

Capítulo 6.

Aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad

6.1. Introducción

El ser humano funciona como un todo único. Es en esencia un ser bio-psico-social y requiere, por tanto, desde el punto de vista de la atención a la salud, el cuidado de los problemas que surgen en esos tres niveles. Como ya vimos, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades predominantemente biológicas implican siempre la aparición de reacciones/alteraciones psicológicas que estas producen en sus pacientes.

Toda alteración somática se acompaña en mayor o menor grado de una reacción a nivel psicológico, cuya magnitud en ocasiones se escapa, y el sufrimiento humano que dichas reacciones producen queda frecuentemente sin la atención y el consuelo adecuado y necesario.

El objetivo de este capítulo es lograr que desde las Ciencias de la Salud se profundice en la importancia de conocer y atender estas reacciones psicológicas en todos y cada uno de los pacientes con afecciones somáticas que requieren de nuestra ayuda profesional. Y ello desde la perspectiva del individuo normal que se enfrenta a una situación no habitual o anormal.

6.1.1. Significado psicológico de la enfermedad

Todos necesitamos un equilibrio psicológico y social, al igual que una homeostasis fisiológica. Cuando algo rompe nuestras pautas de comportamiento y modo de vivir, empleamos mecanismos, en general también habituales, para solucionar los problemas y restablecer el equilibrio. Una situación nueva en la que nuestras pautas de respuesta habituales son inadecuadas para manejarla, conduce a un estado de desorganización a menudo acompañado de estrés, miedo, culpabilidad, u otros sentimientos desagradables que contribuyen todavía más a la desorganización.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto. Por tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis. En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que cabe denominar situación estresante.

La enfermedad constituye una crisis de duración variable que conduce a cambios más o menos permanentes entre los pacientes y sus familiares. La potencia de la crisis proviene de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y a la adaptación de la persona. Puede que tenga que afrontar hospitalización y separación prolongada de su familia y amigos, dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, pérdida de papeles clave, y un futuro inseguro e imprevisible, incluyendo la posibilidad de la muerte. Las crisis de salud habitualmente no pueden ser anticipadas, su significado para la persona que enferma es ambiguo, y con frecuencia le falta información clara y tiene que tomar decisiones definitivas y rápidas.

La enfermedad tiene muchas de las características que hacen de ella que un acontecimiento sea estresante, es decir, es interpretada como dañina, perjudicial, o, en algunos casos, como desafiante, para la persona. Tiene una valencia negativa, puesto que constituye un daño y/o una pérdida (material y/o funcional) objetiva socialmente valorada como tal; es impredecible las más de las veces, y es, también, al menos desde la perspectiva del enfermo, incontrolable, por lo que deberá confiar el control de los acontecimientos a otra persona, el médico.

En ocasiones también puede aparecer el fenómeno de la *ganancia secundaria*, en el sentido de que el paciente no siempre valorará la enfermedad como algo absolutamente negativo, bien porque por un lado puede ayudarle a reflexionar sobre la necesidad de modificar hábitos de vida, u ofrecerle la posibilidad de un reposo necesario, bien porque la enfermedad le libera de responsabilidades y le permite obtener unas atenciones que estando saludable no tenía disponibles. Esto último puede en ocasiones dificultar el proceso de recuperación, pues la ganancia secundaria es percibida como de mayor valor que la propia salud.

6.1.2. Factores que condicionan la reacción Psicológica

Los factores fundamentales que condicionan la reacción psicológica del paciente ante la enfermedad somática son:

1. La personalidad.
2. Las características de la enfermedad.
3. La situación o contexto espacio/temporal de la biografía del paciente en el que se produce la pérdida de la salud.

6.1.2.1. Personalidad del paciente

Se integra a partir de múltiples factores. El resultado final de esta integración da lugar en cada ser humano, a partir de su historia individual, a características diferenciales; es por ello que la reacción psicológica frente a un hecho tan importante como la pérdida de la salud, tiene matices muy diversos en cada uno de nuestros pacientes.

Es evidente que verse encamado y relativamente aislado por un ingreso hospitalario no tendrá el mismo significado para una persona introvertida que para otra persona que sea extrovertida. La reacción de los pacientes con marcados rasgos dependientes no se parece en absoluto a la de aquellos en quienes la independencia predomina como rasgo caracterológico. La forma en que el histriónico *sufre* la enfermedad es muy distinta a la del sujeto en quien predominan rasgos obsesivos, comportándose con mucho dramatismo y llamando la atención. De igual manera quedará matizada toda la actividad del paciente paranoide, con su susceptibilidad y desconfianza, o la del sujeto con un elevado neuroticismo, con esa gran labilidad emocional, o la del hipocondríaco, con su permanente estado de hipervigilancia, queja y demanda.

6.1.2.2. Características de la enfermedad.

Es también un factor determinante de la reacción del paciente. Es evidente que no producirá la misma repercusión psicológica un catarro que un cáncer; ni influyen de la misma manera una enfermedad aguda, que aunque sea desagradable pasa en unos días, y una enfermedad crónica, que acompaña al sujeto el resto de su vida. También reaccionarán de modo distinto dos personalidades casi iguales, si el tratamiento en un caso exige una intervención quirúrgica y en el otro basta con tomar algún medicamento en tabletas. Pero es bueno recordar que el criterio del paciente acerca de la peligrosidad de una enfermedad para la vida, su carácter crónico, o lo peligroso de un tratamiento, no siempre coincide con el criterio científico que refleja la realidad objetiva. Por tanto, si no somos capaces de informarnos con exactitud de sus criterios sobre la enfermedad,

no podremos prever y aliviar la magnitud de su reacción, que estará en correspondencia con esos criterios.

Por último, recordemos que hay enfermedades que además de su mayor o menor gravedad implican un rechazo social, o al menos muchos pacientes así lo consideran (por ejemplo el SIDA). La reacción frente a esas enfermedades está más en relación con la amenaza de bochorno o pérdida de prestigio social que con el riesgo biológico que se le atribuye.

Resumiendo, la reacción ante la enfermedad depende de:

- 1) De su *duración* (aguda/crónica).
- 2) De su *forma de aparición*: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa.
- 3) De su *intensidad y gravedad*.
- 4) De las *etapas del proceso de la enfermedad* (diagnóstico, tratamiento, pruebas, deterioro, etc.)

6.1.2.3. Situación y momento vital

El momento en que se presenta la enfermedad y las circunstancias que rodean al paciente, resultan también decisivos en su forma de reaccionar. En una persona, en dos momentos distintos, la misma enfermedad no tiene iguales implicaciones. Por ejemplo, en el caso de un estudiante las implicaciones varían según aparezca la enfermedad en período de exámenes o en otra época del año; más grave es aún si se trata de un atleta olímpico al que una pequeña lesión (que resultaría intrascendente para otra persona) le impide participar en una competición. Con frecuencia el médico que ordena un ingreso no está al tanto de las situaciones que se crean con el cuidado de los hijos, en la

economía familiar o en el centro de trabajo donde el paciente puede estar en un momento decisivo para el cumplimiento de funciones importantes; esto le impide comprender lo que le parece una reacción desproporcionada del paciente ante el problema de salud, o lo que es peor, no detecta la intensidad de la reacción y no brinda ningún tipo de apoyo en la tormenta emocional que padece a solas el paciente en su cama de ingresado.

6.2. La adaptación.

Adaptación es la acción por la cual un ser se ajusta a un medio en el cual vive, conciliando sus propias tendencias y las limitaciones que este medio le impone. Es el proceso comportamental (cognitivo, fisiológico y/o motor) a través del cual un organismo resuelve, de la forma más eficaz y eficiente posible, las demandas que surgen en su interacción con un medio cambiante, a resultas del cual, dicho organismo, sobrevive, aprende y evoluciona pasando por sucesivas y diferentes relaciones de equilibrio. Uno de los principales mecanismos de adaptación es el ya visto de la respuesta de estrés.

Probablemente los seres humanos somos, en su conjunto, los organismos más flexibles, adaptables, inteligentes y resistentes que ha producido la evolución natural, tras una larga lucha evolutiva. Pero además de la herencia, poseemos un sistema nervioso suficientemente plástico, base de nuestro comportamiento, que nos permite aprender a nivel individual a través de la experiencia (la mosca que se golpea en el cristal, lo hará una y otra vez, no puede aprender de la experiencia).

La adaptación es un proceso doble constituido por:

- La asimilación: ajuste del ambiente al organismo.

- La acomodación: ajuste del organismo al ambiente.

La adaptación es pues un fenómeno que corresponde a las transacciones eficaces entre el organismo y su ambiente, que implican cambios tanto en uno como en el otro, facilitando así la supervivencia del primero. En el hombre la adaptación se da dentro de un contexto social y como tal debe entenderse. La adaptación humana comprende aspectos tanto cognitivos como emocionales (si es que pueden separarse ambos aspectos) y motores.

La aparición de la enfermedad y la pérdida de la salud, constituye un cambio vital que introduce en la historia de una persona circunstancias excepcionales para las que sus estrategias habituales de conducta resultan ser inadecuadas o insuficientes. Se crea entonces la necesidad de movilizar mayores y/o distintos recursos para adaptarse a la nueva situación. En dicho proceso adaptativo, por tanto, se generan emociones y se movilizan recursos. Los recursos son los elementos y/o capacidades, internos o externos, con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas. Se distinguen:

- Materiales y económicos.
- Vitales.
- Psicológicos (habilidades de resolución de problemas y habilidades sociales).
- Sociales (apoyo social).

6.3. La enfermedad y las emociones básicas: ansiedad, miedo, depresión e ira.

Las emociones podemos conceptualizarlas (eludiendo polémicas) como un complejo de activación/sentimiento: de activación fisiológica (por ejemplo, secreción de catecolaminas) por un lado y de evaluación cognitiva o interpretación del estímulo por otro (daño, amenaza, desafío, etc.).

Este tipo de respuestas es resultado, como se ha dicho, de la apreciación del acontecimiento de la enfermedad como estresante, es decir, de su evaluación como amenaza, daño, pérdida o desafío, y de que los recursos no son adecuados para afrontar las demandas del acontecimiento. Esta apreciación puede evocar estados efectivos negativos entre los cuales la depresión, la ira y la ansiedad son los más habituales. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la apreciación de estrés, sino que también puede hacerlo en fases posteriores como consecuencia del fallo del ajuste realizado, o de la posibilidad de recurrencia del acontecimiento, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la ira.

El terceto ira, miedo y depresión constituye nuestro conjunto básico de emociones hereditarias asociadas con la supervivencia frente a situaciones estresantes. Todos hemos experimentado las emociones de la ira, el miedo y la depresión, asociadas con situaciones (estímulos) como son la obstaculización, la amenaza/desprotección y el abandono/depreciación respectivamente.

Las emociones negativas de la ira, el miedo y la depresión tienen un valor para la supervivencia, de la misma manera que lo tiene el dolor físico. Cuando experimentamos una emoción desagradable, experimentamos en realidad las modificaciones psicofisiológicas encaminadas a preparar al conjunto de nuestro cuerpo para dar una

determinada respuesta de comportamiento. Estas emociones son como *alarmas* que disparan una determinada línea de acción.

En el caso de la *ira*, experimentamos los preparativos de nuestro cuerpo para un ataque. Cada vez que nos asalta el *miedo*, por otra parte, experimentamos un cambio psicofísico que prepara automáticamente nuestro cuerpo para huir del peligro lo más deprisa posible. Si por el contrario nos sentimos frustrados por algo que no podemos modificar, es probable que nos sintamos luego emotivamente *deprimidos*. Aunque la depresión puede parecer actualmente desprovista de valor para la supervivencia, para nuestros antepasados primitivos era un estado beneficioso cuando se verán obligados a soportar un período de condiciones ambientales especialmente duras, y obrar así aumentaba sus posibilidades de sobrevivir.

Aunque nuestros mecanismos neurofisiológicos defensivos de ira-agresión, miedo-huida y depresión-retirada no constituyen en sí mismos signos de enfermedad ni de mala adaptación, la prolongación en el tiempo y la excesiva intensidad pueden interferir con nuestra capacidad de reacción mental y verbal. Cuando somos presa de la ira o el miedo, nuestra capacidad de afrontamiento eficaz resulta en gran medida mermada. Para una persona irritada o asustada, dos y dos dejan de ser cuatro y no puede poner en marcha su capacidad racional para solucionar los problemas.

Otros autores usan la etiqueta ansiedad como término genérico para designar estas realidades. Se habla entonces de la *ansiedad confusional*, la *ansiedad paranoide* y la *ansiedad depresiva*.

Tabla 1. *Tipos de ansiedades, sus manifestaciones y conductas niveladoras*

Tipo de ansiedad	Manifestaciones	Conductas niveladoras
Confusional (amenaza de desestructuración por confusión)	confusión Indecisión Vacilación Incoordinación Tartamudez Temblores Torpeza Incertidumbre	Ordenar Clasificar Preguntar Entender Reflexionar Planificar Programar Controlar
Paranoide (amenaza de desestructuración por ataque externo)	Miedo Desconfianza Terror Paralización por pánico	Precaución Cautela Indagación Huida Contraataque
Depresiva (amenaza de desestructuración por vaciamiento)	Tristeza Aburrimiento Fatiga Insomnio Impotencia Euforia o manía Anorexia	Crear Trabajar Leer Entablar relaciones sociales y amorosas Comer Beber Dormir Estudiar Divertirse

Nota: por desestructuración se entiende una alteración del ritmo de intercambio con el medio, la amenaza de desintegrarse como persona, como unidad, y/o el no poder mantenerse *armado* y funcionando.

Tabla 2. *Tipos de ansiedades, estímulos elicidores y actitudes principales asociadas*

Tipo de ansiedad	Estímulos provocadores	Actitudes predominantes
Confusional	<ul style="list-style-type: none"> • medidas de urgencia, cambios de planes, fechas • terminología técnica • excesiva rotación de personal • profusión de tratamientos e intervenciones • complejidad instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • preguntas abundantes • dificultades de comprensión • desorientación espacio/temporal • insistencia en el prestigio del centro
Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> • medidas que impliquen dolor físico • ropas quirúrgicas • entrevistas a familiares a escondidas • actitudes autoritarias • encierro, inmovilización física 	<ul style="list-style-type: none"> • tono agresivo, preguntas inquisidoras • curiosidad por los aspectos personales de los miembros del equipo • reclamaciones, querellas • reticencias
Depresiva	<ul style="list-style-type: none"> • anestesia total • postración e indicaciones de reposo • presencia de flores, imágenes • decoración triste • presencia de religiosos • dietas rígidas • cohabitación con enfermos más grandes • exceso o falta de visitas 	<ul style="list-style-type: none"> • euforia, optimismo, verborragia • tristeza acentuada, anorexia, insomnio, llanto • tendencia a magnificar la importancia de la enfermedad/intervención • insistencia en establecer relaciones amorosas con los miembros del equipo

6.4. El estrés

Abundemos sobre lo dicho en relación a este concepto en el capítulo 4. La palabra estrés, de origen inglés, es un término extraído de las ciencias físicas y se puede traducir por *tensión*. Recordemos que se considera que una persona está sometida a una situación de estrés, cuando ha de hacer frente a demandas ambientales que sobrepasan sus recursos, de manera que el sujeto percibe que no puede darles una respuesta efectiva. En este tipo de situaciones, el organismo emite una respuesta de estrés, que

consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, que, a su vez, prepara para una intensa actividad motora.

El estrés engloba pues una demanda o estresor (sea para nuestro cuerpo o para nuestra mente) y una respuesta o estrés (una reacción psicofisiológica del organismo hacia esa demanda) para solucionarla. Estas respuestas propician una mejor percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información, una mejor búsqueda de soluciones y una mejor selección de respuestas para hacer frente a la situación, preparando al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa.

Los estímulos (situaciones) estresantes poseen una serie de características que los convierten en tales: 1) Incertidumbre y/o ambigüedad; 2) Cambio o novedad estimular; 3) Duración; 4) Intensidad y severidad; 5) Peligro (físico y psicosocial); 6) Alteración de las condiciones del organismo.

¿Qué puede producir estrés? Una gran cantidad de situaciones y elementos estresores pueden dar lugar a dicha respuesta de estrés. Los hay *personales* (falta de conocimientos, enfermedad, envejecimiento, hábitos inadecuados de alimentación, tabaco, alcohol), *interpersonales* (divorcio, peleas, muerte de un ser querido), *socioeconómicos* (paro, inseguridad ciudadana) y *físicos* (ruido, contaminación, frío, espacios insuficientes). Y en general se puede generar estrés desde el punto de vista psíquico siempre que exista *incertidumbre* (no se que pasará, p.e., guerra del golfo y reacciones anómalas de la bolsa), *cambios* (que exigen esfuerzos de adaptación), *falta de información* (p.e., desconozco el siguiente paso de la competencia), *sobrecarga informativa* (no puede manejar e integrar toda la información que llega) y *falta de conductas* (no tengo habilidades para hacer frente y manejar la situación que se presenta).

La enfermedad y la hospitalización es en ese sentido una situación estresante en tanto en cuanto se reproducen esas características mencionadas, a saber:

Tabla 3. *Características estresantes de la hospitalización*

CAMBIOS DE RELIEVE Y/O IMPORTANTES	<ul style="list-style-type: none"> • accidente/enfermedad inesperada • rutinas • horarios • aficiones • intimidad • separación de los seres queridos • mutilación/pérdida sensorial • estéticos • soledad
INCERTIDUMBRE (pronóstico incierto)	<ul style="list-style-type: none"> • autorización (consentimiento) • futuro familiar • hijos • empresa • secuelas
PELIGRO OBJETIVO (daño, muerte)	<p>tiempo hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • punciones • extracciones • exploraciones • intervenciones quirúrgicas • enfermedad incurable
ESCASA INFORMACIÓN	<hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> • información tecnicada • tratamientos • personal • resultados análisis • diagnóstico

En general podemos considerar que la hospitalización es, o puede ser, estresante al menos por cinco razones:

1. El paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos, frecuentemente inconsistentes con él mismo (estresor cultural).

2. El rol del paciente entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo (estresor estructural).
3. Debe aceptar nuevas interacciones sociales que les son impuestas, y muchas veces son conflictivas (estresor social).
4. Se producen fenómenos de disonancia entre varios esquemas cognitivos y situaciones conductuales incompatibles. Por ejemplo, una persona normalmente muy independiente que debe ser ayudada a lavarse (estresor psicológico).
5. Gran cantidad de percepciones dentro del hospital son desagradables o molestas. Olores, ruidos, etc., inherentes a dicho entorno (estresor físico).

6.6. Papel del profesional de la salud

La intervención debe partir de una concepción global e integradora de la persona y estar orientada hacia la salud, mediante no sólo el tratamiento y los cuidados, sino también la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el fomento de las conductas adaptativas. Dos serían los objetivos:

1. Ayudar al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación, promoviendo el autocuidado y la independencia.
2. Ayudar al paciente y la familia en la búsqueda y utilización de recursos sociales, proporcionando información y vías de canalización adecuadas.

Esto supone, entre otras funciones, desde el punto de vista de la salud mental las siguientes:

1. Ayudar a obtener satisfacciones cotidianas.

2. Colaborar en el autoconocimiento.
3. Facilitar el establecimiento de relaciones afectivas y positivas.
4. Ayudar a buscar el equilibrio emocional a través de la autoaceptación personal, control emocional, tolerancia a la frustración y aceptación de las propias emociones.
5. Facilitar el contacto con la realidad y
6. Fomentar el espíritu creativo.

Resumidamente hablaríamos de dos tipos de intervenciones:

1. Asesoramiento (Apoyo informacional)

- Informar al paciente acerca de su enfermedad y del funcionamiento y organización hospitalaria.
- Entrenar al paciente en todas aquellas habilidades de autocuidado que necesita poseer para asegurar la satisfacción de sus necesidades y fomentar su independencia.
- Proporcionar información al paciente y a la familia sobre las redes sociales a las que puede acudir en busca de ayuda.

2. Apoyo Emocional

- Mantener una relación terapéutica que facilite la expresión de pensamientos y sentimientos, desvelando temores infundados y falsas concepciones.
- Reforzar positivamente los comportamientos que conducen a una mejoría de las habilidades de autocuidado.
- Fomentar la participación activa en todas aquellas actividades de autocuidado con el fin de fomentar la independencia y los sentimientos de autocontrol y control del medio.

- Proporcionar técnicas de bienestar.

6.7. Referencias

Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid:

Pirámide.

Forés, A. & Grané, J. (2008): *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona:

Plataforma.

Mardarás. E (1980). *Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las*

intervenciones quirúrgicas. Barcelona: ROL.

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis Quirúrgica: una práctica en convergencia*

interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós.

Nuñez, F. (1987). *Psicología médica*. La Habana: Pueblo y Educación.