



Análisis descriptivo de los motivos de referencia a interconsulta psicológica en la unidad de coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

Iranzo, B.¹.

Galviz, K.².

Hernández, A.³.

Prieto, P.⁴.

Sardiñas, C.⁵.

¹Licenciado en Psicología Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas

²Licenciado en Psicología Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas

³Licenciada en Psicología Psicóloga de la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

⁴Licenciada en Psicología Jefa del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades y Educación de la

Universidad Central de Venezuela

⁵Cirujano General y Coloproctólogo Coordinador General del Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología. Director del Curso de Especialización en Coloproctología y del Curso de Ampliación en Proctología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 22 de Julio del 2019 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

A partir de la nueva conceptualización de la salud y la aparición del Modelo Biopsicosocial, es constante el interés, dentro del ambiente hospitalario, en la búsqueda de un espacio para conformar un equipo inter y transdisciplinario para contribuir con la recuperación de la salud de los pacientes. Además, en la investigación planteada por Pescatori, Spyrou y Pulvirenti (2006) se observa el interés acerca de la relación existente entre algunos diagnósticos psicológicos y los trastornos anorrectales; por lo cual se realizó un análisis retrospectivo de los motivos de referencia a consulta psicológica valorados por un grupo de cirujanos generales de la especialización en Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. Se abarca un período comprendido desde febrero a diciembre del 2017, analizando los datos a través de los estadísticos descriptivos de variables como: la edad, el sexo, el mes de referencia, el diagnóstico médico y el motivo de referencia a psicológica.

PALABRAS CLAVE: psicología, coloproctología, salud, Modelo Biopsicosocial, equipo inter y transdisciplinario

SUMMARY

Because the new conceptualization of health and the appearance of the Biopsychosocial Model, is constant, in the hospital environment, the interest in the search for a space to create an inter and transdisciplinary team to contribute with the patients' health. Furthermore, the investigation of Pescatori, Spyrou and Pulvirenti (2006) introduce the interest in the relation about psychological diagnostics and colorectal diseases; for this reason, it is constructed a retrospective analysis of the reference motives for psychological consultation evaluated by a group of general surgeons of the Coloproctology specialization of the University Hospital of Caracas. This analysis was done using descriptive statistics (between February to December). It covers a period from, analyzing the data through the descriptive statistics of variables such as: age, sex, reference

KEY WORDS: psychology, coloproctology, health, Biopsychosocial Model, inter and transdisciplinary team

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS MOTIVOS DE REFERENCIA A INTERCONSULTA PSICOLÓGICA EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años la salud se ha reducido al aspecto biológico, orgánico u anatómico, en otras palabras, toda alteración o problema era causado por un funcionamiento inadecuado en el cuerpo; entendiendo al hombre como un ente conformado por dos componentes separados: el cuerpo y la mente, ambos independientes entre sí; bajo estos fundamentos se comprende el *Modelo Biomédico*, a partir del cual, el tratamiento para la enfermedad se considera generalmente externo al individuo; por lo tanto la relación médico-paciente es unidireccional pues los pacientes deben ser pasivos a la decisión del profesional de salud.^{1,2}

Frente a este paradigma tradicional, se propone un modelo totalmente diferente, llamado *Modelo Biopsicosocial*, que posee como principio concebir que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales; con lo que ya no se observa a la persona dividida, sino que es concebida como una integración de sistemas siempre interrelacionados.³

De igual manera, se puede destacar el cambio en la concepción de salud pues ha evolucionado, a través del tiempo, pasando de considerarse una simple ausencia de enfermedad a un estado completo de bienestar bio-psico-social, conceptualización que fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, la cual representa, en conjunto con la aparición del *Modelo Biopsicosocial*, un gran reconocimiento del efecto de los aspectos psicológicos y sociales en el estado de salud de cualquier individuo; es decir, los sentimientos, emociones, conductas y situaciones que ocurren en el día a día, pueden tener efectos positivos y/o negativos en la salud.⁴

Gran parte de la investigación en psicología, desde Breuery Freud, hasta algunos de los experimentos de Watson y Rayner, relacionados con el condicionamiento clásico, han llevado al contraste de los dos modelos antes mencionados, buscando como meta la atención integral del individuo, como un ente bio-psico-social, a través de la fusión de dos o más disciplinas, como es el caso por ejemplo de la medicina y la psicología, las cuales por mucho tiempo han sido desligadas.^{5,6}

Entonces, una disciplina es un conjunto de principios delimitados y lo que se quiere lograr es la unión de múltiples disciplinas, pero no solamente se está buscando formar un equipo multidisciplinario, que evalúe a la persona de forma descompuesta proponiendo subsoluciones propias de cada disciplina, sino que se logren tocar las fronteras de esas disciplinas o incluso se puedan traspasar, con la finalidad de llegar a una solución mucho más integral; por lo tanto lo que se busca es el desarrollo de la inter y transdisciplinariedad dentro del área de la salud.^{7,8}

Considerando esto, han surgido campos tales como: la psicología de la salud, la medicina conductual, la psiconeuroinmunología y la salud conductual, solo por mencionar aquellas de mayor auge; las cuales han intentado poner de manifiesto la relevancia del comportamiento individual como mediador y/o confluente de la salud del individuo.⁹

Se hace evidente, apelar inicialmente a la interdisciplina cuando los conflictos a tratar son tan

complejos como los que se presentan dentro del campo sanitario venezolano; pues cuando se forma un equipo interdisciplinario se asume que el abordaje no puede ser resuelto desde una sola disciplina y necesita de las otras perspectivas. Sin embargo, el hecho de traspasar las fronteras puede generar tensiones entre los profesionales de salud, por lo tanto es necesario que haya un espacio de consenso sobre determinados principios como: la concepción de la salud integral, el posicionamiento ético en la ejecución de las actividades profesionales, el respeto hacia las personas y comunidades destinatarias de las acciones, entre otras.¹⁰

Aunado a esto, es importante mencionar otra investigación que aporta gran información con respecto a la relación entre los diagnósticos psicológicos y los trastornos anorectales, la cual fue realizada en el 2006 por Pescatori, Spyrou y Pulvirenti donde se diseñó el “Diagrama del Iceberg” creado a partir del análisis de los padecimientos de 100 pacientes con Síndrome de Defecación Obstruida; a partir del cual se descubrió que este síndrome presenta no solo signos de trastornos anorectales evidentes, sino que también está realmente relacionado con signos funcionales ocultos dentro de los que se encuentran algunos diagnósticos a nivel psicológico como: la ansiedad, la depresión o la hiposensibilidad.¹¹

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado y teniendo como fin último el desarrollo de ese espacio de consenso entre el área de psicología y los especialistas médicos de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC), se plantea la presente investigación, con la que se pretende realizar un análisis descriptivo de los motivos de referencia a psicología, más frecuentes, que observan el grupo de especialistas médicos de la UNICOPROC. Dicho análisis es de carácter retrospectivo, basado en los datos obtenidos por un formato de referencia a consulta psicológica del año 2017.

OBJETIVOS Y MÉTODO

Objetivos

Analizar la frecuencia de los motivos de referencia a interconsulta psicológica del 2017, considerando el sexo, edad, mes de referencia y diagnóstico médico, de acuerdo a las observaciones de un grupo de Especialistas Médicos de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (UNICOPROC).

Método

Para la presente investigación se diseñó una base de datos en la que se consideraron los siguientes indicadores: Edad, Sexo, Mes de Referencia, Diagnósticos Médicos y Motivo de Referencia a Consulta Psicológica (evidenciadas post-hoc). Los datos observados se conformaron por un total de 93 casos, de los cuales 28 no poseían la totalidad de los datos requeridos, por lo que para el análisis se emplearon el total restante (65 casos).

El análisis de la base de datos, ejecutada a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0, se realizó en función de estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentajes y media) tomando en cuenta, los indicadores antes mencionados.

Se debe destacar, en cuanto a las variables de análisis, dos aspectos de real importancia. En primer lugar, un mismo paciente puede poseer varios diagnósticos médicos, por lo que se tomarán en cuenta todos ellos en la base de datos. Y, en segundo lugar, que tanto con los Diagnósticos Médicos como con los Motivos de Referencia a Consulta Psicológica acordes a los criterios de los cirujanos de la Unidad, se establecieron categorías de análisis las cuales se resumen a continuación.

Categorías de Diagnósticos Médicos de los pacientes de la UNICOPROC

En primer lugar se encuentra el *Estreñimiento*, el cual se refiere a la sensación de evacuación incompleta, esfuerzo excesivo al defecar y evacuaciones duras e infrecuentes, se incluye dentro de esta categoría el Síndrome de Defecación Obstruida o SDO ¹². Por otro lado, las *Fistulas* son las comunicaciones no habituales entre dos superficies revestidas de epitelio mediante un tejido granulado. Dentro de esta categoría se incluyen aquellas que se generan en la zona anal y perianal; mientras que las *Fisuras* son las úlceras lineales que se pueden generar a nivel interno o externo de la zona anal o perianal. Dentro de esta categoría se incluyen tanto las fisuras agudas como crónicas, al igual que la aparición de un plicoma anal o perianal como consecuencia de este diagnóstico. ¹³

El *VPH*, es un virus que proviene de la familia Papovaviridae, que afecta células escamosas del epitelio oral, nasal y del tracto genital bajo, cuando está localizado en el área anal, perianal o anorrectal, se le denomina VPH anal; en ocasiones causan verrugas o condilomas genitales o anales; y el *VIH*, también llamado “virus de la inmunodeficiencia humana”, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario y destruye o daña su funcionamiento. ^{14,15}

Otro diagnóstico observado en la UNICOPROC es el *Anismo*, referente a la descoordinación entre el recto y el ano en el momento de la defecación, por contracción paradojal de los esfínteres ¹⁶. Al igual que el *Rectocele* que es una condición en la que se produce la protrusión o prolapsio de vísceras digestivas, a través del espacio anatómico ocupado por la vagina ¹⁷. Y el *Cancer*, conocido como la aparición de neoplasias malignas, en esta categoría se incluyen la aparición de quistes y tumores en el colon, recto y ano ¹⁸.

Además, se encuentran: la *Enfermedad Hemorroidal*, referente a la presencia de tumoraciones que se forman a partir de dilataciones varicosas de las venas hemorroidales ubicadas en el canal anal. Dentro de esta categoría se incluyen todas las clasificaciones de este diagnóstico (internas y externas) así como también desde el grado I al grado IV ¹⁹; la *Incontinencia*, que es la pérdida de deposiciones en forma involuntaria en un momento o lugar socialmente considerado como inapropiado ²⁰; la *Hidrodenitis Supurativa*, una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente, originada en las glándulas apocrinas; se puede localizar en axila, ingle, periné, región anoperineal y cuero cabelludo ²¹; y la *EEI*, también llamado Enfermedad Inflamatoria Intestinal, incluye a un grupo de entidades clínicas que se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos que afectan primordialmente, más no de forma exclusiva, al intestino, como: la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC), la colitis inclasificada (CI), la colitis microscópica (CM), y reservoritis ²².

Finalmente se incluyó entre las categorías una denominada *Otros Dx* que se refiere a otros diagnósticos que no son propios de la Unidad de Coloproctología, como: fibromialgia o problemas renales.

Categorías de Motivos de Referencia de los pacientes de la UNICOPROC

En cuanto a las categorías de los Motivos de Referencia, se encuentran aquellas mencionadas en la Figura 1. Con respecto a la primera categoría, *Ansiedad/Estrés*, se refiere a la manifestación de agitación, inquietud y tensión emocional acompañada de un correlato somático no atribuible a situaciones de peligro real. Se incluye también la reacción emocional relacionada con el estrés ²³. Mientras que la *Evaluación Psicológica Preoperatoria (EPP)*, se trata de una entrevista de evaluación psicológica previa a intervenciones quirúrgicas a pacientes de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. ²⁴

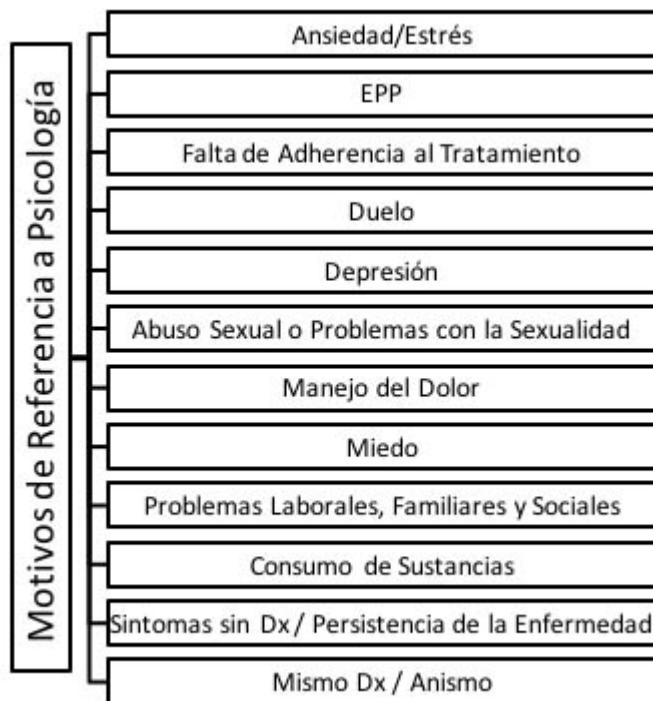


Figura 1. Categorías de los Motivos de Consulta a Psicología

Por otro lado, la *Falta de Adherencia al Tratamiento*, son todas aquellas inadecuaciones en el cumplimiento de las recomendaciones y/o indicaciones conferidas por el personal de salud, como: la asistencia a controles médicos, ingesta de medicamentos y cambios en estilo de vida necesarios para la mejoría. Al igual que se incluye el comportamiento aprensivo en los momentos de la consulta médica. ²⁵

De igual manera, el *Duelo*, es una reacción psicológica natural ante la pérdida de alguna persona, objeto o símbolo valioso para el paciente ²⁶. La *Depresión*, en cambio, es el patrón de comportamiento psicológico caracterizado por estado anímico triste, irritabilidad, pérdida de interés en hábitos de autocuidado, fatiga, sentimientos de culpa e ideación suicida. ²⁷.

También se debe mencionar, el *Abuso Sexual o los Problemas de Sexualidad*, referentes a

aspectos relacionados con disfunciones en el ejercicio sexual individual y/o dificultades en la convivencia, manejo de comunicación y solución de problemas; así como la sospecha de la presencia de abuso sexual ²⁸. El *Manejo del Dolor*, se refieren a situaciones espacio-temporales, sensoriales, motivación, afectividad y creencias y valores relacionados al dolor que dificulten la emisión de estrategias competitivas o irrumpan en las actividades diarias de los pacientes. ²⁹

El *miedo* es un conjunto de sensaciones desagradables o aversivas que son causadas por peligros considerados reales para la personas que lo padecen, generando respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas defensivas o protectoras, las situaciones que producen miedo pueden variar de persona a persona; sin embargo uno de los eventos más comunes que provoca temor es el encontrarse en un ambiente hospitalario y todo lo que ello implica ³⁰. Por otro lado, los *Problemas familiares, laborales y sociales* se refieren a situaciones de relaciones conflictivas a nivel emocional y comunicativo o problemas que generan preocupaciones y que afectan la salud del paciente y su desempeño familiar, social y laboral ³¹. Otra categoría se encuentra relacionada al *Consumo de Sustancias legales o ilegales* de manera exagerada que pueda conllevar un problema durante el proceso médico.

Asimismo, se encuentra la categoría *Síntomas sin Dx / Persistencia del Dx* donde se incluyen todos aquellos casos que fueron referidos a consulta psicológica debido, en primer lugar, a que hay presencia de dolor, ardor o algún otro síntoma a pesar de no poseer ningún diagnóstico médico notable; y en segundo lugar, a que, aunque se realizó la intervención y tratamiento médico adecuado para que el paciente logre su recuperación, éste continua con la afectación médica. Y finalmente, la categoría *Mismo Dx* se refiere a todas las oportunidades en las que los especialistas médicos, al referir el motivo de consulta, indicaron el mismo diagnóstico médico por el cual el paciente se encuentra en la Unidad de Coloproctología, lo que no le proporciona información al área de psicología.

RESULTADOS

La muestra definitiva para el presente estudio se conformó de 65 casos, todos ellos pacientes de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, con diagnósticos diferentes de alteraciones anorrectales, y que fueron referidos a Consulta Psicológica en dicha Unidad por diversos motivos valorados por los miembros del personal Médico. A partir de los datos registrados por los cirujanos en el modelo de referencia a consulta psicológica, se presentan los siguientes resultados:

En la tabla 1, pueden reflejarse que la mayoría de la muestra está compuesta por hombres, representando un 57% del total de los casos considerados. En relación a la edad se puede observar que la mayoría de los casos atendidos son adultos, con una edad media de $\bar{x} = 42,20$ cuya distribución se podrá identificar mejor en la figura 2. Por otro lado, en la tabla 1 se puede observar que los meses donde se recibe mayor cantidad de referencias a consulta psicológica son Agosto y Noviembre.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de Sexo y Edad

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	28	43,1
	Hombre	37	56,9
	Total	65	100
Edad	Niños (hasta los 12 años)	1	1,5
	Adolescentes (de 13 a 18 años)	3	4,5
	Adultos (19 años en adelante)	61	94
Mes de Referencia	Total	65	100
	Febrero	8	12,3
	Marzo	2	3,1
	Abril	6	9,2
	Mayo	5	7,7
	Junio	6	9,2
	Julio	1	1,5
	Agosto	11	16,9
	Septiembre	9	13,8
	Octubre	3	4,6
	Noviembre	11	16,9
	Diciembre	3	4,6
	Total	65	100

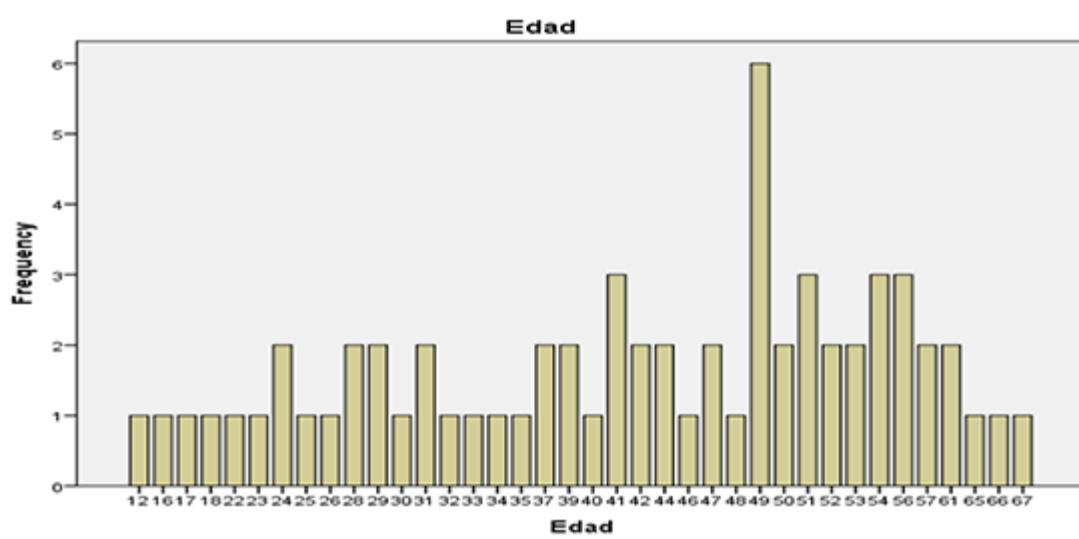


Figura 2. Distribución de edad de la muestra

La figura 2 demuestra una mayor frecuencia en los rangos etarios comprendidos entre los 40 y 50 años de edad, seguida por el rango que comprende edades de entre 50 y 60 años de edad. Esto reitera que el grupo etario mayoritario de pacientes atendidos en la UNICOPROC es el de adultos (entre los 20 y 60 años de edad).

Sumado a lo anterior, se tienen los indicadores: Diagnóstico Médico y Motivo de Referencia a Consulta Psicológica, que obtuvieron las siguientes frecuencias y porcentajes:

En la tabla 2, se expone que entre los principales diagnósticos médicos se encuentran: la *Fisura Anal o Perianal*, con un 28%, siguiéndole el *Anismo* con 20% y con un 12% la *Fistula Anal o Perianal*. Tomando en cuenta que los algunos pacientes presentaban de manera

simultánea dos o tres diagnósticos diferentes.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de los Diagnósticos Médicos

Diagnóstico Médico	Frecuencia	Porcentaje	Diagnóstico Médico	Frecuencia	Porcentaje
Estreñimiento	8	9	Cáncer	3	4
Fistula	10	12	Enfermedad	8	9
Fisura	24	28	Hemorroidal	1	1
VPH	5	7	Incontinencia	1	1
VIH	2	2	Hidrodenitis Supurativa	1	1
Anismo	17	20	EEI	1	1
Rectocele	4	5	Otros Dx	1	1

Por otro lado, en lo que respecta a los motivos de consulta, en este grupo de pacientes, los que se evidencian con mayor frecuencia son: el *Mismo Dx* con un 35%, siguiéndole la *Falta de Adherencia al Tratamiento* con un 19%; y finalmente, con un 13% y 12% simultáneamente se encuentran las *Evaluaciones Psicológicas Peroperatorias* y los problemas relacionados con la *Ansiedad* y el *Estrés*. Cabe destacar que luego de la categoría *Síntomas sin Dx o Persistencia del Dx* con un 8% todas las demás categorías poseen una frecuencia menor al 5%. Además, al igual que en los Diagnósticos Médicos, el grupo de pacientes eran referidos a consulta psicológica bien sea por una o dos categorías de forma simultánea (tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los Motivos de Referencia a Consulta Psicológica

Motivo de Referencia a Consulta Psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad /Estrés	9	12
EPP	10	13
Falta de Adherencia al Tratamiento	14	19
Duelo	1	1
Depresión	3	4
Abuso Sexual o Problemas con la Sexualidad	1	1
Miedo	1	1
Problemas Familiares, Laborales o Sociales	3	4
Consumo de Sustancias	1	1
Síntomas sin Dx o Persistencia del Dx	6	8
Mismo Dx	27	35
Educación del Dx	1	1

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar es importante referir, bajo las premisas señaladas por Ribes, que existen ciertos patrones comportamentales (hábitos, actitudes y otras formas de interacción ambiental) coadyuvantes a la adquisición, mantenimiento o prevención de ciertas enfermedades o condiciones patológicas que irrumpen en el bienestar o desarrollo cotidiano

del paciente, hecho que se ha constatado en algunas de las investigaciones revisadas sobre la correspondencia entre las diversas enfermedades anorrectales y los elementos psicológicos asociados a ellas.^{9, 11, 32, 33}

La presencia, según los resultados encontrados en el presente análisis, de altos porcentajes de pacientes con patrones comportamentales vinculados con las categorías de *Ansiedad/estrés* y *Falta de adherencia al tratamiento*, indica la importancia que se le debe tener, en el abordaje médico y psicológico, a las deficiencias de las competencias del sujeto para ajustarse ambientalmente desde lo orgánico a la enfermedad o al diagnóstico, debido a la coexistencia de rasgos o estados de ansiedad, depresión y/o estrés, así como también, de estilos interactivos y de afrontamiento inadecuados; por lo que se pretende ayudar al paciente a desarrollar nuevas estrategias para la prevención y/o tratamiento de su enfermedad, con la finalidad de lograr la recuperación completa de su salud.^{9, 34}

De igual manera, con este análisis se refleja la importancia del trabajo en conjunto de los especialistas médicos con el área de psicología; resaltando la urgencia del desarrollo de un espacio para la creación de un equipo inter y transdisciplinario dentro de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, para lo que es necesario tomar en cuenta dos aspectos reflejados en la presente investigación.

En primer lugar, el hecho de que la categoría *EPP* o *Evaluación Psicológica Preoperatoria* sea una de las que tenga mayor porcentaje en el análisis descriptivo de los motivos de referencia a consulta psicológica, refleja la importancia que le dan los especialistas médicos a la preparación del paciente ante la intervención quirúrgica la cual puede verse afectada por elementos psicológicos propios del paciente, demostrando la apertura que tienen los profesionales de salud de la Unidad de Coloproctología a la nueva concepción de salud y a la conformación de un equipo inter y transdisciplinario.

Sin embargo, en segundo lugar, el observar que por la falta de datos de identificación en los registros de referencia se redujeron los casos analizados en la investigación y que la categoría *Mismo Dx* fue la más frecuente como motivo de referencia a consulta psicológica; se puede asumir el arduo camino que aún falta por recorrer para llegar a traspasar esos límites entre la medicina y la psicología.

A partir de lo planteado, se deben destacar las limitaciones del presente análisis y sus respectivas recomendaciones:

- Las categorías formuladas en motivos de referencia a consulta psicológica, fueron elaboradas a partir de las observaciones y denominaciones del grupo de cirujanos de la Especialización de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, que si bien pueden manejar información adecuada acorde a problemáticas de dicha índole, no poseen una terminología en común con el área de psicología. Es decir, que tales categorías pudieran no corresponder a problemáticas del paciente que puedan ser abordadas durante la consulta psicológica. Por ello, se recomienda explorar si existe una correspondencia entre las definiciones que manejan especialistas y psicólogos sobre los motivos de referencia a consulta psicológica; en caso de no tenerla es importante que se realice una propuesta, con la finalidad de lograr un mejor entendimiento entre los

profesionales de la salud que trabajan en la Unidad.

- Debido a la poca cantidad de información recolectada, tanto por la falta de información en las referencias como por la ausencia de bases de datos de años anteriores de manera recurrente, se dificulta la realización de análisis estadísticos más profundos e informativos. Por lo que es recomendable un estudio de características similares, con mayor cantidad de sujetos, para lo que se necesita una actualización constante de la base de datos de los pacientes de psicología y la colaboración de los especialistas médicos en el llenado de las referencias de consulta psicológica.

REFERENCIAS

1. León J, Medina S, Barriga S, Ballesteros A, Herrera I. Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida. Barcelona: Editorial UOC; 2014.
2. Oyarzún E. Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial. [Documento en línea] 2008 [citado 17 may 2018] Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/2/MPRINT25/1/material_docente/previsualizar%3Fid_material=182943
3. Laham M. El modelo biopsicosocial. [Documento en línea] 2006 [citado 17 may 2018] Disponible en: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad/el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1pppppppp>
4. Oblitas L. Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: PSICOM; 2004.
5. Breuer J, Freud S. Studies on Hysteria. Nueva York: Coolidge Foundation; 1895.
6. Watson J, Rayner R. Conditioned Emotional Reactions. Journal of Experimental Psychology. 1920; 3(1): 1-14.
7. Aspeé J. Disciplina, Interdisciplina, Transdisciplina: implicancias para el Trabajo Social. [Documento en línea] 2013 [citado 17 may 2018] Disponible en: <http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/articulo89.pdf>
8. Pérez N, Setién E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológico - informativa. ACIMED. 2008; 18(4).
9. Ribes E. Psicología y salud. Barcelona, España: Martínez Roca; 1990.
10. Gandolfi A, Cortazar M. El desafío de la Interdisciplina en la formación de los profesionales de la salud. Universidad de la República [Documento en línea] 2006 [citado 17 may 2018] Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_El%20desafio-de-la-interdisciplina.pdf
11. Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. Colorectal Disease. 2006; 8: 785-789.
12. Remes-Troche J. Estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. Rev de gastr de Méx. 2005; 70(3): 312 – 321.
13. Ruiz M, Alós R, Roig J. Fisura Anal. Rev Soc Valencia Patol Dig. 2002; 21:44 – 51.
14. Alfaro A, Fournier M. Virus del Papiloma Humano. Rev Méd de Cost Ric y Centamé. 2013; 70(1): 211-217.
15. Organización de las Naciones Unidas. Información básica sobre el VIH. [Documento en línea] 2008 [citado 17 may 2018] Disponible en: http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

16. Farina P, Miravalle O, Muñoz J, Vázquez F, Prado M, Arias J y cols. Rev Arg de Coloproct. 2013; 14(1): 167-179.
17. Bravo E, Álamos B, Riesle H, Scarella A. Corrección de rectocele con IVS posterior y malla tunelizada por el tabique rectovaginal. Rev Chil de Obst y Gin. 2006; 71 (6): 383-387.
18. Aller J, Arias M, Aller J, Almendi I. Enfermería médica-quirúrgica II. Madrid: Tébar; 2000.
19. Charúa L. Enfermedad Hemorroidal. Medigraph Art En Linea. 2007; 23(4): 302 – 309.
20. Zárate A, López F, Vergara F, Badilla N, Viviani P. Prevalencia de la incontinencia fecal en centros de salud y casa de reposo. Rev Chil de Obst y Gin. 2008; 74 (6): 354-359.
21. Charúa L, Maldonado R, Avendaño O, Navarrete T, Osorio R, Jiménez B. Hidradenitis Supurativa. Cir Ciruj. 2006; 74: 249 – 255.
22. Gomollón F, Sanz M. Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Enfermedad de Crohn. [Documento en línea]. 2013 [citado 17 may 2018] Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/31_Enfermedad_inflamatoria_intestinal_Enfermedad_de_Crohn.pdf
23. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal e Subj. 2003; 3(1): 10-59.
24. Iranzo B, Galviz K, Sardiñas C. Protocolo de referencia a consulta psicológica. [Manuscrito no publicado] 2014. Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.
25. Ortego M, López S, Álvarez M. La adherencia al tratamiento. [Manuscrito en línea]. 2017. Universidad de Cantabria.
26. Meza E, García S, Torres A, Castillo L, Sauri S, Martínez B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev de Esp Med-Quir. 2008; 13(1): 28 – 31.
27. Zaragoitia I. Depresión generalidades y particularidades. La Habana, Cuba: EciMed; 2011.
28. Berlinerblau V. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Buenos Aires, Argentina: UNICEF; 2016.
29. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest en Mex. 2017; 29(1): 77 – 85.
30. Pérez M. El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. Aula. 2000; 12: 123 – 144.
31. Duarte D. Salud y familia. Santiago de Chile: Louvain-la-Neuve; 1989.
32. Cardozo I, Sardiñas C. Variables psicológicas asociadas al dolor anal crónico: efecto de una intervención psicológica. Rev Psic. 2012; 31(1): 121 – 136.
33. Lastra C, Moreno Z, Prieto P, Sardiñas C. Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales. Rev Psic. 2010; 29(1): 99 – 119.
34. Anarte M, López A, Ramírez-Maestre C, Esteve-Zarazaga R. Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. An de Psic. 2000; 16 (2): 133 – 141.