

Tema 6.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD (hospitalización, dolor, cirugía, muerte)

Aspectos psicológicos de la Hospitalización

Hospitalización como estresor

Al estrés asociado a la enfermedad, se suman las características de la hospitalización, como:

- Es un cambio de vida (disconformidad ante la hospitalización).
- Supone adoptar nuevos roles (enfermo, paciente).
- Supone adaptarse a la “sub-cultura hospitalaria”.
- Vivir en incertidumbre (“No saber lo que me espera”).
- Experimentar dependencia de personas y cosas (incluidas máquinas).
- Sufrir intervenciones (cruentas, desconocidas).
- Sufrir la medicación (los efectos secundarios).
- Encontrarse desubicado.

Efectos de la Hospitalización

- Aislamiento, soledad, escasez de contacto humano y de relaciones sociales.
- Despersonalización (devaluación personal).
- Pérdida de intimidad y privacidad.
- Pérdida del control en las Actividades de la Vida Diaria.
- Pérdida de libertad y control (dependencia).
- Ninguneo (secretismo).

Cuidados de la persona hospitalizada

APOYO INFORMACIONAL Y EVALUATIVO (ASESORAMIENTO)

- Información sobre su proceso.
- Información sobre el funcionamiento hospitalario.
- Enseñanza habilidades autocuidado.
- Reforzar comportamientos que mejoren habilidades de autocuidado.

APOYO EMOCIONAL


- Facilitar expresión sentimientos y pensamientos acerca de temores y concepciones erróneas.

APOYO INSTRUMENTAL

- Facilitar la adaptación y recuperación: entorno terapéutico.

Aspectos psicológicos del dolor agudo y crónico

Dolor

- El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, generalmente asociada a una lesión (ó descrita en términos de la misma).
 - El dolor es subjetivo, no es mera sensación objetiva (hechos sensoriales desagradables). Es una experiencia compleja que implica asociaciones a estados afectivos aversivos (atribución de significado) como parte intrínseca de la experiencia de dolor.
 - Se distinguen:
 - La nocicepción (transducción y transmisión).
 - La percepción.
 - El sufrimiento.
 - El comportamiento de dolor.
- 
- Atribución, interpretación.
 - Focalización.
 - Ganancia secundaria.

Tipos de dolor

- **Agudo:**
 - Señala que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar (o ha provocado) lesión.
 - Es más físico.
 - De corta duración, suele desaparecer cuando se cura la lesión a la que va asociado.
 - Curso temporal previsible.
 - Adaptativo ("avisa" de la existencia de una lesión o enfermedad).
 - Buena respuesta al tratamiento.
 - La respuesta de estrés está asociada al dolor agudo y el estado emocional asociado suele ser la ansiedad.
- **Crónico:**
 - Es una experiencia aversiva continua o recurrente, que varía en intensidad a través del tiempo, pero siempre presente.
 - Asociado o no a un proceso de enfermedad.
 - De al menos tres meses de duración.
 - Las medidas terapéuticas habituales no son eficaces.
 - Aparece un patrón de signos vegetativos (alteraciones de sueño, cambios de apetito, fatiga) asociado a la ansiedad.
 - No cumple ninguna función útil para el organismo.
 - El estado emocional asociado más perdurable suele ser la depresión.

Factores que modulan el dolor (agravantes y atenuantes)

- Personalidad y expectativas de la persona.
- Estado de ánimo (ansiedad, miedo, enfado, frustración).
- Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
- Apoyo social: relación con otras personas, como familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- Sexo y edad.
- Nivel cognitivo (intelectual, cultura y educación).
- Experiencias previas con el dolor.
- Ambiente: ciertos lugares (Ejemplo: ruidosos, iluminación intensa), tienden a exacerbar algunos dolores (Ejemplo: cefaleas).

Aspectos psicológicos del dolor crónico

- Excesivo reposo, reducción de la actividad física y funcional.
- Relaciones familiares/sociales basadas en la asistencia y cuidados del paciente. Predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor.
- Dependencia y falta de autonomía personal.
- Abuso/dependencia de fármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor/estados de ánimo.
- Absentismo laboral y problemas de relación social y económicos.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones.
- Percepción de fracaso de las terapias (pérdida de confianza).
- Problemas de comunicación con los profesionales.

Cuidados ante un paciente con dolor

- **Objetivos:**
 - Eliminar o aliviar el dolor a un nivel tolerable para el paciente.
 - Enseñar al paciente y su familia a controlar el dolor.
 - Evitar las ganancias secundarias.
- **Apoyo Informativo**
 - Proporcionar información acerca del dolor (causas, duración..) para corregir los mitos.
 - Enseñar al paciente y familia el uso de técnicas alternativas de alivio del dolor (relajación, distracción, masajes, aplicación de frío y/o calor).
- **Apoyo Emocional:**
 - Relación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta al dolor.
 - Facilitar la expresión de su experiencia de dolor.
- **Apoyo Instrumental**
 - Asegurar que reciba la analgesia correspondiente y evaluar su eficacia.
 - Adecuar posición antiálgica y controlar los factores ambientales molestos (temperatura de la habitación, ruidos, luz, etc.).
 - Llevar a cabo acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento, o irritación gástrica).

Aspectos psicológicos de la cirugía

Cirugía y psicología

- La cirugía es un fenómeno bio-psico-social que se integra a nivel biológico (admite los diversos niveles de análisis) y su nivel de operatividad puede variar, sin distanciarse excesivamente de su nivel de integración, según la fase en la que se encuentre (preoperatorio, operatorio y postoperatorio):
 - Preoperatorio (biológico, psicológico y social);
 - operatorio (más biológico);
 - postoperatorio (biológico, psicológico y social).
- La psicología se focaliza en las emociones, sentimientos, fantasías, creencias y conductas que se generan en los individuos que intervienen en dicho acto.
- Las reacciones básicas que moviliza la cirugía son: confusional, paranoide y depresiva.
- La intervención psicológica (AP) busca conseguir el monto justo de ansiedad (adaptativa), evitando los extremos (nada/todo).

Reacción confusional

- Típica del preoperatorio.
- Ligada al enfrentamiento a lo desconocido (no entender lo que ocurre dentro o fuera de él).
- Señala la amenaza por no encontrar la respuesta adecuada.
- Conductas niveladoras: preguntar, ordenar, clasificar, controlar.
- Signos: temblores, tartamudez, torpeza, vacilación, incertidumbre, convulsiones, etc.
- Abordaje: explicaciones adaptadas, breves y sencillas.

Reacción paranoide

- Es en el acto quirúrgico donde tiene más peso.
- Identificada como miedo, se experimenta como la amenaza de un ataque externo que pone en peligro nuestra integridad.
- Nos motiva a leer un contrato antes de firmarlo, consultar al médico si evacuamos sangre, etc.
- Signos: pánico, desconfianza, suspicacia, terror, prevención.
- Conductas niveladoras: huida, evitación, cautela, precaución, contraataque.
- Abordaje: identificar a la enfermedad como el agresor y al equipo médico como el aliado (buscar la colaboración).

Reacción depresiva

- Es más propia del postoperatorio.
- Temor por la pérdida, el vaciamiento, por la falta de fuerza o interés por vivir (nada vale la pena). El peligro no está fuera, sino dentro del propio individuo.
- Signos: aburrimiento, insomnio, fatiga, apatía, anorexia, ... pero también alegría (el paciente chistoso), la ensoñación, manía, etc.
- Conductas niveladoras: alimentarse en el sentido literal y metafórico, enriquecerse, crecer. Si el monto es excesivo las conductas niveladoras puede convertirse en autodestructivas (p.e. Bulimia).
- Abordaje: elaboración del duelo.

Acciones que pueden incrementar las reacciones básicas

- Urgencia (ansiedad confusional).
- Uso y abuso de términos técnicos (confusional y paranoide).
- Equipos quirúrgicos numerosos, cambios y rotaciones del personal (todas).
- Complejidad del material y del instrumental (confusional y paranoide).
- Tratamientos farmacológicos (paranoide y depresiva).
- Intervenciones que impliquen sufrimiento y dolor físico (paranoide).

Aspectos psicológicos de la muerte

Ante la muerte

- ▶ Enfermo terminal: persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano como consecuencia de una enfermedad o lesión (de diagnóstico certero) sin posibilidad de tratamiento curativo.
- ▶ Saber que vamos a morir es una cosa, algo muy distinto es tener la certeza plena de que nos estamos muriendo y que solo estamos esperando que llegue el final definitivo.
- ▶ Es el fin.. ¿Qué va a pasar realmente?
 - Incierta
 - Irreversible
 - Insoluble
 - Impactante
 - Inexplicable



(Modelo de las 3 fases de R. Buckman, 1998)

Factores determinantes de la respuesta ante la muerte

- Perspectiva previa de la muerte.
- Naturaleza de la enfermedad.
- Evolución de la enfermedad:
 - Deterioro físico.
 - Síntomas cambiantes.
 - Síntomas predictores del progreso de la enfermedad.
- Los tratamientos y sus efectos secundarios.
- La historia y personalidad del enfermo.
- La relación paciente-familia.

INDICADORES GENERALES DE VULNERABILIDAD

- Presencia de hijos pequeños.
- Ausencia de cuidador principal.
- Rol familiar de alta responsabilidad.
- Problemas familiares que afecten al paciente.
- Duelos recientes y/o elaborados con dificultad.

FASE EMOCIONALES

- ▶ **NEGACION:** continúan hablando con optimismo de planes futuros y de lo que van a hacer cuando mejoren. *"Me siento bien."; "Esto no me puede estar pasando, no a mi."*
- ▶ **IRA:** se caracteriza por sentimientos de rabia y resentimiento. Esta fase es muy difícil de afrontar por la familia y el personal. El paciente tiene continuos motivos de queja hacia quienes le rodean, especialmente hacia los más cercanos. La actitud terapéutica sería la tolerancia y evitar personalizar el enfado. *"¿Por qué a mi? ¡No es justo!"; "¿Cómo me puede estar pasando esto a mi?"*
- ▶ **REGATEO:** es un intento de posponer los hechos; incluye un premio a "la buena conducta". La mayoría de los pactos se hacen con Dios y se guardan en secreto. *Déjame vivir para ver a mis hijos graduarse."; "Haré cualquier cosa por un par de años más."*
- ▶ **DEPRESION:** durante la cuarta etapa, la persona que está muriendo empieza a entender la seguridad de la muerte. Debido a esto, el individuo puede volverse silencioso, rechazar visitas y pasar mucho tiempo llorando y lamentándose. Durante esta etapa el paciente puede preocuparse mucho por cómo su familia va a vivir sin él cuando haya muerto y puede estar ansioso por "poner en orden sus asuntos". **No es recomendable intentar alegrar a una persona que esta en esta etapa.** Es un momento importante que debe ser procesado. *"Estoy tan triste, ¿Por que hacer algo?"; "Voy a morir, ¿Qué sentido tiene?"; "Extraño a mis seres queridos, ¿Por qué seguir?"*
- ▶ **ACEPTACION:** implica haber superado las fases previas. El paciente necesita dormir a menudo a intervalos breves; ésta es una necesidad cada vez mayor, que no significa abandono. El paciente se distancia del mundo exterior. *"Todo va a estar bien."; "No puedo luchar, debería prepararme para esto."*

ATENCIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

- ▶ LO IDEAL ES QUE EL PACIENTE TERMINAL SEA ATENDIDO EN EL DOMICILIO
 - ▶ POR ESTO SE OFRECE APOYO DOMICILIARIO
 - ▶ SE ENSEÑA A LA FAMILIA LOS CUIDADOS DEL PACIENTE POSTRADO
- ▶ HOSPITALIZACIÓN:
 - QUE EL ENFERMO NO QUIERA ESTAR EN SU CASA
 - QUE EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS SEA COMPLICADO REALIZARLO EN EL DOMICILIO
 - QUE EXISTA CLAUDICACIÓN FAMILIAR
 - QUE LOS RECURSOS ECONÓMICOS SEAN REDUCIDOS
 - QUE EXISTAN CONFLICTOS FAMILIARES

“ Nuestra obligación ética es informar al paciente de cuanto verdadera y razonablemente manifieste que desea conocer acerca de sí y de su posible suerte. Y esta comunicación ha de ser personalizada, prudente y afectuosa”.

CUIDADOS PALIATIVOS

- ▶ Proporcionados a personas con enfermedad potencialmente mortal (6 meses de vida), en fase avanzada y al que no afectan los tratamientos curativos.
- ▶ Incluye apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos y familia.
- ▶ Ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad.
- ▶ Como una meta principal el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo consciente y cómodo posible.
- ▶ Proporcionan servicios en varias situaciones (hogar, centros de cuidados paliativos, hospitales).
- ▶ Preparar para la muerte.

Cuidados del paciente terminal

- Control de los síntomas.
- Confort.
- Satisfacción de necesidades básicas.
- Satisfacción de últimos deseos.
- Contención apoyo psicológico.
- Apoyo espiritual.
- Cercanía con la familia y seres queridos.

Conclusiones del tema

- Independientemente de las características propias a cada situación (hospitalización, dolor, cronicidad, etc.), podemos destacar puntos comunes, entre otros:
 - Todas son potencialmente estresantes (cambio significativo, amenaza, etc.).
 - Exigen esfuerzos adaptativos.
 - Están asociadas a emociones negativas, especialmente confusión, ansiedad y depresión.
 - Suponen una carga para las relaciones sociales y familiares.
 - Pueden afectar negativamente al desempeño laboral.
 - Dan lugar a pérdidas desde leves a graves, amenazando la propia autoestima.
 - Llegan a trastocar nuestro sistema de valores.

Objetivos generales de los cuidados psicológicos en el proceso de enfermar

- Apoyar al paciente:
 - en el conocimiento de su proceso.
 - en la adaptación al rol de paciente/enfermo orientado al máximo nivel de independencia posible.
 - en el mantenimiento (o mejora) de la red de apoyo social.
 - en la resolución de las pérdidas.
 - en el mantenimiento de su privacidad/intimidad.
 - en el control del dolor.
 - en el control/superación del estrés y sus emociones negativas.
- En definitiva en la consecución del nivel máximo de calidad de vida posible.