

II

REACCIONES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE: ENFERMERÍA, MEDICINA Y COMUNICACIÓN

J.A. Flórez Lozano

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo

*«La alegría y la tristeza son accidentes del alma; el cuerpo engorda con la alegría
y adelgaza con la tristeza.»*

Henri de Mondeville (1260-1320)

REACCIONES DEL PACIENTE

Para explicar las reacciones del paciente frente a la enfermedad física es necesario manejar un paradigma interactivo con el paciente, derivado precisamente de la propia relación (PS-E). Tal paradigma incluye el factor de estrés (la enfermedad física, las características del paciente y los factores ambientales). Las características de la enfermedad física comprenden su gravedad (es decir, el posible peligro de muerte que conlleva la propia enfermedad), el grado de incapacidad prevista y la intensidad de los síntomas; también tiene una gran importancia el factor tiempo (la duración de la enfermedad y su posible progresión en cuanto a la gravedad del cuadro clínico).

De acuerdo con Verwoerd (1976), las enfermedades de evolución lenta causan menos ansiedad que aquellas con una evolución rápida. Los factores ambientales con particular influencia sobre las reacciones a la enfermedad física son la relación «paciente-médico/enfermera», las interacciones con la familia y la sociedad, y también la situación económica. Como es natural, la enfermedad física crónica puede llegar a interferir con la capacidad de trabajo y de diversión del individuo, bloqueando la expansión y equilibrio de la personalidad, lo cual puede abocar fácilmente en la aparición de un cuadro depresivo. Además, hay que tener en cuenta que la pérdida del empleo (asociada frecuentemente a la enfermedad crónica) lleva también a la *pérdida de la autoestima y del rol sociolaboral*, lo que implica también una disminución de los ingresos.

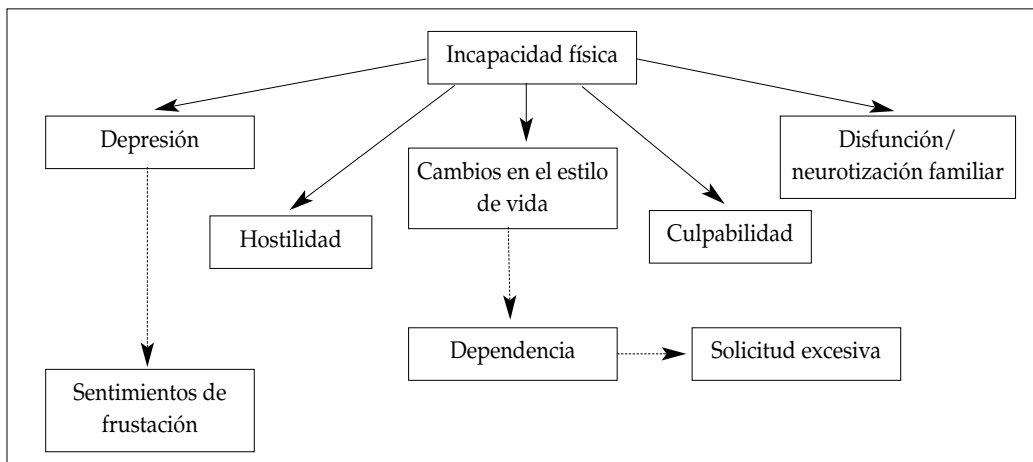


Figura 1a. Respuestas psicológicas ante la incapacidad física.

De otra parte, el paciente con una enfermedad crónica o sometido a una larga hospitalización, generalmente se le priva de participar en múltiples diversiones que previamente eran muy gratas y autoestimulantes (juegos, ocio, tertulias, excursiones, trabajos de entretenimiento, etc.); ello puede aumentar los sentimientos de *abatimiento*, *disminución de la sensación de dominio sobre sí mismo y sobre el ambiente* y de *aislamiento* (disminución o bloqueo de la interacción social). Asimismo, la enfermedad también puede interferir con la actividad y el interés sexual, así como con las interacciones familiares y sociales. Todas las pérdidas citadas anteriormente pueden generar o intensificar problemas familiares (patología familiar), destruir las relaciones sociales previamente establecidas e, incluso, llegar a provocar depresión (Fig. 1a y 1b).

Sin duda, uno de los aspectos fundamentales del trabajo del médico y/o enfermera en relación a estos pacientes con enfermedad crónica está en «ayudarlo» a evitar la adquisición del «rol de enfermo»; en estimularlo a sobreponerse y a conseguir una actitud mental activa de lucha, colaboración y superación de la enfermedad o de sus secuelas, ya sean físicas o psíquicas. Esta acción psicoterapéutica importantísima también se dirige a los temores relacionados con los síntomas, a la educación respecto a esos síntomas, a la información acerca del pronóstico y de las expectativas del futuro y, en particular, a mantener una *líbido* y actividad sexual plenas que ayude al paciente a mantener un adecuado equilibrio psíquico.

Además de la orientación y práctica de la actividad sexual, es necesario reeducar al paciente en nuevas actividades sociales, ayudándole a buscar también otras actividades agradables. En ocasiones algunos mecanismos psicológicos de defensa como la «negación» que utiliza el enfermo crónico, traducen un defecto neurológico producido por un «ictus». Así, por ejemplo, la «negación» de la hemiplejía (anosognosia) es frecuente en los pacientes con parálisis del lado izquierdo; en estas circunstancias, la negación indica un déficit neurológico y no una reacción psicológica. El paciente niega que los miembros afectados le pertenezcan, olvida la parte paralizada de su cuerpo y cuando se le pide que dibuje una figura humana sólo pinta la mitad del cuerpo.

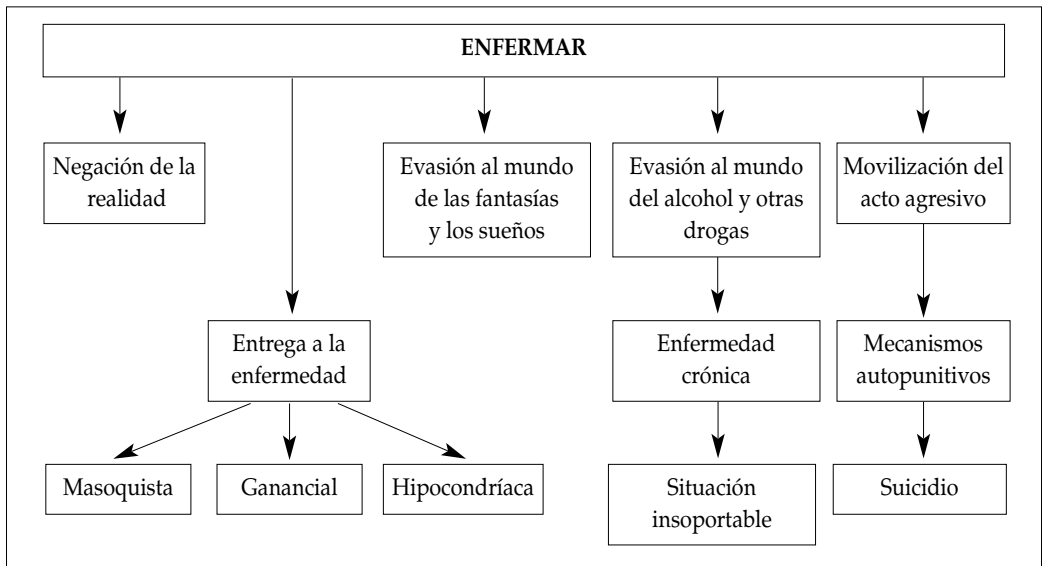


Figura 1b. Tipos de conducta más inadaptada entre los enfermos (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

En ocasiones también el trastorno apráxico y la labilidad emocional (dos anomalías de base neurológica que se observan en pacientes con ictus), se confunden frecuentemente con la depresión. El paciente con demencia apráxica muestra enlentecimiento psicomotor, se niega a comer y presenta en apariencia disminución de la motilidad y humor depresivo. Por lo tanto, estas reacciones psicológicas no necesariamente traducen un patrón de comportamiento inadaptativo, sino que son expresión de la propia enfermedad neurológica causada por una afectación bilateral de la corteza frontal; esta forma de demencia debe de distinguirse de la depresión reactiva, al igual que la «labilidad emocional» relacionada con el «ictus». Probablemente la «incontinencia emocional» que frecuentemente se aprecia en las vivencias hospitalarias tenga que ver también con la pérdida de «autoestima»; sólo muy ocasionalmente dicha variabilidad emocional que nos sorprende en la relación con el enfermo tiene un origen claro derivado del «ictus». El conocimiento de que este síntoma se puede deber a una lesión neurológica (en los casos fehacientemente comprobados) y no a una debilidad emocional (relacionada con la enfermedad y/o hospitalización) y de que puede mejorar con el tiempo, quizá consiga finalmente tranquilizar al paciente (de ahí, el interés informativo y educativo que ha de propiciar el personal médico y de enfermería).

FORMAS DE AFRONTAR LA INCAPACIDAD: PAPEL DEL MÉDICO Y DE LA ENFERMERA

La enfermedad física (patología vascular, patología neurológica, cáncer, etc.) puede conducir a la incapacidad. En estas circunstancias el papel del médico y de la enfermera siguen siendo esencialmente vitales, pues el enfermo (en muchas ocasiones) sólo tiene de puente de comunicación o

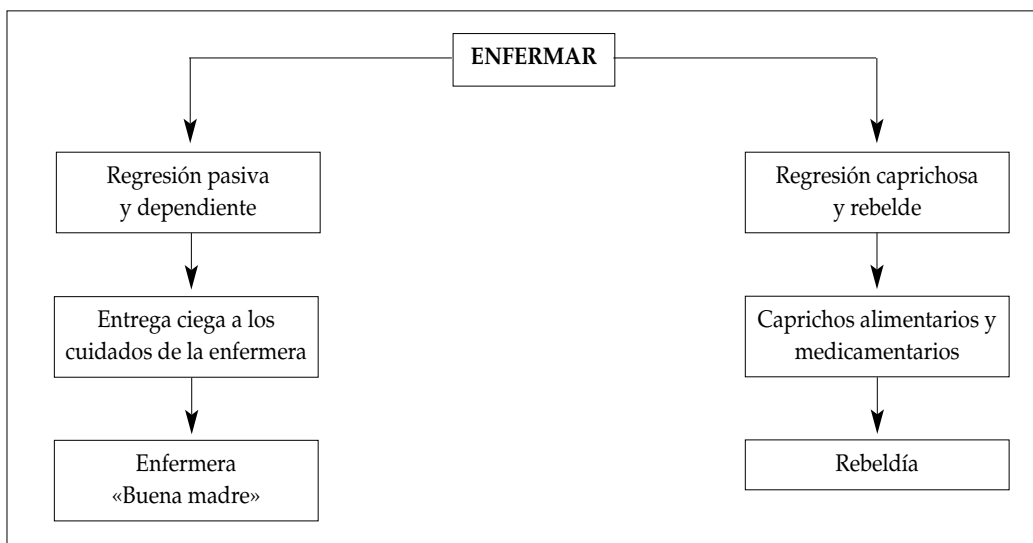


Figura 1c. Tipos de conducta inadaptada más frecuentes entre los enfermos (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

estímulo a su médico y a su enfermera. Previamente (a veces) familiares y amigos le han abandonado, han disminuido las visitas y se advierte un cierto abandono e, incluso, rechazo. De todo ello es perfectamente consciente el enfermo y por eso se lo comunica a su médico o enfermera. Por lo tanto, incluso con una gran profesionalidad, con muy buena voluntad, la tarea resulta físicamente agotadora y emocionalmente muy difícil (Lezak, 1978).

La depresión no sólo va a afectar al paciente, sino también a la enfermera que se siente profundamente «frustrada» porque su función no da resultados positivos en la consecución de la movilidad. De igual forma, cuando el paciente se sitúa en el marco de su casa, toda la familia tiene que ajustar conductas y estilos de vida. Unas veces no se podrá salir de casa porque hay que cuidar al enfermo, otras veces será necesario que su cónyuge salga a trabajar para mejorar la meneguada economía, los hijos quizá no puedan practicar su deporte favorito porque tienen que contribuir al cuidado del individuo enfermo, etc. Por lo tanto, evidentemente, la «incapacidad» implica profundos cambios en el estilo de vida y un nuevo esfuerzo de adaptación. Una vez más, el médico y la enfermera, atentos al estrés que la enfermedad genera, deberán tratar e intervenir en ese estrés familiar con el fin de asegurar plenamente el equilibrio de la familia.

Los sentimientos previos no resueltos de «hostilidad», «culpabilidad» y «dependencia» entre padres e hijos, o entre cónyuges, actúan de forma indudable sobre la situación presente; además los amigos y familiares quizá dejen de visitar al paciente al comprobar que se ha convertido en una persona difícil y deprimida (Lezak, 1978). De otro lado, la persona o personas encargadas de atender al paciente con una incapacidad física, pueden favorecer la «dependencia» psicológica, lo cual se va a traducir en un «frenazo» masivo de toda la dinámica psicológica (imaginación, actividad-creatividad, equilibrio emocional, movilidad, etc.). El médico y la enfermera, por el contra-

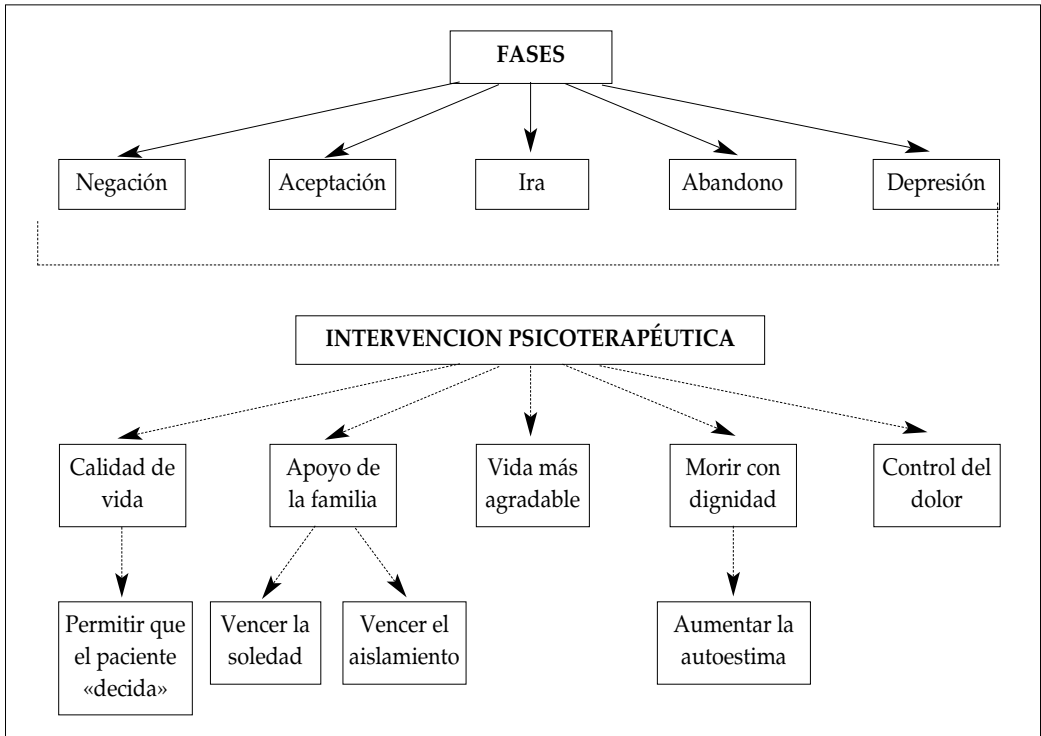


Figura 2. Estadios ante la muerte (Kubler-Ross, 1969).

rio, deberán tratar de romper los vínculos de «dependencia» que «inmovilizan» física y psíquicamente al enfermo (Fig. 1c).

AGONÍA, MUERTE Y DUELO: INTERVENCIONES DEL MÉDICO Y DE LA ENFERMERA

La relación ante un paciente moribundo, ante sus familiares y/o amigos, adquiere como es natural, una dimensión psicológica totalmente distinta. La expresión emocional, la comunicación no verbal (CNV), los deseos y sentimientos en esos momentos tienen una coloración totalmente distinta y sólo desde la serenidad con un gran dominio corporal y con una perspectiva «empática» somos capaces de transmitir lo que es deseable en esos momentos en que la vida se agota y el paciente es perfectamente consciente de ello. El «temor», la «dependencia», la «ira», la «pérdida de autoestima», la «culpabilidad» y la «anhedonia» son algunas de las reacciones más comunes que encontramos en el paciente moribundo. Algunos autores, como por ejemplo, Kubler Ross (1969), sostienen que los moribundos pasan de forma consecutiva por diversos estadios de *negación*, *ira*, *abandono*, *depresión* y *aceptación*. Otros investigadores han considerado habitual la depresión entre los pacientes a punto de morir, pero se cuenta con datos menos claros respecto a los estudios anteriores (Fig. 2).

Indudablemente, podría haber cierta discusión en cuanto al número de estadios psicológicos que atraviesa el paciente moribundo; sin embargo, debe de quedar muy claro que el paciente moribundo se beneficia inmensamente de la atención psicoterapéutica, siendo probablemente la única y la mejor. En efecto, la ayuda, el contacto físico, el compartir los sentimientos, el lenguaje de las emociones, el afecto, la comprensión y la flexibilidad, etc., son algunos de los instrumentos fundamentales en esta atención psicoterapéutica fundamental para asegurar hasta el último instante lo más importante del ser humano: su dignidad, y para no sentirse rechazado y abandonado.

La protección del enfermo en esos momentos, frente a exploraciones absurdas o, simplemente de rutina, el control del dolor, la identificación de actividades agradables, el conservar la «autoestima», etc., requiere ayuda de la enfermera y, por supuesto, del médico. En ocasiones, el paciente se siente «confuso», «apático», «indiferente», «postergado», como consecuencia de la propia medicación y de la hospitalización durante tantos meses. Es necesario asegurarnos de que él participa, de que él colabora, de que él decide, de que él es consciente (por ejemplo, algún tipo de exploración agresiva o dolorosa). La comunicación no se agota con el paciente, sino que existe también una dimensión muy importante con la familia. Esta comunicación si está basada en una relación terapéutica, deberá de transmitir a los familiares que el paciente se encuentra «en buenas manos», sensación que los familiares sólo percibirán si observan que la información proporcionada por los profesionales les sirve de «apoyo» y de «ayuda» en sus dudas, inquietudes y preocupaciones acerca de la persona a la que estamos cuidando.

Por otra parte, debido al volumen de trabajo de las unidades de hospitalización, (en parte por el alto número de pacientes con complicaciones graves, siendo conscientes de que además la plantilla no está completa y teniendo en cuenta la rotación y las demandas de médicos y enfermeras), es fácil colegir que esta intervención psicoterapéutica en la agonía, la muerte y el duelo, puede quedar muy mermada o, simplemente, suprimida. La infravaloración que pudiera realizar el médico o la enfermera en cuanto a la atención integral del paciente moribundo, sin duda, también infravalora su propia profesión. En esta etapa o etapas finales de la vida suele ser habitual responder con monosílabos o con fórmulas estereotipadas a las preguntas que pudiera realizar el paciente. Cuando esto ocurre se produce un deterioro de la confianza y un descontento del paciente y de los familiares.

Para una atención integral, digna, al paciente en ese trance final de su vida, el médico y/o enfermera deben de «conocerse mejor», deben ser capaces de «ponerse en su lugar» o «imaginar» cómo se sentiría. Es necesario, también, procurar desarrollar la habilidad de «escuchar»; pensar en lo que está diciendo y buscar posibles soluciones; «escuchar» supone una gran habilidad, paciencia, tolerancia, afecto y comprensión. La habilidad de «escuchar» de la cual depende la calidad de mi actuación profesional es totalmente incompatible con el tiempo («mirar el reloj», «no se preocupe, ya lo resolveremos, ahora descanse», ...). El lenguaje tiene que ser necesariamente «comprensible», ayudándole a comunicarse mejor, hablando con respeto, en un tono amigable y ponderado y, sobre todo, siendo sincero consigo mismo.

A veces los familiares presionan para conseguir determinadas acciones terapéuticas, por ejemplo, alimentación parenteral. Así, por ejemplo, asistimos al diálogo de una hija de una enferma en

fase terminal con cáncer hepático: «A mí me gustaría que tomara alimentación parenteral para recuperar parte del peso que ha perdido». La enfermera, no obstante, con buen criterio, le responde que lo realmente importante es *preguntarle a ella lo que quiere*. La paciente tiene que saber que si opta por la alimentación parenteral tiene que someterse a un procedimiento quirúrgico menor para la implantación de un catéter y, siempre cabe la posibilidad de que la alimentación parenteral no aumente su vigor y mejore su aspecto. La paciente tiene que conocer todas las opciones, tal vez rechace dicha alimentación porque considera que «ya se ha hecho todo lo posible». Un paciente con cáncer pulmonar rechazó la alimentación parenteral que se le ofreció y manifestó de forma sorprendente a la enfermera: «Un hombre moribundo necesita morir». Pero en todo caso, las respuestas y las acciones de enfermería tienen que ser distintas en función de la personalidad e inteligencia del paciente; lo esencial es *comunicarse sinceramente con este tipo de pacientes y hacer lo que ellos quieren*. Al mismo tiempo se informará a los familiares en el sentido de que cuando el paciente «decide» va a seguir teniendo todo el apoyo de los familiares (independientemente de la decisión adoptada); también habrá que insistir en que «aprovechen el tiempo precioso que aún pueden vivir intensamente con el paciente».

Un informe reciente de la American Hospital Association (AHA) ha puesto de manifiesto que el número de enfermos oncológicos se duplicará en la próxima década y aumentará en 1,6 millones al año. Estas cifras nos pueden dar fácilmente una idea de la preparación y atención de médicos y enfermeras para este tipo de enfermos. El objetivo fundamental cuando la enfermedad neoplásica ha invadido tejidos vitales es evitar el «sufrimiento innecesario». Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado por los diversos profesionales sanitarios, mitigar el dolor de los pacientes en fase terminal es un objetivo difícil de alcanzar. En efecto, un estudio realizado por la American Hospital Association (AHA) (1993), ha puesto de manifiesto que sólo el 50% de los médicos oncólogos, pensaban que el control del dolor era bueno en los hospitales.

Por otra parte, de este estudio se desprende el hecho de que muchos oncólogos realizaban una mala valoración del dolor y no utilizaban o desconocían las últimas informaciones acerca del alivio del dolor. Tampoco hacían del alivio del dolor su principal prioridad. Los expertos, en fin, confirman que hasta un 90% de los pacientes con cáncer en fase avanzada sufren. Con todo, la mayor parte de los expertos está de acuerdo en que podemos aliviar casi todo, si no todo, el dolor asociado con esta enfermedad. ¿Cómo se puede mejorar la situación?. Un estudio muy actual realizado en la Northwestern University, sugiere que se informe mucho mejor a los profesionales de la salud y a los enfermos sobre el alivio del dolor, incluyendo la valoración, el horario de analgesia, el tratamiento de las reacciones adversas relacionadas con los analgésicos y los grados de tolerancia farmacológica.

En este informe sorprende comprobar que sólo el 10,7% de los oncólogos encuestados puntuaron sus lecciones sobre el alivio del dolor recibidas en la universidad, como buenas o muy buenas; tan sólo el 27,1% dijo que durante su carrera se les enseñó bien esta materia. De otro lado, hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes suelen recibir en sus tratamientos dosis tóxicas con la «quimioterapia», empeorando ostensiblemente su calidad de vida y desarrollando auténticas neurosis fóbicas a este tipo de tratamientos quimioterápicos. Además, no hay que olvidar las peligrosas hemorragias e infecciones ocasionadas por la destrucción de

la médula espinal. Incluso con la administración de nuevos fármacos para reducir las náuseas y vómitos, la calidad de vida del paciente puede verse muy afectada, deteriorándose aún más su estado anímico que le aboca definitivamente a una depresión muy grave. Muchos de este tipo de pacientes que sufren de enfermedad maligna generalizada (cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon o recto no operable, melanoma diseminado, adenocarcinoma de páncreas no extirpable, etc.), no tienen una adecuada calidad de vida; les falta esa atención personalizada, ese proceso de atención psicológica que garantiza la «dignidad» del ser humano en todo su ciclo vital.

Para conocer y explorar el dolor que nuestros pacientes pueden estar experimentando en estas últimas etapas, además de nuestras entrevistas personales (informales), es útil desarrollar una escala gráfica en la que el paciente fija su dolor de 0 a 5. Además, tal como ha señalado la American Pain Society (APS), el dolor es siempre «subjetivo»; sólo el paciente sabe el dolor que experimenta; sea cual sea la puntuación que dé a su dolor, eso es exactamente lo que hay que anotar en su gráfica. La valoración que las enfermeras hacen del dolor, muchas veces, está claramente influida por las modificaciones en los signos vitales; muchas enfermeras piensan que el dolor (moderado o intenso) conlleva un incremento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del número de respiraciones; sin embargo, no existe ninguna evidencia clínica de que el dolor, ya sea moderado o intenso, se acompañe de cambios en los signos vitales. Las investigaciones realizadas han mostrado que un dolor brusco y agudo produce en la mayoría de los casos una elevación de los signos vitales, pero sólo durante un corto período de tiempo. Por el contrario, cuando el dolor persiste durante horas o incluso días, normalmente el organismo alcanzará un equilibrio fisiológico y los signos vitales regresarán a la normalidad.

En la práctica clínica la confusión acerca de la existencia de relación entre los signos vitales y el dolor puede dar lugar a una valoración y actuación inconsecuentes. Es posible que una enfermera anote la puntuación que un paciente da a su dolor exactamente como él lo dice y actúe en consecuencia, mientras que otra puede decir que, puesto que sus signos vitales son normales, es imposible que tenga el dolor que dice tener y, probablemente, le administre una medicación insuficiente.

Hemos indicado que es importante educar al paciente incluso en los estadios avanzados de su enfermedad fatal. Educar es una opción de informar y, particularmente, representa un alivio y un apoyo para el paciente. Educando e informando controlamos el dolor por muy intenso que éste pueda ser. Un modo de garantizar el seguimiento en casa es dar a su paciente instrucciones escritas. Mientras está hospitalizado es posible que esté preocupado y se distraiga fácilmente durante las sesiones de educación sanitaria; las instrucciones por escrito proporcionan una ayuda buena y fehaciente (Fig. 3).

De otra parte, el apoyo de la familia tiene una gran importancia para hacer frente a la soledad y al aislamiento del moribundo. En este período, a menudo se pueden solucionar conflictos duraderos entre el padre y los hijos; esto tal vez contribuya a que los hijos conserven un buen recuerdo de la relación con el padre. Los moribundos hospitalizados se ven sometidos continuamente a maniobras instrumentales sobre sus cuerpos, lo que quizás aumente en ellos la sensación de falta de control; en general, los pacientes que comprenden su dependencia del perso-

Enfermera	Paciente	Situación	Prototipo
1. Actividad	Pasividad	Urgencia, coma, intervención quirúrgica	«Madre-lactante»
2. Dirección	Cooperación	Enfermedades agudas y febriles	«Progenitor-niño»
3. Participación mutua y recíproca	Igual que la enfermera	Enfermedades crónicas: readaptaciones, posoperatorios o postraumáticas	«Adulto-niño»

Figura 3. Modelos básicos en la relación «enfermera-paciente» (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

nal hospitalario intentan ser «buenos enfermos»; no obstante, algunos pacientes se «niegan» a realizar las cosas sobre las que todavía conservan control, como por ejemplo, comer. Esta actuación conductual puede interpretarse como un signo de «fortaleza» y «bienestar mental» y no de depresión o abandono.

En el supuesto de nuevas amenazas sobre el paciente, como por ejemplo, la alimentación parenteral, éstas no suelen tener éxito para provocar la conducta deseada; sin embargo, cuando la enfermera se acerca con «ternura», «afecto» y «comprensión» al paciente, éste suele reaccionar con una actitud cooperadora. El permitir que el paciente decida si desea o no discutir los sentimientos sobre la muerte constituye otra forma de ayudarlo a mantener el control y, por tanto, la autoestima; el terapeuta debe de invitar al paciente a que «hable» y nunca «forzarle».

La muerte, el duelo y la aflicción son componentes inevitables de la vida del ser humano. En nuestra cultura occidental, es mucho más probable que las mujeres se vean afectadas por la muerte del esposo que a la inversa, debido a que viven en general más, suelen ser más jóvenes que sus maridos y vuelven a casarse con menor frecuencia que los viudos. Algunas investigaciones muestran, sin lugar a dudas, un aumento de la mortalidad tanto entre los varones como entre las mujeres, después de la muerte del cónyuge (Rees y Lutkins, 1967; Clauton, 1974). Tras el duelo suele existir una mayor morbilidad, aumento en el consumo de fármacos, trastornos del sueño, depresión/angustia y aumento de la ingestión de alcohol (Fig. 3a).

En esta fase depresiva tras el duelo, la importancia de la enfermera vuelve a cobrar un significado fundamental. El seguimiento, el apoyo, la información, el diálogo resulta fundamental para una persona que en plena «aflicción» puede llegar a tener delirios, sensaciones extrañas e ideación suicida. Freud (1917) describió el mundo de la persona en situación de «duelo» como pobre y vacío; la tarea de la enfermera en estas circunstancias es «ayudar» a que la persona «aflicta» vuelva a «llenar su mundo personal, tratando de conseguir despertar el interés y la actuación que precisamente le gustaría a su cónyuge o a la persona perdida. En realidad, no se sabe cuanto tiempo dura el proceso de «duelo»; es bastante variable de acuerdo con la personalidad y el medio psicosocial del individuo; sin embargo, se puede estimar que puede llegar hasta dos años aproximadamente.

- Dejar a la persona que hable, ayudarle a hacer real la pérdida.
- Permitir que exprese lo que siente: ira, culpabilidad, ansiedad, tristeza.
- Ayudarle a afrontar la vida sin la persona querida.
- Dar tiempo al proceso de duelo.
- Asegurarle que su conducta y reacciones son normales.
- Tratarle de forma individual, proporcionándole el soporte necesario.
- Observar si presenta reacciones de mala adaptación.

Figura 3a. Acciones psicológicas para ayudar a la persona en proceso de duelo (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

- Parkes (1972) ha descrito siete situaciones que considera características de la reacción de duelo:
- a. Un proceso de percepción en el que la persona pasa desde la negativa o el estupor, al reconocimiento y la aceptación de la pérdida.
 - b. Una reacción de «alarma» con inquietud y síntomas psicológicos de ansiedad, tales como palpitaciones, dolores torácicos y desvanecimientos.
 - c. La búsqueda de la persona perdida de alguna forma.
 - d. Reacción de ira y de culpabilidad, incluyendo brotes coléricos contra los individuos que intentan consolar o hacerle aceptar la pérdida.
 - e. Sensación de daño o de pérdida interna.
 - f. Identificación e incorporación, con adopción de rasgos y modales de la persona perdida.
 - g. Reacciones de duelo patológicas, en las que la añoranza y la melancolía se prolongan indefinidamente.

En fin, la enfermera tiene que «ayudar» al paciente a conseguir su posible superación examinando actividades alternativas para hacer frente a sus sentimientos y conseguir un nuevo estado de bienestar. Desde el punto de vista de enfermería, el proceso de afrontar una pérdida, supone examinar ésta y sus circunstancias, hasta el punto de que el paciente pueda enfrentarse y dominar por sí solo su pérdida. La enfermera puede invitar al paciente a hablar de su pérdida; es posible que el paciente en plena fase de duelo se niegue al principio a hablar de su situación. La enfermera, en fin, deberá facilitarle constantes oportunidades para hablar de sus preocupaciones; este procedimiento suele dar mejores resultados que evitar el tema o coaccionar al paciente para que hable antes de estar preparado para hacerlo. Lo realmente importante *es escuchar sin prisas, mostrar su apoyo, ser sincera y honesta y clarificar pensamientos y sentimientos acerca de la pérdida y de la situación de duelo* (Fig. 3a).

REACCIONES PSICOLÓGICAS ADECUADAS A LA ENFERMEDAD

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas a la enfermedad adecuadas y convenientes. En estas favorables reacciones, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles, evasivistas, agresivos, autopunitivos, deformantes de la reali-

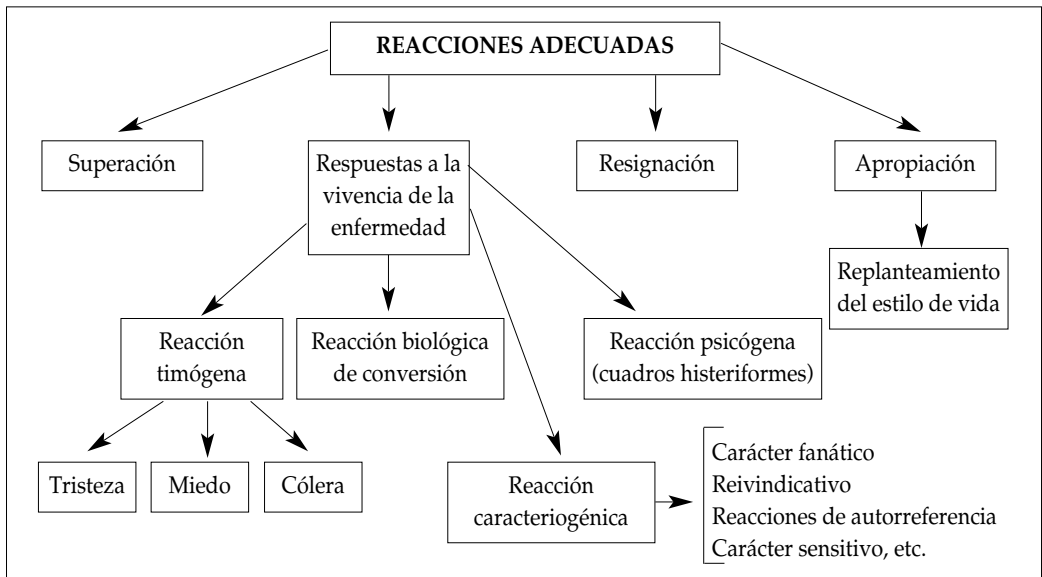


Figura 4. Reacciones psicológicas a la enfermedad adecuadas y convenientes (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

dad, masoquistas e hipocondríacos. El conjunto de las reacciones adecuadas a la enfermedad se sistematiza en estos tres grupos:

1. Las reacciones de superación de la enfermedad, que cristalizan en una serena postura ante ella, caracterizada por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con la enfermera. Estos enfermos se sacrifican gustosamente y están dispuestos a hacer todo lo posible para ayudar a la enfermera a superar el frustrante escollo de su enfermedad.
2. Las reacciones impregnadas de resignación ante el acontecer morboso y dotadas también de un magnífico deseo de curar y una excelente disposición a colaborar con la enfermera. Pero su nivel de iniciativa y actividad psicomotora es mucho más bajo que en la modalidad anterior. Ambas modalidades encuentran su mejor adecuación en momentos de gravedad distintos: la respuesta de superación es la más adecuada en aquellos estados mórbidos que permiten esperar la curación; la respuesta de resignación resulta la idónea para los momentos de enfermedad con un horizonte más cerrado (Fig. 4).
3. La reacciones de apropiación de la enfermedad.

Por otra parte, la enfermedad va estructurando diversas perspectivas mentales que al fin y al cabo son intentos de adaptación al proceso oncológico que continuamente menoscaba su salud.

La entrega a la enfermedad se produce especialmente por tres vías distintas: la vía masoquista, donde se considera a la irrupción de la enfermedad como de castigo justo y merecido; la vía ganancial, alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatuto de enfermo, sobre todo dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena; y la vía hipocondríaca, caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

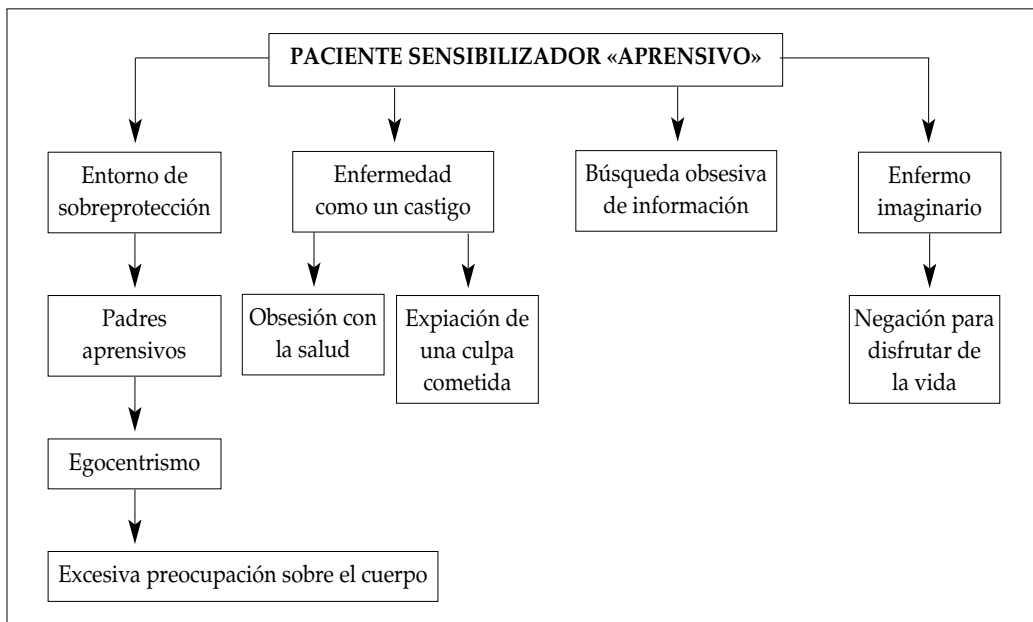


Figura 5. Rasgos psicológicos del paciente sensibilizador (Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A. (1995)).

Por otro lado, la enfermedad frecuentemente va impregnando la mente del paciente con sentimientos de angustia ante la muerte y con formas comunes de reacción vivencial. Los habituales métodos de reaccionar a una vivencia pueden ser coleccionados en cuatro grupos:

- a. La reacción timógena, en cuya génesis actúa sobre todo la carga afectiva de la vivencia. Las modalidades más frecuentes de reacción timógena son las reacciones de tristeza, miedo y cólera.
- b. La reacción biológica de conversión, que se distingue por movilizar los esquemas biológicos preformados de las conductas de sobrecogimiento y sobresalto.
- c. La reacción psicógena, en la que participa la psicodinamia inconsciente, algunas veces en forma de deseo de enfermedad. Aparece como una elaboración de cuadros histeriformes o como fijación secundaria de respuestas de sobrecogimiento o sobresalto.
- d. La reacción caracteriógena, donde el carácter del sujeto es el resorte fundamental de la reacción. Sus productos más representativos son, para el carácter fanático, las reacciones reivindicativas y pleitistas y, para el carácter sensitivo, las reacciones de autorreferencia, en las que el sujeto cree que se refiere a él todo lo que acontece a su alrededor, fenómeno también muy frecuente en los esquizofrénicos (Fig. 5).

El mejor medio de que la enfermera dispone para evitar o interferir las reacciones psicológicas inadecuadas de los pacientes a la vivencia de la enfermedad es la *actitud comprensiva y dialogante*. La necesidad de comprensión y comunicación con la enfermera toma un carácter de sobreurgencia en ciertos trances del enfermo: la recuperación de un episodio morboso de extrema gravedad, la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica más o menos muti-

lante.

El paradigma del primer evento, quizás el más gráficamente representativo, viene dado por el enfermo que es ingresado en estado preagónico o de soporte en una unidad de cuidados intensivos. Una vez que su estado se va inclinando hacia la sobrevivencia, el enfermo se encuentra de repente en un ambiente extraño lleno de artefactos, sin comunicación humana, y se sumerge en un mundo de negras fantasías, cuyo elemento primordial oscila entre las experiencias de muerte y resurrección.

El curso espontáneo de muchos enfermos en estas circunstancias consiste en organizar un cuadro depresivo o un desarrollo neurótico de la personalidad sobre aquella experiencia. Un sujeto, seguramente sano hasta entonces en un plano psíquico, sale así de la unidad de cuidados intensivos con una personalidad neurótica o con un cuadro depresivo.

La elevada proporción que alcanzan estas complicaciones neuróticas y depresivas, puede evitarse con una intervención de enfermería adecuada. No es la sala de cuidados intensivos lo que traumatiza al enfermo, no es la recuperación de un estado de suma gravedad, sino la *vivencia de aislamiento* y de soledad en el momento de reincorporarse con lucidez de conciencia. El enfermo tiene entonces profunda necesidad de comunicación. No es demasiado pedir que en las unidades de cuidados intensivos los médicos y enfermeras actúen con habilidad psicológica para comunicarse con sus enfermos, especialmente en los momentos en que la balanza se inclina hacia la sobrevivencia. Se hace entonces una labor sumamente eficaz en la profilaxis de depresión y neurosis.