

# Aspectos psicosociales de la patología vascular periférica

F.J. Gala León<sup>1</sup>, M. Lupiani Giménez<sup>2</sup>, C. Guillén Gestoso<sup>3</sup>,  
A. Gómez Sanabria<sup>4</sup>, I. Alba Sánchez<sup>5</sup>

## Resumen

*En el presente artículo se analiza, en una visión panorámica, las imbricaciones psicosociales que la patología vascular periférica presenta, así como los aspectos psicosociales de la Atención ante este tipo de patologías. Así estudiamos las patologías vasculares como cronicopatías, perfilamos los aspectos psicósomáticos/psicofisiológicos en estos trastornos que, a su vez, enmarcamos en unos estilos de vida concretos, sin olvidar el tema de la adherencia a los tratamientos y recomendaciones de salud, terminando con la presentación de unos criterios generales de Intervención Psicosocial.*

**Palabras clave:** Trastornos vasculares periféricos. Psicología de la Salud y Trastornos vasculares. Atención Psicosocial. Trastornos vasculares.

## Summary

In this article the psychosocial imbrications of periferal vascular pathology are analyzed, as well as the psychosocial aspects of Care for this type of pathologies. Therefore we have studied vascular pathologies suchas chronicopathies, giving a profile of the phsychosomatic / psychophysiological aspects in these cases, which we put in a framework of concrete lifestyles, without forgetting the topic of the adherence to the treatments and health recomendations, ending the presentation with general criteria for Psychosocial Intervention.

**Key words:** Periferal vascular cases. Psychology of Health and Vascular Illnesses. Psychosocial Attention. Vascular Illnesses.

---

Grupo Investigador en Psicología de la Salud (PAI-CTS-386). UCA

<sup>1</sup> Catedrático de Ciencias Psicosociales Aplicadas. UCA.

<sup>2</sup> Profesora Titular de Enfermería Médica. UCA.

<sup>3</sup> Profesor Titular de Psicología Social. UCA.

<sup>4</sup> Profesor Asociado de Psicología Social. UCA.

<sup>5</sup> Investigador del Grupo.

**Correspondencia:** Dr. D. Francisco J. Gala León

Universidad de Cádiz  
C/ Duque de Nájera, 18  
11002 CÁDIZ

## INTRODUCCIÓN

El analizar, en el breve espacio de un artículo, todas las imbricaciones psicosociales que la patología vascular periférica presenta y todos los ribetes psicosociales de la Atención en este tipo de patología, sería realmente algo imposible, si pretendiéramos ofrecer un abordaje en profundidad de todos y cada uno de sus perfiles y rasgos; por lo que hemos optado por una VISIÓN PANORÁMICA que señale, al menos, sus principales jalones e hitos.

En efecto, el análisis psicosocial de la patología vascular es sumamente complejo, y no podría ser de otro modo puesto que se trata de una patología variopinta y compleja, siendo sumamente compleja asimismo la atención sanitaria que exige, máxime si partimos de una concepción BIOPSIICOSOCIAL (1) del enfermar humano y pretendemos ofrecer unos CUIDADOS INTEGRALES... Simplemente, y a título de inventario, podemos avanzar desde esta introducción que en este epígrafe se añan patologías y problemas de salud de gran calado y con distintas etiologías (psicosomáticas, metabólicas, endocrinas, congénitas, etc...), con un peso específico epidemiológico en absoluto baladí; por otro lado, muchas de estas patologías devienen en crónicas e incluso invalidantes (las amputaciones serían un claro ejemplo)... son patologías que en su mayoría están muy ligadas a los ESTILOS DE VIDA (2-3) por lo que los pacientes deben cambiar estos estilos e incluso -a veces- sus propios patrones de personalidad (como es el caso del Patrón Alfa de Comportamiento -PTAC- del que luego hablaremos) (4) todo lo cual genera serios problemas de ADHERENCIA (5) a las prescripciones terapéuticas y a las orientaciones de Educación Sanitaria en los pacientes, siendo además -en virtud de todo lo dicho- las relaciones Personal Sanitario-Enfermo (P.S.-E) sumamente difíciles, por todo lo cual el propio Personal Sanitario se ve sometido a un gran estrés que puede desembocar fácilmente en un síndrome de “quemadura profesional” o “burn-out” (6), y no resistimos la tentación de citar las completamente adecuadas y gráficas palabras con las que un Sanitario comentaba todo esto en una entrevista en una publicación profesional (7): “trabajamos a cama caliente, como los submarinos”...

Veamos alguno de estos puntos esbozados.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, ETIOLÓGICOS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El peso epidemiológico de los trastornos vasculares periféricos es difícil de establecer, aunque se estima -de forma conservadora- que ronda en torno al 15-20% de la población adulta de Occidente (8), de hecho merece la pena destacar que tan sólo la diabetes mellitus ronda el 1% de la población general (en España más de 500.000 afectados) (9), y de todos es conocido como un diabético es un posible afectado de una patología vascular (pié diabético, úlceras...); de igual modo, la hipertensión alcanza casi al 30% de la población adulta (10), también con alto riesgo vascular... todo ello, como es bien fácil de adivinar, se traduce en una gran presión asistencial máxime si apuntamos desde ahora que gran parte de esta población afectada presenta cronicopatías.

Pero, además, el control epidemiológico es más complejo si cabe, habida cuenta que como ya indicamos, puede abocar en “mala circulación” y, por ende, en patologías vasculares, un amplio abanico de trastornos de diversas etiologías y patogenias; aunque en todas ellas destaquen, en sus cadenas etiopatogénicas evidentes eslabones psicosociales bien por que se trate de trastornos psicosomáticos/psicofisiológicos (como puede ser el caso de la hipertensión), bien porque se trate de trastornos metabólicos y/o endocrinos en los que los estilos de vida -que, a la postre son conductas- son determinantes o las situaciones emocionales conflictivas puedan originar descompensaciones y/o desajustes (como es el caso de la diabetes), bien porque la circulación periférica alterada sea subsiguiente a la inmovilidad que producen otras patologías, posiblemente también ligadas a estilos de vida y hábitos no saludables, con claros epifenómenos ansioso-depresivos.

Pero, si ya se nos dibuja suficientemente enrevesado el panorama, las perspectivas se ensombrecen aún más, si cabe, al comentar, aún de pasada, la amplia multiplicidad de las manifestaciones de la patología vascular periférica con la que nos tenemos que ver: Varices, amputaciones, “by-pass”, aneurismas, úlceras vasculares, claudicaciones intermitentes, y un largo etcétera.

## LAS PATOLOGÍAS VASCULARES COMO CRONICOPATÍAS

Entendemos por afección crónica o cronicopatía todo trastorno orgánico y/o psicológico que produce una modificación en el modo de vida del paciente y que dura un período largo e indefinido; bajo esta perspectiva, las enfermedades vasculares periféricas son de índole crónica o pronto la adquieren (11), y como tal, exigen una READAPTACIÓN TOTAL DEL PACIENTE, puesto que toda cronicopatía genera un completo cambio biopsicosocial; este cambio, además, alcanza límites existenciales puesto que en tales enfermedades se produce la paradoja en virtud de la cual la enfermedad deja de ser un estado (“estoy enfermo”) para ser casi una esencia (“soy y seré siempre un enfermo”) con la subsiguiente tentación -incluso entre el P.S.- de identificar al enfermo con su enfermar (12). Aquí una adecuada atención psicosocial es esencial, para que no se den *conductas de enfermedad desadaptativas*.

Pero hay que estar preparados: El tratamiento puede ser muy lento, recidivante y desalentador, sin contar con que la patología vascular periférica suele cebarse en pacientes de más de 50 años, posiblemente con otros problemas físicos y/o sociales por lo que las reacciones ansiosas o depresivas son moneda de uso corriente.

Antes hemos hablado de *las conductas de enfermedad*, centrémonos un momento en ello: Taylor (13) nos distingue entre conductas de enfermedad y enfermedad, de modo que se consideran “conductas de enfermedad” todas aquellas acciones que afectan al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad como tal, de las discapacidades y sus consecuencias; este conjunto de respuestas expresa cómo se adapta una persona a la experiencia de un problema de salud y a la de asumir y representar el papel de “persona enferma”, todo lo cual es un determinante importante del curso de la enfermedad y de los cuidados a recibir (14) pues bien estas conductas, por desgracia, no son siempre adaptativas, apareciendo con más frecuencia que las deseables respuestas y conductas de NEGACIÓN, con la consiguiente secuela de estilos de vida inadecuados y mantenerse una mínima -cuando no nula- adherencia a las prescripciones,

menudeando también conductas de desesperanza o de poco afrontamiento.

Siguiendo la clasificación de KIELY (citada por Novel G, et al -15-), las enfermedades crónicas pueden agruparse en 3 categorías:

1) Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de verdadera amenaza física, como son:

a) Las enfermedades de mal pronóstico (oncológicas, SIDA, *aneurismas*).

b) Enfermedades que provocan gran dependencia (renales, *diabetes insulino-dependientes*).

2) Enfermedades que conllevan crisis de dolor o mutilación:

a) Aquellas que en su evolución cursan con dolores más o menos crónicos (artritis reumatoides, *claudicaciones intermitentes*).

b) Aquellas que conllevan pérdidas de la imagen corporal (*amputaciones colostomías*, etc...).

3) Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida:

a) Enfermedades vasculares y cardiovasculares (*hipertensión*, cardiopatías).

b) Enfermedades metabólicas (*diabetes, obesidad*).

c) Enfermedades respiratorias (asma, EPOC).

Como vemos, en todos los apartados podemos señalar ( de hecho los estan en cursiva) cuadros directamente relacionados con la patología vascular.

## LOS ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS/PSICOFISIOLÓGICOS EN LOS TRASTORNOS VASCULARES

Antes de abordar los aspectos psicossomáticos/psicofisiológicos de los trastornos vasculares nos detendremos un poco a conceptualizar los términos psicossomático y psicofisiológico.

El término “psicossomático” se utilizó por primera vez por Heinroth en 1818, aunque ya se despuntaba una versión psicossomática del enfermar en Hipócrates y los mismos Platón y Aristóteles destacaron la acción de las emociones sobre el organismo; tras las aportaciones al respecto, durante la Edad Media, de Avicena y de Henri Mondeville, Stahl (1659-1734) presenta al alma como principio vital que anima al cuerpo,

destacando la influencia de los estados de ánimo sobre el organismo... En nuestro siglo y con el psicoanálisis se produjo una verdadera “sensibilización psicosomática de la medicina” (16); sin embargo, en los 70 se notó un cierto rechazo al término, sobre todo tras el naufragio de la “Teoría de la especificidad de los trastornos psicosomáticos”, empezándose a utilizar con más prodigabilidad el término “*psicofisiológico*”...

Sea como fuere, por trastorno psicosomático o psicofisiológico se entienden aquellos que presentan síntomas físicos propios de un solo sistema de órganos, con inervación vegetativa generalmente. En ellos existe una **PATOLOGÍA ORGÁNICA** evidente que si es grave y no se resuelve puede llegar a poner en vilo la vida. Sin embargo, en su etiología no se puede llegar a aislar una causa orgánica suficiente poniéndose por el contrario de relieve toda una serie de factores psicológicos -conflictos y estrés- que desempeñan un papel esencial en la génesis del proceso (17).

La teoría más consensuada actualmente sobre estos trastornos es la que alude a la multicausalidad; bajo el punto de vista del análisis psicosocial lo que nos interesa es que en todo problema psicosomático hay una situación de tensión/estrés/conflicto no resuelta, habiéndose comprobado que cada individuo responde a las tensiones y al estrés con un patrón de respuestas orgánicas idiosincrático, modulado psicológicamente, dentro del amplio panel de posibles respuestas a la activación psicofisiológica; estableciéndose toda una gradación en la respuesta (18) que va desde la “manifestación” orgánica momentánea de una emoción trivial pasando por el “trastorno funcional”, aún así sin lesión tisular, hasta llegar al “síndrome psicosomático lesional”, como tal.

En este marco descrito, las enfermedades vasculares y cardiovasculares constituyen uno de los más claros paradigmas de los trastornos psicosomáticos; estas enfermedades se clasifican, a estos efectos, en tres subgrupos, *apareciendo siempre en cada uno de ellos una relación etiológica directa respecto a factores psicosociales o a través de los factores de riesgo vinculados con hábitos de conducta* (19). Tales subgrupos son:

a) Las enfermedades cardíacas: cardiopatía coronaria, cardiopatía hipertensiva y arritmias.

b) Las enfermedades vasculares cerebrales: accidente isquémico transitorio, infarto cerebral trombótico o embólico y hemorragia cerebral.

c) *Las enfermedades vasculares periféricas*: obliteración aterotrombótica y trastornos arterio-páticos, (el de letra cursiva es nuestro).

Pero, además de la etiología psicosomática, en los tres subapartados destacan factores de riesgo ligados a los *estilos de vida* (a lo cual iremos más adelante) y, por ende, también condicionados psicosocialmente, así destacan la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el hábito de fumar, apareciendo a continuación la diabetes, el sedentarismo, la obesidad, hiperglicidemia y la ingesta de anticonceptivos orales y otros fármacos.

Por último, en este apartado hay que destacar el que dentro de todos los estudios sobre los aspectos psicosociales de los trastornos vasculares y cardiovasculares destacan aquellos que versan sobre el **PATRÓN TIPO ALFA DE CONDUCTA (PTAC)**, descrito desde finales de los años 50 por M. Friedman y R. Rosenman que enfatizaron el papel de la conducta en este tipo de pacientes y lo definieron como “un complejo acción-emoción que puede observarse en cualquier persona que se ve agresivamente envuelta en un esfuerzo crónico, incesante para conseguir más y más en menos tiempo y, si fuera necesario, contra el esfuerzo opuesto de otras personas o cosas” (20)... en 1981 el Instituto Nacional de la Salud de los EEUU aceptó oficialmente que el PTAC está asociado con un incremento de los trastornos cardiovasculares y vasculares en sujetos de mediana edad, siendo tal incremento de riesgo independiente del generado por el colesterol, la presión arterial, la edad y el tabaco y siendo -asimismo- del mismo orden de la magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores (21).

Actualmente se han precisado más los rasgos del PTAC (22) resumiéndose así:

a) Personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas.

b) Parecen buscar este tipo de situaciones puesto que suponen para ellos un reto personal.

c) Se preocupan por destacar en cuanto actividad llevan a cabo.

d) Emprenden varias tareas al mismo tiempo quejándose de que les falta tiempo para llevar a cabo todo lo que desearán hacer.

e) En su afán por destacar reaccionan con ira, agresividad y hostilidad frente a cualquier obstáculo que les impida o amenace lograr sus metas.

También se ha evidenciado una doble dimensión en el PTAC: una saludable, vinculada a la mayor competitividad y otra insana, unida a los componentes de impaciencia y hostilidad (23).

### **LOS ESTILOS DE VIDA Y LA ADHERENCIA EN LOS TRASTORNOS VASCULARES**

A lo largo de esta exposición hemos aludido en varias ocasiones a los estilos de vida y a la adherencia en los trastornos vasculares, el tema tiene tanto peso específico, no sólo desde la Psicología de la Salud, sino desde una perspectiva biosanitaria general, que merece un apartado especial. Veámoslo:

#### **Los estilos de vida**

El estilo de vida de una persona se ha definido como “el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” (24), lo que simplemente indica que se trata de la FORMA DE VIVIR de una persona, lo cual tiene una relación directa con muchos aspectos de la salud y del enfermar humano (a nadie escapa la trascendencia de conductas tales como fumar, el consumo de alcohol, la dieta grasa, el sedentarismo, etc.); pues bien, en Occidente el estilo de vida se ha convertido en uno de los componentes cotidianos que las personas tienen que más influyen en su enfermar -en nuestro caso vascular- la detección, análisis y eventual cambio de éstos no es algo baladí para su atención sanitaria. De hecho la utilización y las referencias al concepto, en medio profesionales sanitarios, se ha quintuplicado en los últimos 20 años.

Ahora bien, el análisis de estos estilos debe hacerse desde un modelo que tome en cuenta la jerarquía de los sistemas naturales y considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales como la pareja, la familia y la comunidad y los microsistemas orgánicos como el sistema

nervioso, los órganos y los tejidos corporales, con lo cual volvemos otra vez al modelo BIOPSIKO-SOCIAL y es que el comportamiento individual se produce precisamente en esa inflexión entre los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre el comportamiento y, en consecuencia, sobre la integridad funcional de la persona (26). Ahora bien, a la vista de los peligros de un estilo de vida inadecuado para el tipo de patología que estamos analizando, una intervención biopsicosocial adecuada ha de promover la adopción de estilos de vida “saludables” o vasculoprotectores, lo cual está muy relacionado con todo el problema de la adherencia a las prescripciones y orientaciones terapéuticas, que a continuación expondremos, y con el modelo de intervención a seguir, lo cual también lo trataremos a continuación.

#### **El problema de la adherencia**

Las dificultades para seguir las prescripciones terapéuticas o preventivas (lo que se entiende por ADHERENCIA) ha sido algo ignorado durante mucho tiempo, sin embargo desde que Ley y Spelman (27) llamaron la atención sobre el asunto se ha convertido en uno de los temas “estrella” de la investigación biomédica actual y de la Ps. de la Salud (de hecho muchas multinacionales farmacéuticas están invirtiendo más en conseguir una mayor adherencia a sus productos que en descubrir o lanzar otros nuevos, puesto que ¿de qué vale descubrir un producto, por eficaz que sea, si se toma mal, se abandona antes de haberse conseguido el efecto, etc...?).

La *adherencia terapéutica o conducta de cumplimiento* (puesto que de una conducta se trata y, por ende, de algo psicosocial) se puede definir como la conducta de una persona que coincide con las recomendaciones sanitarias o, en palabras de Haynes (28), “la medida en que la conducta de una persona -en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de realización de cambios en el estilo de vida,- coincide con el consejo sanitario”, este comportamiento incluye conductas tales como (29):

- Iniciar y continuar el tratamiento.
- Tomar correctamente la medicación pres-

crita (el exceso, defecto o las equivocaciones también son faltas de adherencia).

- Incorporar y mantener el estilo de vida saludable que se ha recomendado.

- Evitar comportamientos de riesgo para la salud.

- Acudir a citas con el P.S.

- Realizar correctamente el régimen terapéutico en el domicilio.

Estamos convencidos de que ningún Profesional Sanitario puede asegurar que todos sus pacientes cumplen correctamente estos ítems... y es que los datos son escalofriantes, de hecho es más usual la falta de adherencia, en uno u otro punto, que la adherencia, máxime si el tratamiento es largo o crónico, se refiere a problemas de salud “asintomáticos” (ejemplos clásicos son la hipertensión y la aterosclerosis) y exige cambios en el estilo de vida (de hecho el incumplimiento en los hipertensos es de casi un 60% -30- y en los diabéticos de un 50%); también dificulta la adherencia el que el tratamiento sea complejo y/o molesto y el que los medicamentos produzcan efectos secundarios... Lo curioso es que uno de los principales determinantes de una buena adherencia ES LA RELACIÓN P.S.-E (31).

Como hemos visto, tal y como adelantamos en la introducción, el campo de los aspectos psicosociales en los trastornos vasculares es amplísimo y, al menos para nosotros, apasionante... sin embargo, y por desgracia, no tenemos todo el espacio y tiempo del mundo, así que quedan en el tintero otros temas también de gran interés como el de las respuestas de los pacientes vasculares a sus trastornos; lo que nos llevaría al análisis de las estrategias de afrontamiento, conductas de enfermedad, negación (32) (de lo cual algo se ha dicho) en especial cuando de enfermedades invalidantes se trata (y ello nos llevaría también al amplísimo tema de las amputaciones y de los pacientes amputados) y ¿cómo no? al análisis de la relación P.S.-E y al abordaje de un posible “burn-out” de los Profesionales Sanitarios que como sabemos sufren de una gran presión asistencial cuando trabajan en el campo de las patologías vasculares (33).

Sea como sea, apuntaremos -aún de soslayo- algunas estrategias de intervención:

## MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

Como corolario de todo lo dicho vamos a exponer ciertos ítems que pueden servir de guía orientativa psicosocial en la intervención ante las patologías vasculares...

No cabe duda de que no podemos emitir ni un vademécum, ni un recetario, ni un protocolo o algoritmo estándar de actuación. Una patología tan polioplástica, de etiología tan diversa y dispar y con tantos ribetes diferenciales, idiosincráticos a cada paciente, no permite apostar por una intervención estandarizada, ahora bien, al menos sí es posible esbozar unos criterios generales de actuación:

1. La primera actitud a tener en cuenta es el **MANTENER SIEMPRE UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA** en los cuidados y atención sanitaria a estos pacientes (34). Desde la perspectiva holística (también conocida, aunque no es exactamente lo mismo, como *integral*), la relación entre la persona y el personal sanitario se considera una asociación activa, donde la responsabilidad de curar y el crecimiento están compartidos, teniendo la relación PS-E en sí misma un efecto terapéutico.

Con estas premisas se atenderá a la **UNICIDAD DE LA PERSONA**, atendiendo a cada paciente como algo único e irrepetible, no reducible a su enfermedad. Se tendrá una **PERSPECTIVA MULTIDIMENSIONAL**, según las diversas necesidades de cada paciente, atendiendo así a la dimensión física, emocional, intelectual y espiritual de cada uno.

Entender el proceso salud-enfermedad de los trastornos vasculares desde una perspectiva holística, permitirá al profesional sanitario comprender las diversas experiencias de cada persona ante su enfermar, constatando que reaccionan de diferentes maneras ante idénticos cuidados.

2. Al abrigo de lo dicho, tal vez la mejor plasmación de lo anterior sea la conocida como **RELACIÓN AYUDA** (35-36) algo consustancial a la buena praxis sanitaria y que últimamente se está intentando incentivar como “**COUNSELLING**”, anglicanismo con el que se describe una

forma peculiar de prestar ayuda, en la relación P.S.-E, con el objetivo de cuidar integralmente del paciente, cuidando asimismo del profesional; así el P.S. facilita conocimientos, alternativas, técnicas y entrenamiento para el autocuidado de forma asertiva y el usuario conduce su propio proceso (37).

3. Estos cuidados holísticos/integrales deben asentarse también en una perspectiva PLENAMENTE COMUNITARIA (38); creando o implementando y apoyando la creación y la inserción de nuestros enfermos en GRUPOS DE APOYO constituidos por enfermos con patologías similares (asociaciones de enfermos diabéticos, amputados...).

Por supuesto que en todo momento, merced a la anterior visión comunitaria, se dedicará una especial atención a la Educación Sanitaria (colectiva o individual) de nuestros pacientes y familiares.

4. Es especialmente aconsejable que se manejen con soltura ciertas técnicas simples de intervención específica psicosocial (39), tales como TÉCNICAS DE RELAJACIÓN, TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS, TÉCNICAS COGNITIVAS DE BLOQUEO MENTAL (para evitar o combatir pensamientos angustiantes repetitivos) y, *sobre todo*, el Profesional que trabaje con pacientes vasculares debe ser un experto manejador de la relación P.S.-E bajo la perspectiva comunicativa, multiplicador de recursos humanos, asertivo y hábil socialmente (40) (ya indicábamos antes como la adherencia y los cambios en los estilos de vida van a depender mucho de la adecuada comunicación y relación que mantenga el P.S. con los enfermos).

5. Por último las técnicas de afrontamiento al estrés y las anteriormente citadas habilidades sociales servirán como un VERDADERO AMORTIGUADOR frente al propio estrés y la propia presión laboral del Personal Sanitario, previniéndose así eficazmente su burn-out... (41).

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Engel GL.:** The clinical application of the biopsychological model. *Medicine Philos* 6: 101-125, 1981.
2. **Lalonde M.:** A new perspective on the health of Canadians Office of the Canadian Minister of National health and Welfare. Ministerio de Sanidad, Ottawa, 1974.
3. **Gala FJ, Lupiani M, Gómez A. et al.:** Estilos de vida y enfermedad. *Scientia*, 4 (1): 9-21, 1999.
4. **Fernández Abascal E, Martín M.:** Estrés y prevención coronaria, en JM Buceta y A Bueno. *Psicología y Salud: Control del estrés y tratamiento* (pp 133-174). Dykinson. Madrid, 1995.
5. **Fajardo B, Cruz A.:** Adherencia terapéutica, en J.M. Latorre. *Ciencias Psicosociales aplicadas II* (pp 151-162). Síntesis. Madrid, 1995.
6. **Maslach C.:** Burnout: the cost of caring Prentice-Hall. Nueva York, 1982.
7. **Anónimo:** Trabajamos en cama caliente. *Rev. Latidos* 12: 4, 1997.
8. **Barker W.:** Peripheral Vascular disease. W.B. Saunders (6ª edic) Filadelfia, 1995.
9. **Polaino A, Gil Roales J.:** La Diabetes. Martínez Roca. Madrid, 1990.
10. **Fahey V.:** Vascular Nursing. W.B. Saunders. Filadelfia.1988.
11. **Sholtis L, Smith D.:** Valoración y Tratamiento de pacientes con trastornos vasculares y problemas de circulación periférica, en Brunner y Suddarth, *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica* (pp 634-682). Interamericana- Mc Graw Hill, 1988.
12. **Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, et al.:** El concepto y la vivencia del Enfermar humano en las cronicopatías, en JM Alberca et. al. *Psicología Clínica y de la Salud: Perspectivas actuales* (pp 35-41), Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos. Málaga, 1996.
13. **Taylor S.:** Health Psychology. Random House. Nueva York, 1986.
14. **Rodríguez J.:** Psicología Social de la Salud. Síntesis. Madrid, 1995.
15. **Novel G, Lluch M, Rourera A.:** Aspectos psicosociales del paciente crónico, en G. Novel et al, *Enfermería Psicosocial y Salud Mental* (pp 239-244). Masson. Barcelona, 1995.
16. **Ruiz-Ogara C.:** Estudios psicosomáticos. Teorías y experiencias. Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada, 1989.
17. **Gala FJ, Díaz M, Lupiani M, et al.:** Aspectos psicosomáticos de los trastornos vasculares. *Rev. de Enfermería ROL* 203-204: 59-64, 1995.
18. **Grau A.:** Trastornos psicosomáticos, en J. Vallejo et al, *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (pp 716-726). Salvat. Barcelona, 1990.
19. **Serra J, García S.:** Factores psicosociales y enfermedades cardiovasculares, en Anguera de Sojo, *Medicina Psicosomática* (pp 121-131). Doyma. Barcelona, 1998.

- 
20. **Friedman M, Roseman K.:** Type A behavior and your heart. Knopf. Nueva York, 1974.
  21. **Jiménez C.:** Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Córdoba, 1998.
  22. **Gala FJ, Lupiani M, et al.:** Op. Cit, 1995.
  23. **Sánchez-Elvira A, Bermúdez J.:** Intervención sobre el PTAC, en J.M. Buceta y A. Bueno. Modificación de conducta y salud: Perspectivas actuales en la aplicación del tratamiento psicológico (pp 85-125) Eudema. Madrid, 1990.
  24. **Henderson J, Hall M, Lipton H.:** Changing self-destructive behaviors, en G. Stone et al. Health Psychology. Jossey Bass. San Francisco, 1980.
  25. **Gala FJ, Lupiani M, Gómez A. et al.:** Op. Cit, 1999.
  26. **Rodríguez J, García JA.:** Estilo de vida y salud, en JM Latorre. Ciencias Psicosociales Aplicadas II (pp 25-34). Síntesis. Madrid, 1995.
  27. **Ley P, Spelman M.:** Communicating with the patient. Staple. Londres, 1967.
  28. **Haynes R.:** Introduction, en R. Haynes et al. Compliance in health care. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1979.
  29. **Amigo I, Fernández C, Pérez M.:** Manual de Psicología de la Salud. Pirámide. Madrid, 1998.
  30. **Sackett D, Haynes R.:** Compliance with therapeutic regimens. Publicaciones de la Universidad J. Hopkins. Baltimore. Barcelona, 1996.
  31. **Tazon P, García J, Aseguinolaza L.:** Relación y Comunicación. (Enfermería S21) DAE S.L. (Paradigma). Madrid, 2000.
  32. **Simón MA.:** Manual de Psicología de la Salud. Biblioteca Nueva. Madrid, 1999.
  33. **Lupiani M, Gala FJ, Guillén C, et al.:** La Enfermería española víctima del Burn-out. Scientia 5(1-2): 87-97, 2000.
  34. **Tazón P.:** Perspectiva holística de la persona, en P. Tazón et al Ciencias Psicosociales (pp 43-55) Masson. Barcelona, 1996.
  35. **Chalifour J.:** La relación de ayuda en los cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística. SG Editores. Barcelona, 1994.
  36. **Lupiani M, Gala FJ, Guillén C, et al.:** La psicología de la salud y la relación Enfermera-paciente: ¿Relación de ayuda o counselling?, en J.M. ALBERCA, Nuevas Perspectivas en Psicología clínica y de la salud (pp 31-33). Publicaciones del centro clínico los Naranjos. Málaga, 1998.
  37. **Bimbela J.:** Cuidando al cuidador: Counselling para Profesionales de la Salud. (2ª Edic) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 1995.
  38. **Sánchez A.:** Psicología Comunitaria. (2ª Edic). P.P.U. Barcelona, 1991.
  39. **Carnwath T, Miller D.:** Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual Práctico. Martínez Roca. Barcelona, 1989.
  40. **Gala FJ, Lupiani M, Díaz M, et al.:** Necesidad de una formación específica en Habilidades Sociales (HH.SS.) y en Técnicas de Comunicación (TT.CC.) en los estudios de Enfermería. Rev. Rol 22 (4): 276-278, 1999.
  41. **Lupiani M, Gala FJ, Guillén C, et al.:** Op. Cit. 2000.