María del Carmen Ortego Maté; Santiago López González; María Lourdes Álvarez Trigueros

Tema 10. Aspectos psicológicos sobre la salud y la enfermedad

Michiel Jansz van Mierevelt (1567-1641). Fragmento de *Lección de Anatomía del Dr. Willem van der Meer* (1617).

Aspectos psicológicos en la enfermedad

No vamos a entrar ahora en las intrincadas y sutiles relaciones cuerpo-mente ni tampoco en las enfermedades psicosomáticas, en las que los aspectos psicológicos juegan un papel esencial. Nos queremos referir por el momento a las repercusiones psicológicas que tiene el hecho de enfermar.

Laín Entralgo, en su *Antropología Médica* hace una hermosa referencia acerca de las vivencias de la salud y de la enfermedad, cuyo resumen aportamos a continuación:

- La salud implica una tácita conciencia de la propia validez. Estar sano es poder decir "yo puedo": yo puedo digerir, andar, charlar con un amigo,… La enfermedad en cambio supone una invalidez, es un "yo no puedo": no puedo mover el brazo, recordar, digerir,…
- La salud es un sentimiento de bienestar psicoorgánico: silencio del cuerpo y de los órganos, mientras que la enfermedad lleva consigo molestias y malestar físico, lo que suele acompañarse de dolor psíquico: ansiedad, depresión, rebeldía, desesperanza,…
- La salud es la sorda y básica seguridad de poder seguir viviendo, es un tácito sentimiento de "no amenaza vital", aunque este sentimiento siempre vaya unido al sentimiento de fragilidad, íntimamente arraigado a la existencia humana. El enfermar por el contrario supone una amenaza vital. Sentirse enfermo es vivir con más o menos intensidad el riesgo de morir. El enfermo ve amenazado dentro de sí la posibilidad de realizar ciertos proyectos de vida. Y si la dolencia se agrava, ve amenazada la posibilidad de seguir vivo, de seguir existiendo.
- El sano es libre de su propio cuerpo, libre de poder desentenderse de él. Puede contar con su cuerpo y a la vez no emplearlo. Estas dos posibilidades simultáneas sólo pueden darse en la salud. El cuerpo enfermo en cambio se hace notar. Habla sin palabras, aflictivamente. Hay que vivir pendiente de él, sorbido por él, vertido psíquicamente en él. La "succión" por el cuerpo es una vivencia fundamental y profunda de enfermedad.

- La persona sana tiene un sentimiento de básica semejanza vital con respecto al resto de los seres humanos, semejanza en el sentido de no ser dolorosamente anómalo respecto a ellos. El enfermo se siente anómalo tanto respecto de la fácil regularidad de su vida antes de enfermar, como con respecto de la no anomalía de los no enfermos.
- El sano es libre de poder gobernar sueltamente el juego vital del la soledad y la compañía, puede elegir, mientras que el enfermo se ve forzado a lo primero. La soledad del enfermo es un modo de soledad especial. Es de subrayar la total incomunicabilidad de los sentimientos vitales relativos a nuestro cuerpo. Los penosos sentimientos del dolor físico, de la enfermedad, son de quien los experimenta y nada más. La enfermedad aísla, y no sólo porque impide al enfermo un trato normal con los demás, sino porque clava su atención sobre sentimientos penosos que él y solo él puede padecer y padece.

El enfermar humano tiene por tanto una serie de características especiales. Para el animal la enfermedad no es más que un estímulo aversivo y una sensación de malestar originada por dicho estímulo. Para el hombre es una realidad que afronta conscientemente y ante la que tiene que situarse a tres niveles: intelectual, afectivo y operativo. Por el hecho de ser inteligente, el estado de enfermedad aparece como un estado real de su existencia, con una entidad propia que supone un más o menos grave episodio de su autobiografía, y siempre una experiencia vital, frente a la cual va a situarse con una mayor o menor aceptación o rechazo, madurez o infantilismo, desarrollando conductas más o menos integradas o más o menos desaceptadas, con más o menos tolerancia y resistencia al dolor.

Terminadas estas reflexiones de Laín Entralgo, vamos a referirnos a algunos de los típicos "roles" que puede adoptar el enfermo: el rol de "bueno", de "malo" y el participativo.

- **El paciente "bueno".** Resulta fácil a los ojos del personal sanitario, porque es sumiso, no crea problemas ni reclama atención. Ni piden ni aportan información, no influyen en el medio ni introducen cambios. Pero no es una buena postura, ya que la comunicación con el personal sanitario es fundamental para la curación y para la eficacia del sistema. Su conflicto básico es entre la necesidad de portarse bien y no molestar y entre la necesidad de ser atendidos. Esto les crea una ansiedad, pero son incapaces de tomar una decisión. Al fondo de esto subyacen dos problemas. La ansiedad, que se manifiesta con reacciones fisiológica poco beneficiosas para el paciente, y la depresión, que se manifiesta con esa actitud de pasividad y abandono. Una explicación clásica a la depresión es la *Teoría de la Indefensión Aprendida,* de Seligman, que en resumen dice lo siguiente: *Una persona que ha tenido un historial de fracaso den el tratamiento de situaciones conflictivas, llega a una incapacidad percibida para controlar el ambiente, de ahí que en posteriores situaciones no intenten estrategias adecuadas: dejan de responder al medio*. Seligman expuso a perros a shocks inescapables y observó como desarrollaban déficits motivacionales (pasividad), cognitivos (no hacían aprendizajes con éxito), emocionales (trastornos psicofisiológicos) y conductuales (disminución de la agresividad y dominancia social y escapes de situaciones aversivas). Observó también que estos aprendizajes se generalizaban, comportándose con los mismos déficits en otras situaciones.
- **El paciente "malo".** Son pacientes que constantemente buscan atención e información. Tienen reacciones muy negativas a las restricciones impuestas. Presentan estados frecuentes de irritación o ira, lo que supone una serie de reacciones fisiológicas nocivas para la salud (hipertensión). Su rebeldía contra el sistema les lleva a conductas autodestructivas. Se quejan de verse ignorados, incluso perseguidos, por el personal sanitario y critican constantemente de la poca atención y cuidados recibidos. En definitiva, introducen una gran tensión en el sistema. Tylor refiere que estos pacientes reciben más atención y medicación que los sumisos, aunque, en realidad, más que tratar síntomas se trataran quejas.

- **El paciente participativo.** Se trata del paciente que colabora con el personal sanitario en sus cuidados. Para fomentar esta postura es importante ayudar al paciente a participar en el control de la situación, informándole sobre los síntomas y forma de tratarlos, sobre tratamientos dolorosos, e implicándolo en los aspectos de su cuidado que comparte con el personal que le atiende.

Por último, vamos a exponer los aspectos psicológicos en enfermedades graves, analizando las fases por las que pasa el enfermo o sus familiares ante el conocimiento de dicha enfermedad.

Ante una dolencia grave, con un riesgo inminente de morir, la mente humana necesita un tiempo, una elaboración mental para poder asumirlo. Este proceso de elaboración requiere una serie de fases, que lógicamente son aproximativas u orientativas, dependiendo de la gravedad de la situación, las circunstancias personales, los factores de personalidad, los apoyos sociales, etc. Aunque no se pueda generalizar, las fases serían las siguientes:

1. **Fase de embotamiento de la sensibilidad.** Se caracteriza por las sensaciones de aturdimiento, de que el problema no va con uno, por el "no podérselo creer". Se puede dar también en esta fase algún arrebato de ira o agresividad, generalmente contra el médico o terceras personas, y mecanismos de desplazamiento (echar las culpas a otros).
2. **Fase de incredulidad.** Aquí aparecen mecanismos de rechazos o negación, a veces inconscientes y otras conscientes y deliberados. Se pone en duda el diagnóstico, se cuestiona su validez y la competencia del personal sanitario. Como mecanismo de defensa es válido, porque controla los afectos penosos y la angustia y deja un margen de esperanza, pero cuando es muy intenso o prolongado es negativo porque impide al interesado aceptar y colaborar en la terapia, negándose a cumplir las prescripciones.
3. **Fase depresiva o de desorganización.** La fase de incredulidad va dejando paso a la evidencia, por el propio curso de los síntomas. La reacción normal en este momento es la depresión, pero pueden darse reacciones más desorganizadas, con intensa agresividad, trastornos de conducta, síntomas psicosomáticos y, más raramente, descompensaciones mentales severas.
4. **Fase de reorganización.** Si el proceso ha sido normal, no patológico, llega un momento en que el paciente asume su enfermedad, con lo que ello puede implicar de trabas, aceptándolo y colaborando con el personal sanitario en su curación o control.