

# «El enfermo y su enfermedad: Una perspectiva psicológica»

F. J. Santolaya Ochando

Psicólogo. Prof. Asociado EUE de Valencia

Vicenta Esteve Biot

DUE Hospital Puerto de Sagunto

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cada vez existe un mayor descontento por parte de las personas físicamente enfermas, relacionado con la atención y los medios de que se dispone en la sanidad pública para curar la enfermedad y atender al individuo enfermo adecuadamente.

Si se estudian las causas de este descontento, resalta el hecho de que sólo algunos individuos se quejan de la atención física que reciben, y encambio hay una gran mayoría de ellos que se quejan de la incapacidad, del personal perteneciente a las instituciones sanitarias, para establecer relaciones interpersonales satisfactorias con los enfermos.

Sirva el presente artículo para intentar encuadrar la situación en que se encuentra la persona enferma, con el fin de clarificar el estado psicológico del paciente y facilitar una serie de medidas que disminuyan el stress y la asociada a toda enfermedad.

## ENFERMEDAD Y ACONTECIMIENTO DE STRESS

Todos sabemos que existen necesidades psicológicas, que varían en razón de diversos factores como son la edad, el sexo, el CI, etc. Estas necesidades están cubiertas normalmente cuando el individuo está sano.

Es más, cuando el individuo sano no las tiene cubiertas en un momento determinado, utiliza diversos mecanismos de defensa psicológica (negación, proyección, formación reactiva, etc.), para compensarse hasta que logra cubrirlos.

Pero cuando el individuo está físicamente enfermo no puede compensar estas necesidades adecuadamente y esto hace que experimente intensos sentimientos de angustia, hostilidad, miedo o pena.

Esto se debe en parte a que la propia enfermedad genera ansiedad,

pues el organismo, a la vez, ha de responder:

1. Adaptando al organismo a las condiciones cambiantes de medio ambiente.

2. Compensando el sistema alterado.

Este esfuerzo produce un stress que como veremos posteriormente puede ser aumentado ambientalmente mediante la hospitalización (p. e.).

Es decir, la enfermedad cambia tanto el ser biológico como el psicológico del individuo, dando variaciones inestables que dependen tanto del tipo de enfermedad que se sufre como de la personalidad del individuo y del ambiente que le rodea.

De un modo concreto, para Polaino Lorente (1980) la enfermedad:

1. Cambia la relación del enfermo con su mundo.

2. Nos hace dudar de lo que es más nuestro, nuestro propio cuerpo.

3. Reduce la capacidad para valerse uno mismo, dando sentimientos de dependencia, aislamiento y minusvalía.

Todo ello supone a nivel psicológico una experiencia de privación, frustración (reduce la libertad y toma de decisiones) y displacer (dolor o ansiedad) que suele ir asociada, según ciertas teorías, a:

1. Acontecimientos de pérdidas (padre, madre, algo querido para el sujeto).

2. Acontecimientos de cambios vitales (se acumulan hechos importantes).

3. Acontecimientos percibidos como estresantes (aunque no lo sean) por el propio sujeto.

## INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE

A todo lo expuesto aquí tenemos que añadirle aquellos otros factores de origen ambiental que inciden y aumentan el stress de la enfermedad.

Cuando hablamos del ambiente

nos referimos tanto al ambiente físico (estructura del hospital, distribución de camas, número de enfermos por habitación, etc.), como al ambiente psicológico, que es intangible, pero no menos real por ello que el físico.

Este ambiente psicológico está compuesto por toda una serie de interrelaciones y conductas de intercambio cognitivo, motor y afectivo que son modeladas por las expectativas que tiene el personal sanitario y médico acerca del paciente y su mal.

Ya Parsons, en 1951, destacó que una de las características del rol de paciente es su pasividad, en base a que el paciente desconoce, lo que conoce el que lo trata.

Por su parte el rol médico tiene tres características que actualmente se extiende al personal sanitario y que no ayuda en absoluto a la estabilidad psíquica del enfermo.

Estas características son:

1. La neutralidad afectiva. Se da un distanciamiento psíquico del enfermo, que permite la objetividad.

2. Universalismo. En este sentido todos los pacientes son iguales ante tratamientos y por tanto se les trata por igual.

3. La especificidad funcional. La atención se focaliza sobre el tratamiento y la enfermedad; no sobre el enfermo, no se analizan, ni se «ven» los problemas de familia, situación, etc.

Junto a todas estas expectativas que inciden en el enfermo, existe además «El Hospital», que para Croog y Ver Steeg (1972) aparece como «un sistema complejo de división de trabajo, jerarquía, canales formales de comunicación y un conjunto de reglas y normas». Conjunto de reglas y normas que diferencian al hospital de otros grupos de referencia (familia, amigos, etc.), a los cuales el paciente pertenece. Esto no ayuda mucho, si no todo lo con-

trario, a disminuir la ansiedad y el malestar del paciente, ya que conlleva el sometimiento obligatorio del paciente a una serie de normas que en muchas ocasiones son contradictorias con las normas de vivir en sociedad (la cuña, ventosearse, etc.).

## RELACION DEL PACIENTE CON SU MEDIO AMBIENTE

Hasta el momento hemos visto cómo la enfermedad y el medio ambiente influyen sobre la estabilidad psíquica del paciente de un modo negativo. Veamos a continuación cómo reacciona el paciente ante esta situación.

En primer lugar para el paciente ingresado en un hospital, la propia hospitalización supone una situación de desequilibrio (Daubenmire, 1976) a la que se debe adaptar, ya que implica:

1. La separación de la familia.
2. La interrupción de sus actividades cotidianas.
3. Tener miedo a lo desconocido (pruebas, cirugía, tratamiento, etc.).

Además esta adaptación es rígida, ya que el medio intrahospitalario lo es (comidas, cambios de cama, medicación, etc., a horas fijas), y se le pide además al paciente, en el momento en que está sometido a un gran stress por la enfermedad y tiene menos recursos (separación familiar).

Por todo ello el Hospital generalmente aumenta la ansiedad y el stress del paciente, dando lugar a formas de adaptación no funcionales (paciente bueno/paciente malo).

Es más, el individuo [enfermo, con unas expectativas que generalmente el hospital no cumple (que lo cure y le disminuya la ansiedad) y teniendo que adaptar a unas normas que desconoce] sufre un doble proceso de despersonalización y anonimato (Taylor, 1972), que realiza a través de:

1. La rutina de los procedimientos de admisión del enfermo (se ignora su miedo, ansiedad, etc.).
2. La burocratización, que facilita la deshumanización.
3. La falta de control sobre el medio hospitalario.
4. Las distintas líneas de autoridad que inciden a la vez y contradictoriamente sobre el enfermo (auxiliar, DUE, médico).
5. La falta de comunicación (poco tiempo) o la mala calidad de la misma (miedo a como reaccione el paciente).

## PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA:

Enfermedad:

- a) Ansiedad.
- b) Impotencia.
- c) Temor.
- d) Alteraciones en los procesos de relación.
- e) Incapacidad individual para adaptarse.
- f) Falta de adaptación familiar.
- g) Angustia espiritual.

Hospitalización:

- a) Ansiedad.
- b) Impotencia.
- c) Trastornos en la percepción de sí mismo.
- d) Aislamiento social.
- e) Alteraciones en la comunicación.
- f) Incapacidad individual para adaptarse.
- g) Alteraciones en la dinámica familiar.
- h) Falta de adaptación familiar.
- i) Angustia espiritual.

Secuelas de enfermedad:

- a) Ansiedad.
- b) Impotencia.

- c) Trastornos en la percepción de sí mismo.
- d) Temor.
- e) Aislamiento social.
- f) Alteraciones en la comunicación.
- g) Alteraciones en la dinámica familiar.

Enfermedades quirúrgicas (amputaciones):

- a) Ansiedad.
- b) Alteraciones en la percepción de sí mismo.
- c) Duelo.
- d) Alteraciones en la dinámica familiar.

Enfermedades ginecológicas y maternas (mastectomía):

- a) Ansiedad.
- b) Impotencia.
- c) Alteración en la percepción de sí mismo.
- d) Temor.
- e) Duelo.
- f) Alteraciones en la dinámica familiar.
- g) Problemas en la Paternidad-Maternidad (p. e. rechazo del recién nacido...).

6. Como el personal sanitario percibe al paciente y hace referencia a él (por el número de cama o tipo de enfermedad).

7. La falta de información sobre cualquier proceso, ya sea patógeno, diagnóstico o de intervención).

Pero, ¿cómo reacciona el paciente ante esta situación?

Esta pregunta no se puede contestar de forma cierta, ya que si bien se dan reacciones de negación, regresión, sobreinclusión y aflicción en los pacientes; el que estas reacciones sean adecuadas o no depende entre otros factores (edad, sexo, nivel socioeconómico, personalidad del paciente, etc.), de las actitudes y conductas del personal médico y sanitario, las cuales deberían de estar dirigidas a cubrir las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes mediante una planificación adecuada.

En esta planificación se deberían de tener en cuenta las necesidades psicológicas no cubiertas (bienestar, autoaceptación, independencia, dignidad, etc.) e intentar involucrar al paciente en los objetivos a alcanzar.

Asimismo, también se debería tener en cuenta la inclusión de la familia en el plan terapéutico y la creación de servicios de asistencia psicológica al enfermo (SAP), bibliote-

ca, etc., y cómo no, la existencia de personal especializado (enfermera de consulta y enlace, psicólogo, etc.).

En todo caso, en las relaciones con el enfermo se ha de tener en cuenta:

1. Aprender a tratar de forma individualizada y personalizada a cada enfermo en función de la postura que éste tome ante la enfermedad.

2. Fomentar la creación de organizaciones informales entre los pacientes (Fox, 1959) con el fin de que se den apoyo mutuo y controlen el stress producido por el ambiente en que se encuentran.

3. Fomentar la independencia del enfermo, para que pueda valerse por sí mismo lo antes posible.

4. Dar una información adecuada (ni trivial, ni minuciosa), la cual se debe dar mediante una conversación amigable, sin prisas y de modo sencillo (teniendo en cuenta las posibles malinterpretaciones).

5. Se ha de evitar que:

- El enfermo se refugie en su enfermedad y se aisle.
- Se compare con otros enfermos a nivel de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- El enfermo se convierta en su enfermedad.