

ESTRÈS EN PERSONES GRANS HOSPITALITZADES: UNA VISIÓ DES DE L'HOSPITAL SOCIOSANITARI

Estrès en persones grans hospitalitzades: una visió des de l'Hospital Sociosanitari

Carmen Mas Tous

Maria Magdalena Medinas Amorós

Resum

Introducció: L'estudi de l'estrès durant l'hospitalització s'ha centrat principalment en els pacients ingressats en hospitals *d'aguts*, sense que s'hagi descrit el mateix fenomen en pacients crònics ingressats en centres sociosanitaris ni s'hagi relacionat amb factors psicossocials com la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). **Objectiu:** Estudiar la presència d'estrès i les estratègies d'afrontament en pacients amb malaltia respiratòria crònica (MPOC) a l'hospital sociosanitari i la seva relació amb la qualitat de vida abans de l'ingrés. **Materials i mètode:** n = 51 pacients amb MPOC varen ésser avaluats a l'Hospital Joan March amb l'escala d'estressors hospitalaris, l'escala de dispnea (MRC), el perfil de salut de Nottingham i una llista d'estratègies d'afrontament. **Resultats:** Els nivells d'estrès en els ancians hospitalitzats són menors que els obtinguts en mostres dels hospitals d'aguts independentment del grau de severitat de la MPOC ($p > 0,05$). Els pacients amb dispnea lleu presentaren més estrès ($p < 0,05$). Els pacients amb una mala qualitat de vida abans de l'ingrés mostraren un nivell d'estrès més gran durant l'ingrés ($p < 0,05$). Les estratègies d'afrontament basades en l'evitació són les més prevalents en l'adult gran hospitalitzat. **Conclusions:** L'estrès generat a la gent gran durant l'hospitalització dependrà de factors psicossocials (QVRS) alhora que estructurals (tipus de centre hospitalari) i de qualitat assistencial.

Resumen

Introducción: El estudio del estrés durante la hospitalización se ha centrado principalmente en los pacientes ingresados en hospitales *de agudos* sin que se haya descrito el mismo fenómeno en pacientes crónicos ingresados en centros sociosanitarios ni se haya relacionado con factores psicossociales como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). **Objetivo:** Estudiar la presencia de estrés y las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad respiratoria crónica (EPOC) en el hospital sociosanitario y su relación con la calidad de vida antes del ingreso. **Materiales y método:** n = 51 pacientes con EPOC fueron evaluados en el hospital Joan March (Baleares) mediante la escala de estresores hospitalarios, la escala de disnea (MRC), el perfil de salud de Nottingham y una lista de estrategias de afrontamiento. **Resultados:** Los niveles de estrés en los ancianos hospitalizados son menores que los obtenidos en muestras de los hospitales de agudos independientemente del grado de severidad de la EPOC ($p > 0,05$). Los pacientes con disnea leve presentaron más estrés ($p < 0,05$). Los pacientes con una mala calidad de vida antes del ingreso mostraron un mayor nivel de estrés durante el ingreso ($p < 0,05$). Las estrategias de afrontamiento basadas en la evitación son las más prevalentes en el adulto mayor hospitalizado. **Conclusiones:** El estrés generado en el anciano durante la hospitalización dependerá de factores psicossociales (CVRS) a la vez que estructurales (tipo de centro hospitalario) y de calidad asistencial.

1. Introducció

La configuració física i social dels hospitals duu implícita la possibilitat d'introduir efectes psicològics adversos en les persones que s'hi atenen. La seva configuració com a potencial font d'estrès, a més de les seves possibles conseqüències físiques, psicològiques i socials, han estat descrites i analitzades per diversos autors al llarg dels anys. De fet, Barr¹ ja va advertir de l'alt preu que els pacients havien de pagar per l'aplicació de les modernes tècniques i cures de la medicina. Un estudi de Schimmel² observà que el 20% dels pacients que ingressaven en un hospital podien arribar a patir efectes adversos, excloent-ne els factors relacionats amb errades diagnòstiques, tractaments o alteracions psiquiàtriques no específiques. Aquests treballs varen concloure, a més, que un 50% dels pacients estudiats consideraven insatisfactori el nivell de comunicació amb el personal que els atenia, la qual cosa contribuïa a provocar ansietat en els pacients, la qual empitjorava la seva salut i allargava l'estada hospitalària.³ Per part seva, Volicer i Bohannon⁴ detectaren la presència d'estrès durant l'hospitalització i identificaren com a estressors propis de la rutina hospitalària els relacionats amb les dificultats per obtenir informació sobre els processos terapèutics, el desconeixement de les conseqüències de la malaltia, els perills que implicaven les proves realitzades, la manca d'espai íntim a l'habitació, la utilització de l'argot mèdic, el desarrelament de la família, la feina, els amics, etc. Sobre la base d'aquest treball elaboraren l'escala d'estressors hospitalaris (*Hospital Stress Rating Scale*), que està traduïda al castellà,⁵ i la seva posterior factorialització.⁶ Posteriorment, juntament amb altres autors en treballs publicats entre 1977 i 1978, incorporaren l'estudi dels factors cardiovasculars, sociodemogràfics i les alteracions psicològiques prèvies a l'ingrés,⁷ gravetat de la malaltia i presència de dolor com a variables moduladores, i afirmaren que algunes d'aquestes actuaven com a predictores del nivell d'estrès experimentat durant l'hospitalització.⁸

D'altra banda, l'obligació d'adoptar un paper passiu i obeir les instruccions del personal sanitari es potencien durant l'hospitalització,⁹ considerant-se la dependència com l'única conducta associada al pacient quan ingressa, la qual cosa el converteix en algú que únicament està allà per rebre cures, no per participar en aquestes, la qual cosa li genera una vertadera «devaluació» tant personal com psicosocial.¹⁰ Per part seva, Rodríguez-

¹ Barr (1955).

² Schimmel (1964).

³ Barnes (1961); Mathew (1962).

⁴ Volicer i Bohannon (1975).

⁵ Kendall (1987).

⁶ Ferrer et al. (1992).

⁷ Volicer i Burns (1977); Volicer, Isenberg i Burns (1977).

⁸ Volicer i Volicer (1978).

⁹ Tagliacozzo i Ima (1970).

¹⁰ Taylor (1986).

Marín¹¹ i Rodríguez-Marín i Zurriaga¹² analitzen en profunditat els factors emocionals i estructurals relacionats amb el medi hospitalari, com l'aïllament, la despersonalització, la pèrdua d'intimitat, la limitació de la mobilitat, la reglamentació de les activitats, la dependència forçosa, el nivell d'informació deficient, etc., que exigeixen al pacient una adaptació ràpida i efectiva en el menor temps possible, aprehent normes noves, conductes i fins i tot modificant la seva escala de valors.

Això no obstant, el concepte tradicional d'hospital *d'aguts* en el qual s'ha fet la major part dels estudis anteriors s'ha vist superat per les noves formes d'estructuració i organització de les institucions sanitàries especialitzades. Així, amb l'objectiu de cobrir les necessitats assistencials concretes d'una població de gent gran i amb patologia cronicada, han sorgit centres assistencials —els hospitals sociosanitaris— especialitzats a tenir-ne cura.

Entre els usuaris més habituals d'aquests hospitals s'hi troben els pacients que pateixen malalties respiratòries cròniques que requereixen diversos ingressos anuals per a la recuperació. Entre aquestes patologies, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és la més habitual, amb un 9,1% de prevalença a Espanya.¹³ El pacient amb MPOC presenta, tant abans com durant l'ingrés, greus dèficits tant de caràcter físic com psicosocial i emocional,¹⁴ a la qual cosa hem d'afegir la pèrdua progressiva de la mobilitat física, que repercuteix finalment en la seva qualitat de vida i en les relacions socials i familiars una vegada sigui donat d'alta.¹⁵ A més, Andenaes i Kalfoss¹⁶ objectivaren la presència de graus elevats d'estrès en pacients amb MPOC hospitalitzats, i concloueren que un 58,7% mostrava diferents graus d'estrès en comparació amb els no hospitalitzats. Posteriorment, en l'estudi de seguiment (nou mesos posteriors a l'hospitalització),¹⁷ observaren una disminució de l'estrès, per la qual cosa deduïren que aquest trastorn clarament havia estat provocat per la mateixa situació d'ingrés hospitalari.

En concordança amb el que s'ha exposat anteriorment, les condicions d'organització i estructurals dels hospitals sociosanitaris, on ingressen els pacients amb MPOC, són pràcticament les mateixes que en els hospitals *d'aguts*, per la qual cosa, presumiblement, el fet d'estar hospitalitzat constitueix una situació anòmala i potencialment estressant per a la vida d'aquests pacients en concret. No obstant això, els treballs publicats sobre els efectes adversos de l'hospitalització se centren únicament en pacients *aguts* que necessiten l'atenció sanitària proporcionada en aquest tipus d'hospitals, sense que s'estableixin en la literatura científica estudis que analitzin aquest fenomen en els hospitals sociosanitaris ni en

¹¹ Rodríguez-Marín (1986); (2003).

¹² Rodríguez i Zurriaga (1997).

¹³ Feedland et al. (2003).

¹⁴ Jones (2001).

¹⁵ Reardon et al. (2005).

¹⁶ Andenaes, Kalfoss i Wahl (2006).

¹⁷ Andenaes et al. (2006)

pacients grans amb malalties cròniques com la MPOC. Així, l'objectiu del nostre estudi va ser determinar el nivell d'estrès provocat per la situació d'hospitalització en pacients amb MPOC ingressats en un hospital sociosanitari de mitjana estada, per descriure posteriorment quines són les seves característiques més rellevants, els factors iatrogènics potencialment estressants en el medi sociosanitari, identificar les estratègies d'afrontament més representatives utilitzades per aquests pacients durant l'ingrés i analitzar la seva relació amb la qualitat de vida prèvia de què gaudien abans de l'ingrés.

2. Materials i metodologia

La mostra

Aquest estudi es va desenvolupar amb una mostra total de cinquanta-un pacients hospitalitzats (trenta-vuit homes i tretze dones), amb diagnòstic de MPOC amb diferents graus de severitat¹⁸ ingressats a l'Hospital Joan March de Bunyola, Mallorca. La mitjana d'edat de la mostra de pacients va ser de 73,43 anys (DE = 9,12 anys) amb un rang que oscil·la entre els 60 i els 87 anys. Els pacients foren en la gran majoria homes, casats o amb parella (50%), majoritàriament jubilats (47,1%), amb un nivell d'estudis mitjà (45,1%) que conviuen amb els seus familiars (parella/fills) (70,6%) i amb una mitjana de 3,2 ingressos anuals deguts a exacerbacions de la MPOC. Pel que fa a les característiques clíniques, els pacients de la mostra presentaven un nivell mitjà de dispnea de 3 (severa) i grau mitjà de severitat de la MPOC (FEV1%ref.) de 37,88 (considerat com a MPOC greu).

Instruments

Els pacients foren avaluats mitjançant els instruments següents:

- *Història clínica*: Hi figuren les dades relatives a l'edat, el sexe, l'estat civil, l'ocupació, la convivència, el nivell educatiu i la quantitat d'ingressos previs.
- Com a mesura de la *severitat* de la malaltia respiratòria, es va registrar el valor FEV1% ref. (volum respiratori en el primer minut, percentatge respecte a valor de referència) proporcionat per l'espirometria establert per la ATS/ERS.¹⁹
- L'escala d'estrès *hospitalari* de Volicer i Bohannon (Hospital Stress Rating Scale): composta per quaranta-nou ítems en una escala tipus Likert de nou punts (1 «gens estressant», 9 «molt estressant»). Quant a la puntuació, vàrem aplicar la correcció

¹⁸ Alonso, Prieto i Antó (1994).

¹⁹ Celli i MacNee (2004).

proposada per Volicer i Bohannon a més d'obtenir deu subescales corresponents a l'estudi de factorialització realitzat per Ferrer, Fornés, González i Manassero; aquestes són: *pèrdua de control sobre l'ambient, canvi d'hàbits, pèrdua de control sobre la malaltia i les seves conseqüències, pèrdua de la intimitat, absència de respostes adequades a les demandes, aïllament, por de les conseqüències de l'hospitalització, separació de la parella, pèrdua d'autonomia i despersonalització.*

- Llista d'estratègies d'afrontament d'elaboració pròpia a partir de les mesures desenvolupades per Folkman i Lazarus²⁰ i Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig i Pastor.²¹ Les formes d'afrontament resultants s'agruparen en vuit estratègies: *evasió, resignació, pensaments desideratius, pensaments positius, suport social, recerca de solucions, religiositat i retraïment.* La modalitat de resposta va ser dicotòmica (sí o no) en funció de si el pacient havia posat en pràctica alguna de les formes d'afrontament presentades en la llista.
- *Qualitat de vida relacionada amb la salut:* Avaluada mitjançant el perfil de salut de Nottingham (NHP): qüestionari amb trenta-vuit ítems que valoren la QVRS general a través de les dimensions següents: *mobilitat física, son, dolor, reaccions emocionals, energia i aïllament social.* Puntuacions elevades indiquen un empitjorament en la qualitat de vida general. Les puntuacions responen a un percentatge de 0 (cap afectació) a 100 (gran afectació de la QVRS).

Procediment

La selecció de la mostra i la recollida posterior d'informació es va fer a la Unitat de Pneumologia de l'Hospital Sociosanitari Joan March de Mallorca. Abans d'iniciar l'estudi es va sol·licitar l'autorització del Servei de Pneumologia i dels mateixos pacients a través d'un *consentiment informat* alhora que es respectaren tots els principis ètics que regeixen la política del centre hospitalari públic. Durant la primera entrevista es varen registrar les dades sociodemogràfiques, clíniques i el consentiment informat. A la segona entrevista (segona setmana d'ingrés) es realitzaren els qüestionaris i les escales descrits anteriorment. Tota l'avaluació es va realitzar a l'habitació del pacient i en absència del company/a d'habitació per garantir la confidencialitat i la correcta realització de les proves.

Disseny

Les dades recollides foren analitzades amb el programa estadístic SPSS 12.5. Per a l'estudi de l'estrès, les variables sociodemogràfiques i l'afrontament es va realitzar un estudi

²⁰ Lazarus i Folkman (1986).

²¹ Rodríguez-Marín et al. (1992).

descriptiu mitjançant l'anàlisi exploratòria de dades (EDA). Una vegada analitzades les distribucions de les variables per comparar, es va portar a terme el contrast d'hipòtesis (comparacions dos a dos i/o múltiples) de les variables *grau de severitat*, *qualitat de vida* i *nivell de dispnea* utilitzant les vies paramètrica (grau de severitat i qualitat de vida) i no paramètrica per al nivell de dispnea. El nivell de significació es va establir en $p < 0.05$.

3. Resultats

Nivell d'estrès i característiques específiques dels estressors

Prenent com a referència l'estudi de factorialització de Ferrer et al., comentat anteriorment, els ítems que componen l'escala d'estrès hospitalari s'agruparen en deu factors a més d'una puntuació total mitjana. La taula 1 presenta la valoració del grau de malestar ocasionat pels estressors hospitalaris.

Taula 1 | *Puntuacions mitjanes obtingudes per a tots els factors del qüestionari HSRS (en ordre descendent)*

FACTORS (ordre descendent)	Mitjana dels ítems	Desviació estàndard	Rang de puntuació
1. Canvis en els hàbits	4,72	11,19	7-63
2. Pèrdua de control sobre l'ambient	4,70	11,95	8-72
3. Pèrdua de la intimitat	3,56	6,98	7-63
4. Despersonalització	3,07	5,43	5-45
5. Pèrdua de control sobre la malaltia i les seves conseqüències	3,06	8,51	3-27
6. Aïllament	2,83	7,23	5-45
7. Absència de respostes adequades a les demandes	2,82	7,75	5-45
8. Por de les conseqüències	2,80	6,56	4-36
9. Separació del cònjuge	2,39	5,17	2-18
10. Pèrdua d'autonomia	2,29	4,27	3-27
Puntuació total d'estrès	168	51,97	49-441

Com pot observar-se en aquesta taula, la puntuació total del qüestionari d'estrès presenta un valor situat per davall de la puntuació mitjana teòrica total del qüestionari HSRS (220,5 punts). Els pacients atorguen més poder estressant als ítems relacionats amb *el canvi d'hàbits*, *la pèrdua de control sobre l'ambient* i *la pèrdua de la intimitat*.

Taula 2 | *Resum de les puntuacions mitjanes més elevades dels ítems del qüestionari HSRS*

Factor	Ítem	Pregunta	Mitjana	Desv. est.
Pèrdua de la intimitat	44	Tenir un company d'habitació desagradable.	6,01	2,31
	30	Tenir un company d'habitació greument malalt o que no pot parlar.	5,50	2,62
	32	Veure que el personal sanitari va de bòlit.	3,45	2,29
Canvi d'hàbits	16	Romandre al mateix llit o habitació tot el dia.	5,82	2,57
	24	Estar a l'hospital durant les vacances o dates assenyalades per a la família.	5,43	2,64
	15	Dormir en un llit distint de l'habitual.	4,13	2,55
Pèrdua de control sobre l'ambient	10	Que faci massa fred o calor a l'habitació.	5,70	2,22
	25	No saber quan li faran coses.	4,00	2,31
Por de les conseqüències	40	Ser hospitalitzat de sobte quan no s'esperava.	4,52	2,57
Despersonalització	11	Rebre cures d'un metge desconegut.	4,35	2,37
Pèrdua de control sobre la malaltia	28	Saber que es pateix una malaltia greu.	4,33	2,68
Pèrdua d'autonomia	43	Haver de rebre ajuda per poder rentar-se.	4,15	2,46
Absència de resposta a la demanda	47	Que no responguin al botó de crida.	3,92	2,82
	48	No rebre medicació contra el dolor quan se'n necessita.	3,90	3,10
Separació del cònjuge	38	Preocupar-se per estar separat/ada del cònjuge.	3,74	2,82
Aïllament	3	Que els amics no et visitin.	3,45	2,54
	4	No poder telefonar a la família o als amics.	3,88	2,80

Taula 3 | *Factors d'estrès hospitalari en diferents estudis*

Factors més estressants (Volicer i Bohannon 1975; Kendall 1987)	Factors més estressants (Ferrer et al. 1992)	Factors més estressants al nostre estudi
Pèrdua de control sobre la malaltia	Pèrdua de control sobre la malaltia	Canvi d'hàbits
Pèrdua de control sobre l'ambient	Pèrdua de la intimitat	Pèrdua de control sobre l'ambient
	Absència de resposta adequada a la demanda	Pèrdua de la intimitat
Factors més poc estressants (Volicer i Bohannon 1975; Kendall 1987)	Factors més poc estressants (Ferrer et al. 1992)	Factors més poc estressants al nostre estudi
Canvi d'hàbits	Canvi d'hàbits	Pèrdua d'autonomia
Pèrdua de la intimitat	Despersonalització	Separació de cònjuge
	Aïllament	Por de les conseqüències
		Absència de resposta adequada a la demanda

D'altra banda, a l'estudi detallat dels ítems (taula 2) destacam la baixa puntuació obtinguda en el factor pèrdua d'autonomia i els ítems associats a aquest (44 i 30) i al canvi d'hàbits, en què els ítems amb puntuacions més altes es relacionen amb la modificació de factors ambientals propis d'estada a l'hospital (ítems 16, 24 i 15). Els resultats obtinguts en altres mostres de pacients ingressats en hospitals d'aguts es presenten a la taula 3.

Estratègies d'afrontament

Entre les estratègies d'afrontament estudiades, la resignació, el retraïment i l'evasió són les utilitzades per més del 50% dels pacients amb MPOC ingressats, encara que hem de destacar l'ampli ús de formes d'afrontament basades en la recerca de suport social. Les formes d'afrontament basades en la *recerca de solucions* i *els pensaments positius* presenten percentatges d'utilització molt baixos. Finalment, hem de destacar que la religiositat obté proporcions relativament altes d'ús (taula 4).

Taula 4 | *Freqüència d'ús de les diferents estratègies d'afrontament*

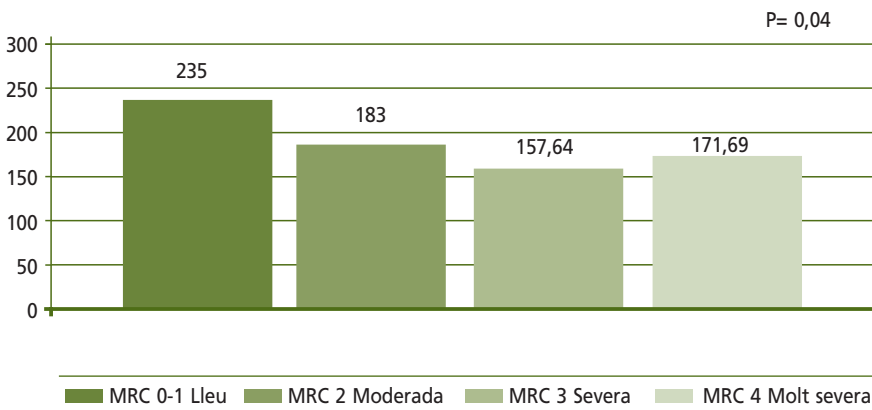
Forma d'afrontament		Freq.	%
Evasió	Intento oblidar-me de tot	33	64,7
	Procuo no pensar en la situació	30	58,82
	Em dedico a mirar la televisió o fer altres coses mentre duri la situació	50	98,03
	Procuo que la situació no interfereixi en altres aspectes de la meua vida	5	9,80
Pensaments desideratius	He desitjat que les coses haguessin estat d'una altra manera	15	29,41
	He desitjat poder canviar les coses que ocorren	5	9,80
	M'imagino a mi mateix/a tornant a casa	50	98,03
Resignació	Em resigno, ha estat qüestió de mala sort	51	100
	Em dic que no puc fer-hi res	49	96,07
	Espero que el pas del temps arregli les coses	51	100
	Em limito a aguantar i a patir	50	98,03
Pensaments positius	M'he centrat en els aspectes positius de la situació	3	5,88
	He intentat veure el costat positiu de les coses	3	5,88
	Tracto de considerar la situació des d'una altra perspectiva	1	1,96
Suport social	He parlat amb algú sobre com em sento	16	31,37
	He procurat relacionar-me amb altres persones hospitalitzades amb el mateix problema	45	88,23
	Explico com em sento als meus éssers estimats	38	74,50
	He demanat consell a algú que respecto	41	80,39

Retraïment	Em mantinc callat en aqueixes situacions	31	60,78
	He evitat relacionar-me amb persones que tenen el mateix problema	6	11,76
	Actuo com si estigués sol/a	42	82,35
	He guardat els meus sentiments per a mi mateix/a	37	72,54
Recerca de solucions	He cercat ajuda professional	1	1,96
	He parlat amb els altres malalts per cercar una solució	3	5,88
	He intentat cercar solucions pel meu compte	8	15,68
	He canviat la meua forma de ser	4	7,84
Religiositat	Reso demanant a Déu que em doni força	33	64,70
	Crec que és la voluntat de Déu	14	27,45
	Practico més la religió des que aquesta situació em molesta	6	11,76

Nivell d'estrès en funció de la qualitat de vida relacionada amb la salut

En l'estudi del nivell d'estrès, obtingut amb les subescales de qualitat de vida (NHP), hem de destacar que els nivells més alts s'han obtingut significativament (gràfic 1) en els pacients amb una qualitat de vida general deteriorada ($T = -2,003$ $p = 0,050$), seguits pels qui patien dolor (Wilcoxon. $Z:2.597$; $p = 0,009$) i, finalment, pels qui presentaven dificultats de mobilitat física ($T = -3,381$ $P = 0,002$).

Gràfic 1 | Nivell d'estrès en funció de la dispnea



Nivell d'estrès en funció de la severitat i del grau de dispnea autopercebuda

Els pacients amb MPOC en fase greu ($FEV1\%ref = 49-30$) mostraren els nivells d'estrès més elevats que els pacients amb MPOC en fase moderada ($FEV1\%ref = 79-49$), si bé les

diferències no resultaren significatives (F: 2.168; $p = 0,126$), igual que la resta de variables clíniques. Pel que fa al nivell de dispnea (gràfic 2), s'observen diferències significatives en el nivell d'estrès en funció dels grups de dispnea ($X^2(3): 6.122; p = 0,047$), concretament els contrastos *post hoc* (Bonferroni) centren aquesta diferència entre el grup de pacients amb dispnea lleu enfront d'aquells amb dispnea severa ($Z = -2.014; p = 0.044$).

4. Discussió

En els hospitals de mitjana estada socio-sanitaris, els pacients ingressats han d'enfrontar-se als mateixos rutines i protocols ja consolidats al llarg de la seva història, per la qual cosa continuen exposats a factors potencialment estressants inherents a la situació. L'estudi original de Volicer i Bohannon²² i, posteriorment, el realitzat per Kendall²³ consideraren l'hospitalització com un esdeveniment altament estressant per a qui la pateix.

No obstant això, els nostres resultats mostren que els pacients amb MPOC ingressats perceberen la situació d'hospitalització com un esdeveniment en general poc estressant. A més, els factors iatrogènics considerats més potents pels pacients de la nostra mostra difereixen considerablement dels esmentats a la revisió teòrica presentada a la introducció. La nostra anàlisi dels factors d'estrès ha mostrat que els més estressants han resultat *el canvi d'hàbits, la pèrdua de control sobre l'ambient que els envolta i la pèrdua de la intimitat patida durant l'hospitalització*, mentre que *la pèrdua de control sobre la malaltia i la pèrdua de l'autonomia personal* foren els factors que més estrès generaren als pacients d'aquests estudis.²⁴ D'altra banda, els factors més poc estressants al nostre treball han estat *la pèrdua d'autonomia, la separació del cònjuge, la por de les conseqüències i l'absència de resposta adequada a les demandes*, mentre que *el canvi d'hàbits* era el factor que més poc estrès generava en els estudis abans esmentats. Concretament, els estressors més potents a la nostra mostra han estat els relacionats amb factors ambientals mentre que, en els estudis previs,²⁵ aquests mateixos ítems ocupaven les últimes posicions. A més, cal destacar que les puntuacions més baixes pertanyen als ítems referits a circumstàncies probables en els hospitals d'aguts, però que no s'han produït durant l'hospitalització (pèrdua de vista, audició o altres òrgans vitals, problemes econòmics). En els estudis ja esmentats, aquests aspectes ocupen les primeres posicions en la llista d'estressors hospitalaris. Finalment, els ítems referits a la falta d'informació per part del personal sanitari foren factors molt potents d'estrès en aquests treballs, mentre que al nostre treball ocupaven baixes posicions.

²² Volicer i Bohannon (1975).

²³ Kendall (1987).

²⁴ Volicer i Bohannon (1975); Kendall (1987); Ferrer et al. (1992).

²⁵ Volicer i Bohannon (1975); Kendall (1987); Ferrer et al. (1992).

Les discrepàncies trobades en els resultats es podrien deure a diversos factors: un primer factor es refereix a l'edat dels pacients, ja que la mitjana dels nostres pacients és 20-30 anys més gran que la dels pacients estudiats en els treballs esmentats anteriorment. Els escassos treballs amb pacients grans hospitalitzats ja destacaven que, en aquest col·lectiu, la disminució de la capacitat funcional i les dificultats d'adaptació a un entorn no familiar com l'hospital els convertia en pacients més vulnerables als efectes col·laterals de l'hospitalització. Un altre factor important es relaciona amb la cronicitat de la patologia. De fet, estudis com els de Becker i McVey²⁶ i Gamarra²⁷ diferencien els pacients aguts dels crònics, i estableixen que en aquests, a mesura que augmenta l'edat i avança la malaltia, la demanda de cures i la necessitat de trobar-se en un entorn protegit passen a convertir-se en un aspecte prioritari per a ells. El cas dels pacients amb MPOC estudiats se situa en aquesta mateixa línia. Fonamentalment a causa de la cronificació i a la necessitat d'atenció sanitària contínua davant la reagudització, aquests pacients arriben a considerar l'hospital sociosanitari com un lloc que els brinda protecció enfront de les conseqüències negatives de la seva malaltia i als símptomes de dispnea que els impossibiliten per continuar realitzant les activitats de la vida diària. Pel que fa a la dispnea, els pacients amb dispnea lleu experimentaren més estrès, mentre que els pacients amb un nivell més alt de dispnea semblaren els més poc afectats per la rutina hospitalària. Els nostres resultats es troben en la mateixa línia que els obtinguts per Elías, Ortega, Sánchez, Otero i Sánchez,²⁸ que emfatitzaven el paper de les variables mediadores en la interpretació que fa el pacient del grau de dispnea que pateix i en les respostes que emet davant aquesta. Aspectes com l'ansietat, molt associada amb els trastorns respiratoris, la percepció d'autoeficàcia (especialment en les cures) i l'ús d'estratègies d'afrontament serien algunes d'aquestes variables mediadores.²⁹ D'altra banda, l'obligació d'adoptar un paper passiu i obeir les instruccions del personal sanitari, a pesar de trobar-se en disposició de fer-ho un mateix, s'entreveuen com l'única expectativa acceptada pel pacient quan ingressa a l'hospital, la qual cosa el converteix en subjecte receptor de cures, no en participant, cosa que li generaria una vertadera devaluació de caràcter personal i psicosocial. Finalment, un altre aspecte per tenir en compte dels nostres resultats és l'escàs nivell d'estrès dels pacients amb MPOC provocat per la comunicació personal sanitari-pacient en comparació amb els resultats dels estudis anteriors. Consideram que, a causa de les contínues rehospitalitzacions, s'arriben a crear vincles entre pacients i professionals que permeten una comunicació més efectiva i directa, la qual cosa fa disminuir aquest efecte iatrogènic propi de l'hospitalització.

Passant a les estratègies d'afrontament, hem pogut comprovar que la resignació, el retraïment i l'evasió/evitació són les formes preferentment utilitzades pels pacients amb

²⁶ Becker i McVey (1997).

²⁷ Gamarra i Villarán (1992).

²⁸ Elías et al. (1999).

²⁹ Periyakoil, Skultety i Sheikh (2006).

MPOC, mentre que, per contra, les estratègies que impliquen solució de problemes han estat utilitzades en molt poques ocasions. Això probablement és degut, d'una banda, a la percepció de limitacions del pacient a l'hora de prendre decisions en el medi hospitalari i, d'una altra, a les contínues reavaluacions cognitives que la situació requereix, la qual cosa els proporciona informació sobre l'efectivitat d'unes estratègies sobre les altres.³⁰ A més, hem pogut constatar també l'ampli ús de formes d'afrontament basades en el suport social utilitzades pels pacients estudiats. Probablement, el canvi en la concepció del centre hospitalari des d'un lloc desconegut i potencialment nociu cap a un lloc que ofereix protecció possibilita el desenvolupament d'aquestes estratègies d'afrontament que resulten més efectives a l'hora de superar aquesta modalitat d'estrès. Entenem que futures investigacions haurien de tenir en compte la flexibilitat en l'afrontament de l'estrès³¹ (disponibilitat d'estratègies d'afrontament i la voluntat del subjecte de considerar-les totes), la qual cosa permetria establir quines són les formes més adaptatives per als pacients grans i intervenir per modificar les que poguessin resultar desadaptatives.

Finalment, pel que fa a la QVRS general, l'anàlisi comparativa mostra que els pacients amb MPOC amb mala QVRS abans de l'ingrés experimentaren significativament més estrès en general que els que gaudien d'una qualitat de vida més bona. A més, el nostre estudi constata que els pacients amb limitació de la mobilitat física i dolor experimenten nivells d'estrès més grans en comparació amb aquells que no pateixen aquests problemes. En els pacients amb MPOC de més edat, el dolor pot associar-se freqüentment a factors de comorbiditat (osteoporosi, aixafament/fractura vertebral, etc.) i podria considerar-se com un dolor de tipus crònic que, per si, constitueix un dels factors més incapacitants a l'hora de gaudir d'una bona qualitat de vida i els converteix en pacients més vulnerables a l'estrès. Així, l'estudi de la percepció de dolor i les seves conseqüències sobre l'estat psicològic general i la qualitat de vida en particular constitueix una variable important que cal considerar a l'hora d'avaluar i tractar aquests pacients en el medi sociosanitari.

³⁰ Cano-Vindel i Miguel-Tobal (2001).

³¹ Antonovsky (1979).

Referències bibliogràfiques

Alonso, J.; Prieto, L.; Antó, J. M. (1994). «The Spanish version of the Nottingham Health Profile, a review of adaptation and instrument characteristics». *Quality of Life Research* 3, 385-393.

Andenaes, R.; Kalfoss, M. H.; Wahl, A. K. (2006). «Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease». *Heart & Lung* 35(1), 46-57.

Andenaes, R. [et al.] (2006). «Changes in health status, psychological distress and Quality of life in COPD patients after hospitalization». *Quality of Life Research* 15(2), 249-57.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Barnes, E. (1961). *People in Hospital*. London: The McMillan Company.

Barr, D. P. (1955). «Hazards of modern diagnosis and therapy, the price we pay». *The journal of the American Medical Association* 1955; 159(15), 1452-56.

Becker, P. M.; McVey, U. (1997). «Hospital acquired complications in a randomized controlled trial of a geriatric consultation team». *Journal of the American Medical Association* 257, 231-37.

Cano-Vindel, A; Miguel-Tobal, J. J. (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y estrés* 7(2-3), 111-121.

Celli, B. R.; Macnee, W. (2004). «Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD, a summary of the ATS/ERS position paper». *European Respiratory Journal* 23, 932-46.

Elías, M. [et al.] (1999). «Papel de la disnea en la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica». *Arch Bronc* 35, 261-266.

Feedland, K. [et al.] (2003). «Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure». *Psychosomatic Medicine* 65, 119-128.

Ferrer, V. [et al.] (1992). *Factorialización de la escala de estresores hospitalarios*. III Congreso Hispanoamericano de Psicología, Madrid.

Gamarra, P.; Villarán, R. (1992). *Estudio epidemiológico de los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en 1990*. III Congreso de Geriatria y Gerontología, Zaragoza.

Jones, A. (2001). «Causes and effects of chronic obstructive pulmonary disease». *British Journal of Community Nurse* 10(13), 845-50.

Kendall, P. C. (1987). «Procedimientos médicos que generan estrés, estrategias cognitivo-conductuales para el control del estrés». A: MEICHEMBAUM, D.; JARENKO, M. E. (eds). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: DDB.

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

Mathew, K. V. (1962). «Emotional aspects of hospitalized patients». *American Journal of Industrial Medicine* 37, 632-636.

Periyakoil, V. S.; Skultety, K.; Sheikh, J. (2006). «Panic, anxiety and chronic dyspnea». *Journal of Palliative Medicine* 8(2), 453-9.

Reardon, J. [et al.] (2005). «Pulmonary rehabilitation for COPD». *Respiratory Medicine* 99, suppl. B, 19-27.

Rodríguez-Marín, J. (1986). «El impacto psicológico de la hospitalización». *Análisis y Modificación de Conducta* 12(33), 421-439.

Rodríguez-Marín, J. (2003). «En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital, pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario». A: REMOR, E.; ARRANZ, P.; ULLA, S. *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Rodríguez-Marín, J. [et al.] (1992). «Evaluación del afrontamiento del estrés. Propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes». *Revista Psicología y Salud* 4(2), 59-84.

Rodríguez, J.; Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Schimmel, E. M. (1964). «The hazards of hospitalization». *Annals of Internal Medicine* 60, 100-110.

Tagliacozzo, D. M.; Ima, K. (1970). «Knowledge of illness as a predictor of patient behavior». *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 22(11), 765-75.

Taylor, S. E. (1986). *Health Psychology*. New York: Random House.

Volicer, B. J.; Bohannon, M. W. (1975). «A hospital stress rating scale». *Nursing Research* 24, 352-9.

Volicer, B. J.; Burns, M. W. (1977). «Pre-Existing Correlates of Hospital Stress». *Nursing Research* 26, 408-415.

Volicer, B. J.; Isenberg, M.; Burns, M. W. (1977). «Medical-Surgical Differences in Hospital Stress». *Journal of Human Stress* 3, 3-13.

Volicer, B. J.; Volicer, L. (1978). «Cardiovascular Changes Associated with Stress During Hospitalization». *Journal of Psychiatric Research* 22, 159-168.

Autores

CARMEN MAS TOUS

Palma 1973. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Ha estat professora a la UIB i a la UOC (Universitat Oberta de Catalunya). Va ser coordinadora dels Diplomes Sènior de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) durant el curs 2007-2008. Vocal de Psicologia de l'Envel·liment del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears (COPIB).

MARIA MAGDALENA MEDINAS AMORÓS

Palma 1969. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Membre de la Unitat d'Investigació dependent de Gestió del Coneixement de GESMA (Gestió Sanitària de Mallorca). Ha publicat en diverses revistes nacionals i internacionals, entre les quals la *Revista Española de Geriátria y Gerontología*.