillas.*  
*Pilar Barreto Martín.*

Madrid, mayo de 2005

En el marco de la incorporación de líneas innovadoras capaces de mejorar la calidad de vida hospitalaria, se propone la puesta en marcha de un Servicio de Psicología Clínica y de la Salud en el ámbito hospitalario, con el espíritu de desarrollar un programa asistencial, docente y de investigación dirigido a dar respuesta a las necesidades psicológicas más relevantes y urgentes de los enfermos, familias y personal hospitalario.

En su proceso de construcción como disciplina científica y de ejercicio profesional autónomo, la Psicología ha generado como señas de identidad: la capacidad para conocer y modificar el comportamiento humano, la fundamentación empírica, según los estándares científicos, de sus pautas de intervención y el trabajo interdisciplinar con otros profesionales de la salud.

## CONTENIDO

- I. Justificación
- II. Dimensiones del proyecto
- III. Psicología Clínica y de la Salud
- IV. Objetivos
- V. Modelo de organización de un Servicio de Psicología Clínica y de la Salud
- VI. Fases del proyecto. Planificación y desarrollo
- VII. Aspectos estructurales.
- VIII. Análisis del medio. Auditoría clínica.
- IX. Plan de Formación
- X. Plan de Calidad
- XI. Conclusiones
- XII. Bibliografía

## I. JUSTIFICACIÓN

La Psicología es el estudio científico del modo en que la gente se comporta, piensa y siente y su alcance es por tanto tan amplio como variada es la actividad humana. Sin embargo, uno de los contextos especialmente críticos de la aplicación de esta disciplina científica es el hospital. El hospital es el escenario de atención de salud en donde la experiencia de sufrimiento resulta más apremiante para la persona y en donde los clínicos de cualquier especialidad médica necesitan afrontar de manera excelente, en el curso de su trabajo con pacientes y familiares, demandas también apremiantes de alivio, de curación y de esperanza. Y han de hacerlo, a través de un nivel específico de análisis e intervención propios de la Psicología: las maneras en que unos y otros se comportan. En este sentido, todos, clínicos y pacientes, pueden beneficiarse de la Psicología.

En particular, la excelencia del cuidado exige que la práctica clínica esté basada en la evidencia científica y, como consecuencia, los clínicos necesitan buscar en la psicología una base de evidencia para su práctica.

El presente Proyecto, pues, se justifica por la importancia del comportamiento en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la mayoría de trastornos tratados en las diversas especialidades médicas del hospital (Remor, Arranz y Ulla, 2003; Salmon, 2000; White, 2001). Ello queda fundamentado en múltiples trabajos en el ámbito de, entre otros, tratamiento del dolor, oncología, neurología, psiquiatría, digestivo, dermatología, etc., así como en la propia existencia de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, tal y como lo reconoce el vigente Título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica o el sistema de formación PIR. Ello justifica que los servicios psicológicos se ofrezcan en el contexto hospitalario, integrados con el resto de la asistencia sanitaria. Estos servicios además de recoger tratamientos de primera elección -caso por ejemplo de la bulimia en los trastornos alimentarios-, también aportan tratamientos complementarios -caso del tratamiento del dolor o colitis ulcerosas- o apoyo en los procesos de información y comunicación, de adhesión a los tratamientos, en la toma de decisiones en situaciones potencialmente aversivas y, en último término, en aquellos aspectos que precisan incidir en el comportamiento de los pacientes.

¿Tiene sentido y rentabilidad planificar un servicio de psicología en el ámbito hospitalario? Sí lo tiene: la evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico estaría disponible para todos los servicios del hospital que lo precisaran; se optimizarían, por tanto, los recursos que, de otro modo, estarían aislados e inconexos. Según la experiencia de otros países europeos, como es el ejemplo de Holanda, la aportación de la Psicología Clínica a la Medicina tradicional reduce la expansión del coste del sistema de cuidado de la salud (Donker, 1991).

## II. DIMENSIONES DEL PROYECTO

**Dimensión científica:** Se ha demostrado la influencia del comportamiento y la emoción sobre numerosos trastornos. Son factores que en interrelación con factores biológicos y ambientales, pueden generar mayor vulnerabilidad en los pacientes tal y como nos desvela la psiconeuroinmunología (Glaser, 2005; Wittstein, 2005). Se ha probado la eficacia de las intervenciones psicológicas individuales y grupales, para prevenir y compensar los efectos indeseables del proceso de enfermar (Andersen, 2004; Goodwin, 2001; Spiegel, 2001).

En la actualidad se dispone de protocolos psicológicos de actuación en diversos ámbitos (oncología, cardiología, dolor, trasplantes, amputados, dermatología, obesidad, insuficiencia renal, neuropsicología, etc.) que permiten un abordaje científico y eficiente (Remor, Arranz, Ulla, 2003; Arranz, Barbero, Barreto, Bayés, 2003; Holland, 1999).

**Dimensión asistencial:** En la actualidad, el sistema de atención sanitaria no cubre las necesidades psicológicas en el ámbito hospitalario. Se ha puesto de manifiesto la importancia del comportamiento y estilo de vida en todos los procesos patológicos, se presenten éstos de una manera aguda o crónica. El aumento de la expectativa de vida y los grandes desarrollos de la tecnología sanitaria están propiciando que la población, al vivir más años, padezca dolencias y enfermedades con un carácter crónico. Por esta razón, las personas pasan una parte relativamente importante de sus vidas padeciendo enfermedades de una manera más o menos prolongada y bajo el control más o menos estable y permanente del sistema de atención sanitaria. Las características de las condiciones crónicas y de cómo éstas afectan a los propios pacientes y familiares en el ajuste de su vida diaria, resultan especialmente vulnerables a la falta de recursos en la cartera de servicios de atención sanitaria. Se acepta, por ejemplo, que aproximadamente entre el 20 y 25% de los pacientes con

enfermedades crónicas experimentan problemas psicológicos específicos clínicamente significativos (White, 2001), con independencia de los problemas conductuales que pudieran presentar según la dolencia. También son relevantes la atención psicológica en procesos agudos de los cuales se derivan situaciones complejas presentes en el quehacer asistencial diario y la intervención en crisis. En este contexto, la excelencia de la atención cobra una gran importancia y la atención excelente implica un énfasis de las necesidades psicológicas de los pacientes y sus familias.

**Dimensión presupuestaria:** Las intervenciones psicológicas pueden tener efectos beneficiosos a nivel económico disminuyendo los gastos. No reconocer y abordar los aspectos psicológicos que influyen en los procesos de salud-enfermedad conlleva un incremento de la demanda asistencial, del consumo de fármacos y de las visitas a urgencias, a la vez que no se cumplen los estándares de satisfacción requeridos y aumentan quejas de los pacientes (Carlson y Bultz, 2003).

### III. PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

**Competencias del psicólogo clínico y de la salud en el ámbito hospitalario:** La Psicología Clínica y de la Salud se ocupa del comportamiento humano, de los factores que lo determinan y de cómo inciden en la salud de las personas. Utiliza métodos que provienen de la psicología experimental para estudiar, explicar, prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar los aspectos psicológicos que afectan a la conducta, las emociones y las relaciones de las personas. Las intervenciones psicológicas tienen diversas modalidades y vías concretas de integración con los tratamientos médicos (Real Decreto 2490/1998 del 20 de noviembre 1998).

**Funciones del psicólogo clínico y de la salud en el ámbito hospitalario:**

**Función asistencial:**

Atención directa a la población adscrita al Hospital donde se prestan los servicios, con carácter individual o grupal y en distintos grupos de edad, incluyendo pacientes ambulatorios y el seguimiento de pacientes en programas de atención hospitalaria en patologías específicas (crónicos o en proceso de rehabilitación y seguimiento).

Esta atención se dirige al tratamiento directo de determinados problemas clínicos y otras veces al apoyo de determinados tratamientos médicos.

- **Evaluación y psicodiagnóstico:** función que consiste en recoger y analizar el motivo de la demanda y la información pertinente, valorando tanto los factores de riesgo y de protección, como los recursos de afrontamiento, sirviéndose de técnicas de evaluación psicológica entre las que se encuentran la entrevista, la observación, los tests, autoinformes o registros psicofisiológicos. Como resultado del proceso de evaluación se realiza un diagnóstico psicológico, utilizando criterios validados y acreditados por la comunidad científica.
- **Tratamiento psicológico:** actuando sobre los factores psicológicos y sociales que inciden sobre el trastorno: por ejemplo, trastornos de ansiedad, dolor crónico, fibromialgias, colitis ulcerosas, etc.

La actividad del psicólogo hospitalario, también desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud se orienta hacia las **personas** y el **contexto hospitalario:**

- Fomentando y promoviendo hábitos de salud en la población: competencias de autocuidado y de prácticas saludables.
- Mejorando los procesos de comunicación y de solución de problemas entre pacientes, familiares y proveedores de cuidado y de atención con técnicas específicas psicológicas (técnicas de activación conductual, técnicas de exposición, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, etc.).

El psicólogo clínico hospitalario también cumple una función de **rehabilitación**. El objetivo principal es lograr que los pacientes obtengan el mayor nivel de autonomía y funcionamiento social posible, mejorando su calidad de vida. La rehabilitación se ocupa de aquellos factores vitales que interfieren en la adaptación social de la persona promoviendo la mayor aceptación posible de las limitaciones (físicas y mentales) derivadas de la enfermedad y desarrollando estrategias útiles de afrontamiento.

## **Función de docencia y supervisión:**

Los profesionales sanitarios realizan su actividad asistencial a través de relaciones interpersonales y su efectividad depende, aparte del dominio tecnológico que les es propio, de la calidad de esta relación. Y esta relación es un asunto técnico-psicológico que requiere un tratamiento docente específico (Donabedian, 1989).

Asimismo, se tiende a infravalorar el malestar psicológico de la población hospitalizada, en parte debido a la presión asistencial y a la falta de formación en estos aspectos psicológicos. Se pretendería formar a los profesionales de la salud con el fin de maximizar su nivel de competencia en el área psicológica al mínimo coste emocional posible. Diversos estudios estiman que alrededor de un 35% de personal médico y un 25% de personal de enfermería presentan algún tipo de sintomatología del Síndrome de Desgaste Profesional (*Burnout*) (Escribá y Bernabé, 2002; Maslach y Jackson, 1982).

La función docente del psicólogo se realiza en **3 niveles**:

1. formación continuada.
2. formación de pre-grado.
3. formación de Especialidad y post-grado.

1. Formación continuada: pretende una optimización de la calidad en el sistema de salud sobre los usuarios. El objetivo principal es dotar de habilidades, conocimientos y actitudes específicas a profesionales sanitarios en el adecuado manejo de las relaciones interpersonales. Se pueden considerar distintos niveles en función del grado de complejidad y del tipo de pacientes y patologías asociado.

2. Formación pre-grado: dirigido a estudiantes de Psicología, Enfermería, Medicina, Trabajo Social y a otros estudiantes que puedan estar vinculados al ámbito hospitalario.

3. Formación de Especialidad y post-grado: dirigida a médicos, psicólogos y diplomados de enfermería (MIR, PIR, Master, Doctorado).

## **Función de investigación.**

El psicólogo debe comprometerse en el avance, aplicación y difusión del conocimiento científico. La investigación de los aspectos psicológicos ha de garantizar la calidad y adecuación de la actuación profesional y permitir desarrollar acciones basadas en

resultados científicos. Ello implica la capacidad de: a) identificar las líneas de investigación prioritarias que incidan en la realidad en la que se trabaja; b) construir, estandarizar y validar las evaluaciones de las necesidades emergentes; c) detección de los factores de riesgo y prevención que inciden en las enfermedades; d) delimitar criterios y procedimientos para evaluar la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos; e) investigar en la ampliación de la evidencia de la eficacia y eficiencia de los tratamientos psicológicos en interacción con los médicos en las diversas patologías.

#### **Función administrativa e institucional.**

Cooperación y participación en la organización y gestión hospitalaria.

- **cumplimentando la Documentación Institucional** (elaboración de historias clínicas, partes de interconsulta, informes de derivación e informes clínicos y periciales que pueden estar dirigidos a pacientes, familiares, otros profesionales, etc.);
- **recogiendo los datos poblacionales y clínicos** de acuerdo con los métodos de registro utilizados en la Institución;
- **proporcionando información** a la dirección del hospital;
- **administrando y controlando los recursos asignados**;
- **realizando una evaluación continua de la actividad** y consecución de objetivos y metas establecidos;
- **participando activamente** en reuniones de equipo;
- **formulando programas de salud** en el área hospitalaria;
- **participando** en comisiones hospitalarias (docencia, técnico-asistencial, calidad, bioética, etc.);
- **efectuando un control continuo** de la calidad asistencial, y
- **participando** en programas de Coordinación con Atención Primaria y en asociaciones comunitarias.

#### **Función de Gestión y Control de Calidad.**

Estudiar y establecer la distribución de los recursos de manera efectiva y eficiente, dirigido a la satisfacción adecuada de las necesidades del enfermo, requiere la valoración periódica de la calidad de la asistencia y el asesoramiento y apoyo a los profesionales del hospital que lo soliciten.

Para garantizar la adecuación de la actuación profesional es necesaria la capacidad de actualizar la información referente a los propios conocimientos, habilidades y actitudes. Además el psicólogo en el ámbito hospitalario realizará sus funciones con el objetivo de alcanzar una buena praxis, mediante la aplicación de los principios legales y de la bioética, así como por el compromiso con el seguimiento del código deontológico en todas sus actuaciones.

#### IV. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS:

##### Objetivos Generales

1. Evaluar y tratar aquellos pacientes y familiares que precisen intervención psicológica.
2. Promover la excelencia del trato en relación con pacientes y sus familiares.
3. Fomentar el mejor nivel posible de calidad de vida en el paciente y familia durante el proceso de enfermedad, tratamiento, recuperación de salud, y calidad de muerte durante la fase final de la vida.
4. Prevenir el desgaste profesional.

##### Objetivos específicos

1. Aplicar los conocimientos científicos de la Psicología al ámbito de la intervención clínica y de la salud sobre la prevención de la psicomorbilidad, la promoción y rehabilitación de la salud, la prevención de recaídas; así como sobre las personas que padecen trastornos psicopatológicos.
2. Asegurar una atención psicológica adecuada para el desarrollo y aplicación óptima de protocolos de intervención
3. Respetar la autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica).
4. Facilitar y potenciar las sinergias de los distintos profesionales para mejorar la intervención interdisciplinar.
5. Contribuir en la formación y supervisión de los profesionales implicados.
6. Proporcionar apoyo y recursos psicológicos a los profesionales sanitarios.
7. Contribuir en el campo de la investigación.
8. Participar en la línea de desarrollo de calidad en la institución hospitalaria (European Fundation Quality Management).

## V. UN MODELO DE ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD:

El abordaje de las múltiples necesidades psicológicas que presentan los enfermos en el ámbito hospitalario puede estructurarse desde diferentes modelos asistenciales. Hasta ahora - y de manera muy limitada - el área prioritaria del psicólogo clínico ha sido Salud Mental. El tipo de intervención que se realiza aquí depende de la población en la que haya que intervenir (infantil, adultos, ancianos) y del carácter de la intervención (preventiva, tratamiento y rehabilitación).

En el año 1993 un documento de la OMS establece una guía de Tratamientos de eficacia probada, dedicando un amplio apartado a los tratamientos psicológicos. Se produce, así, un conocimiento de la profesión y de las diversas funciones del psicólogo en el sistema de salud más allá del tradicional papel de evaluadores y técnicos en el manejo de los instrumentos psicométricos.

El segundo área de intervención surge de los problemas psicológicos derivados del proceso de enfermedad. El diagnóstico de una enfermedad conlleva un cierto grado de sufrimiento generado por estresores vinculados a variables situacionales y personales. Es importante evitar que esta respuesta alcance niveles desadaptativos de frecuencia, intensidad, duración y sufrimiento sobreañadido.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, proponemos desde aquí un modelo con estructura **matricial** en la integración de la atención psicológica en el hospital. Este modelo tendría su expresión en la puesta en marcha de un **Servicio de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria**, provisto de las siguientes características:

1. Servicio con plena autonomía orgánica (un servicio como cualquier otro del hospital) que presta servicios a pacientes de numerosas especialidades médicas.
2. Con organización propia y jerarquizado.
3. Los profesionales adscritos a este servicio realizarán sus tareas y atenderán las demandas y necesidades según establezca la dirección de este servicio.
4. Se trata de que el psicólogo se integre en los equipos asistenciales de mayor vulnerabilidad psicológica asociada a la patología médica.

5. La dirección de este servicio garantizará la organización adecuada para atender las necesidades de asistencia en materia psicológica del resto de los servicios del hospital.
6. Los programas de actuación de este Servicio implicarían necesariamente la cooperación e interrelación con otros Servicios del Hospital, hasta el punto que el Servicio de Psicología ha de entenderse fundamentalmente como un Servicio de Servicios.
7. Posibilidad de interconsulta, ágil y habitual a otros servicios o unidades.

Para la puesta en marcha de este servicio se requiere:

- a) Apoyo institucional claro, explícito y público.
- b) Análisis detallado de la situación actual y necesidades.
- c) Conocimiento de la idiosincrasia y cultura de la Institución, con el consiguiente análisis de resistencias y potencialidades. La implantación de este servicio requerirá un informe que incluya una descripción de las condiciones del hospital y una relación de aquellas áreas y servicios que sean más o menos favorables a su implantación.
- d) Disponibilidad de personal formado y motivado.
- e) Planificación de un programa de gestión para el inicio y seguimiento del proceso, que monitorice y asegure niveles de calidad conforme a estándares de excelencia.

## VI. FASES DEL PROYECTO.

### FASE 1.

- Elaboración del proyecto y consultas.
- Aprobación del Proyecto por el Consejo de Dirección del Hospital, con la creación del Servicio de Psicología Clínica y de la Salud y la consiguiente asignación presupuestaria necesaria.

### FASE 2.

- Contratación del Jefe de Servicio
- Presentación del Servicio en las distintas áreas clínicas.
- Identificación y priorización de las necesidades de asistencia psicológica en los servicios del hospital.

- Establecer acuerdos con determinados servicios asistenciales del hospital para la incorporación funcional de un psicólogo con tareas propias de la psicología clínica y de la salud.
- Integración funcional en los Servicios asignados
- Elaboración del Plan de Coordinación y de Formación Interna.
- Desarrollo de vías clínicas interdisciplinarias en función de las necesidades específicas de cada servicio.
- Puesta en funcionamiento del servicio.

### FASE 3.

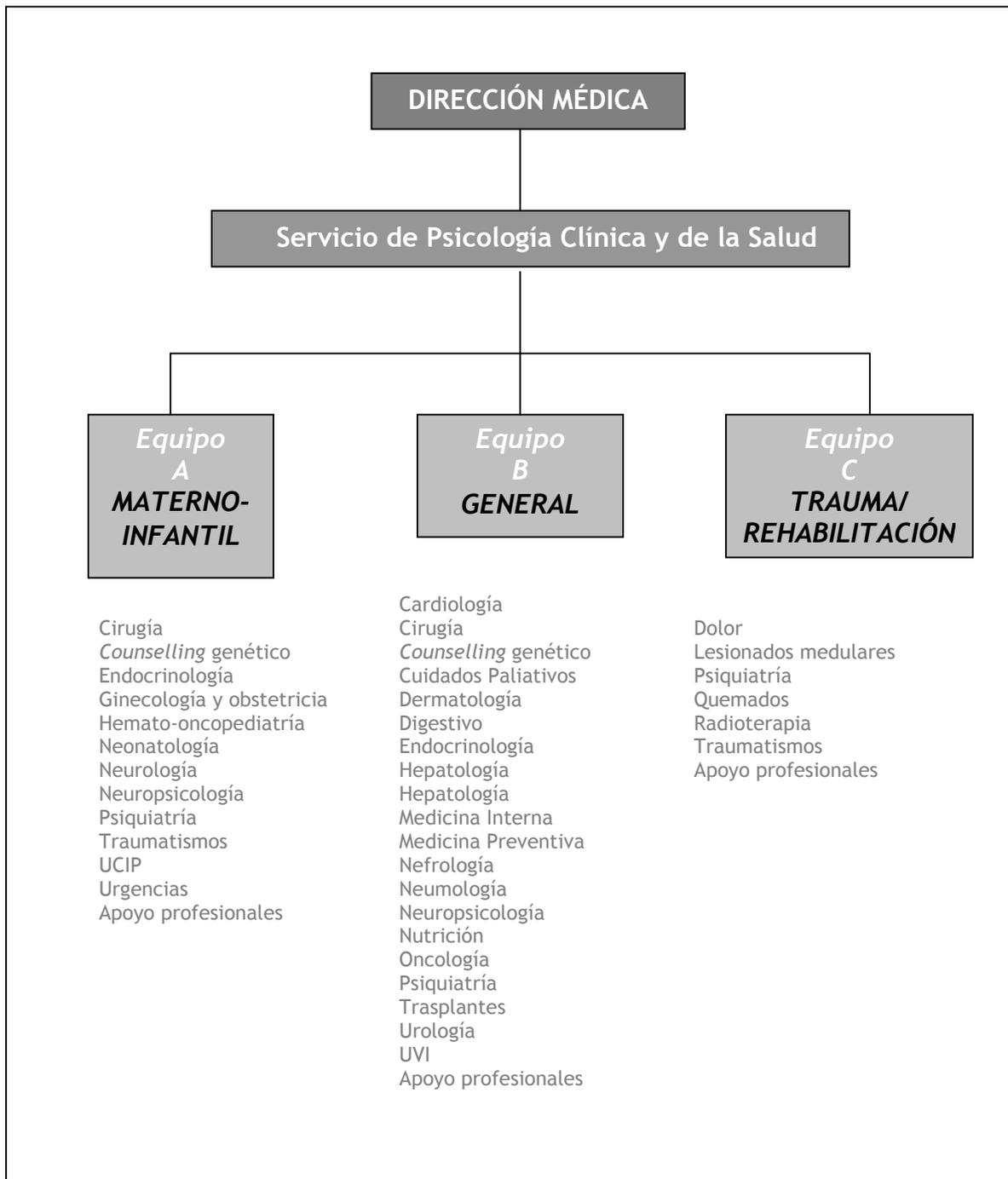
- Evaluación de estructura, proceso y resultados.
- En función de la anterior, ampliación de la intervención a otros Servicios del hospital.

Nota: en las distintas fases habría que especificar calendario previsto, número de profesionales del Servicio, etc.

## VII. ASPECTOS ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVOS.

- Dependencia de la Dirección Médica.
- Se establecerá un organigrama funcional que priorice aquellas necesidades psicológicas más urgentes en el ámbito hospitalario.
- Integración funcional con el Servicio asignado.
- Recursos materiales y profesionales necesarios y acordes con las actividades desarrolladas por el servicio: locales adecuados, personal administrativo adscrito, etc.
- Coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios implicados en la asistencia para garantizar la continuidad de cuidados.
- Establecer estándares para evaluar la calidad, procesos, estructura y resultados.
- Acreditación y evaluación.

A modo de ejemplo, presentamos el siguiente organigrama:



### VIII. ANÁLISIS DEL MEDIO. AUDITORÍA CLÍNICA.

Es importante la determinación de la situación de partida para: A) poder identificar y priorizar los procesos y áreas de mayor implicación psicológica en el desencadenante o evolución de la enfermedad; B) monitorizar el impacto del programa de atención psicológica, una vez transcurra un tiempo prudencial desde su puesta en marcha.

En términos generales, la realización de una encuesta o auditoría (audit) permitirá determinar:

- Resultados de los procesos realizados
- Percepción cualitativa de los enfermos y familiares
- Percepción cualitativa de los profesionales sanitarios

En términos más específicos, se proponen medidas relacionadas con los procesos como con los resultados de la actividad profesional.

#### Indicadores de procesos

- cobertura de los enfermos atendidos por el servicio
- número de consultas de seguimiento
- actividades de formación impartidas
- grado de cumplimiento de protocolos o vías clínicas elaboradas
- calidad de los informes asistenciales
- número de sesiones realizadas con otros servicios
- número de asistencia a congresos
- número de publicaciones

#### Indicadores de resultados

- Evolución psicológica de los enfermos atendidos en el servicio: escalas de autoevaluación y gráficas de evaluación.
- Grado de satisfacción de los profesionales con los que se comparte el área de actuación.
- Grado de satisfacción de los usuarios (enfermos y familia).

### IX. PLAN DE FORMACIÓN A OTROS PROFESIONALES

Se considera importante la formación a profesionales, especialmente médicos y enfermeras, en el conocimiento de los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, destacando el manejo de situaciones difíciles tanto en la relación con el paciente como con la familia. Un programa de formación basado en *counselling* y trabajo en equipo podría mejorar de manera significativa la atención a las personas en el hospital, maximizando su nivel de competencia al menor coste emocional posible.

## X. PLAN DE CALIDAD

La mejora continua de la calidad requiere la evaluación constante de las actividades desarrolladas. Para ello, deben elegirse una serie de indicadores que sean representativos de la realidad asistencial y del impacto del programa. Los indicadores y estándares elegidos deben ser consensuados dentro de la institución. La formulación explícita de metas y objetivos ayuda a centrar el tema y a mantener la perspectiva de los logros estructurales, de proceso y de resultados. El programa de calidad será compatible con el modelo de acreditación EFQM.

## XI. CONCLUSIONES

1. La creación y la puesta en marcha de un Servicio de Psicología Clínica y de la Salud en un Hospital General contribuiría a reparar un déficit histórico en el sistema de atención hospitalaria en España y a establecer un horizonte esperanzador para la calidad de la atención y el bienestar de los enfermos.
2. El avance científico de la Psicología nos permite hacer realidad el establecimiento de un contexto de atención integral y preventivo capaz de dar respuesta a las necesidades psicológicas más relevantes y urgentes de los enfermos, familias y personal sanitario; de mejorar el cumplimiento terapéutico e incrementar los efectos de los tratamientos que se administren; de evitar o paliar muchos sufrimientos, y de aportar, a un coste mínimo, amplios beneficios tanto a los pacientes como a los profesionales y al funcionamiento del sistema sanitario.
3. Tenemos el escenario donde se encuentra la experiencia más acuciante de sufrimiento y la posibilidad de integrar profesionales que lo pueden abordar.
4. Por último, el Proyecto que aquí se presenta supone, indudablemente, un reto, tan complejo y previsiblemente apasionante como necesario. Los retos se acompañan de riesgos, pero también de oportunidades. Un Servicio de Psicología Clínica y de la Salud para un hospital supondría, a nuestro juicio, la oportunidad de que podamos disminuir la experiencia de sufrimiento de los ciudadanos que a nosotros acuden de manera creativa, efectiva y eficiente.

## BIBLIOGRAFIA

- Ader, R., Cohen, N. y Felten, D.L. (1995). Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system. *The Lancet*, 345, 99-103.
- Andersen, B., Farrar, W., Golden-Kreutz, D., Glaser, R., Emery, C., Crespín, T. et al. (2004). Psychological, behavioural and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *Journal of clinical oncology*, 22, 3570-3580.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Bayés, R. (1988). Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 4 (1), 7-29.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England journal of medicine*, 342, 654-656.
- Carlson, L., Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1,8. Recuperado en <http://www.hqlo.com/content/1/1/8>.
- Cohen, S. y Herbert, T.N. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.J. y Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cunningham, A.J. (2000). Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psychooncology*, 9:367-371
- Donabedian, A. (1989). Institutional and Professional responsibilities in quality assurance. *Quality assurance in healthcare*, 1(1), 3-11.
- Donker, F.J. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En G.Buela y V.E. Caballo (Eds). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta y salud*. Madrid, Siglo XXI.
- Donker, F.J. y Sierra J.C. (1992). La función del psicólogo clínico en un hospital general: el ejemplo de Holanda. *Papeles del Psicólogo*, 52, 90-93.
- *Editorial The Lancet* 17/04/2004. The soft science of medicine. 363:1247

- Escribá, V. y Bernabé, Y. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria* 16, 6,487-496
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, D. Fahey, J.L. y Morton, D.L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J., Bonneau, R.H., Malarkey, W., Kennedy, S. y Hughes, J. (1992). Stress-induced modulation of the immune response to recombinant Hepatitis B vaccine. *Psychosomatic Medicine*, 54, 22-29.
- Glaser, R. (2005). Stress-associated immune dysregulation and its importance for human health: a personal history of psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 3-11.
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, V., Guther, H. et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England journal of medicine*, 345 (24): 1719-1726
- Hansen, D., Lou, H.C. y Olsen, J. (2000). Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *The Lancet*, 356, 875-880.
- Holland, J. (1999). Update:NCCN Practice Guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13 (11A): 459-507
- Loeser, J.D., Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609
- López Roig, S., Pastor, M.A., Rodríguez Marín, J. (1993). Preparación psicológica ante intervencions quirúrgicas. En M.A. Simón (Ed.) *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide, pp. 21-40.
- Maier, S.F. (2003). Bi-directional immune-brain communication: Implications for understanding stress, pain, and cognition. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 69-85.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1982). Burnout in Health Professions: a social psychological analysis. In: G.S. Sanders, J. Sulz (Eds) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum.
- Remor, E., Arranz, P., Ulla, S. (2003) *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Rowland, J.H. (1994). Psychosocial counseling in cancer: in pursuit of perfect paradigm. *Advances*, 10: 19-26
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thornton, J.C. y Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of the American Medical Association*, 250, 374-377.
- Spiegel D. (2001). Mind matters: group therapy and survival in breast cancer. *The New England journal of medicine*, 345 (24), 1719-1720.
- Spiegel, D. (2001). Mind matters: group therapy and survival in breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345 (24), 1767-1768.
- SUPPORT. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients. *JAMA*, 274:1591-1598
- The Lancet (1987). Depression, stress, and immunity. Autor, 27 Junio, 1467-1468.
- Wager, T.D., Rilling, J.K., Smith, E.E., Sokolik, A., Casey, K.L., Davidson, R.J., Kosslyn, S.M., Rose, R.M. y Cohen, J.D. (2004). Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 303, 1162-1167.
- White, C.A. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems. A Guide to Assessment and Treatment in Practice*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Wittstein, I.S. et al. (2005). Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *The New England Journal of Medicine*, 352 (6), 539-548.