

## Aspectos psicológicos que influyen en el proceso de enfermar

Margarita Becerra Pino  
Psiquiatra  
Profesora de la Facultad de Medicina UNAM

No hay enfermedades, sino enfermos  
Claude Bernard 1813 - 1878

La salud no se valora hasta que se pierde, y puede suceder que el individuo reaccione, desde una posible indolencia hasta una grave incertidumbre ante su recuperación. Estar enfermo es una situación de *debilidad*, una limitación en el ejercicio normal de la vida. El paciente se encuentra en una condición de dependencia en relación a su médico. <sup>(1)</sup>

Una respuesta humana ante la enfermedad, es intentar explicarse el origen del sufrimiento. Las creencias sobre las posibles causas de la enfermedad, varían entre lo racional y lo irracional. De cualquier modo, poder ofrecerse a sí mismo una explicación de los orígenes y mecanismos de la enfermedad, brinda la confortante ilusión de dominarla, atenuado así sus ansiedades. <sup>(2)</sup>

El prestigio y el éxito de la medicina actual, resultado de los notables avances científicos y tecnológicos, no han disminuido la demanda irracional que el enfermo plantea a su médico y la forma de cómo el individuo interpreta su enfermedad es de gran relevancia... De la Fuente <sup>(2)</sup> escribe "hay personas que contemplan su enfermedad como un evento desafortunado inherente a la condición humana. Otras personas la ven como un castigo a sus transgresiones morales, y otras más se avergüenzan de estar enfermas o viven su enfermedad como una injuria a su dignidad. Hay personas para quienes lo más importante cuando están enfermas es *no causar molestias a los demás*. Para otras, la enfermedad puede significar ventajas psicológicas, económicas o sociales. Estar enfermo puede favorecer la solución de un conflicto o facilitar la evasión de una responsabilidad y razón suficiente para evitar compromisos, eludir el contacto con la gente, etc., y, sobre todo, asegurar la atención y el apoyo de los demás. Un enfermo que sufre un trastorno raro o infrecuente puede atraer sobre sí mucha atención de los médicos"

La experiencia de una persona enferma es única, aunque comparte sentimientos con otros enfermos, sobretodo si el padecer es grave:

- disminuye su interés por los demás,
- fija mas su atención en las percepciones del cuerpo,
- experimenta temor ante el significado y consecuencias de los síntomas,
- anhela apoyo y protección.

Los grados y formas de experimentar y manifestar esta vulnerabilidad, varían de acuerdo a aspectos más propios de la personalidad. <sup>(2)</sup>

El conocimiento de los procesos psicológicos del enfermo no surgen del sentido común, y le es tan indispensable al médico, como lo sería la anatomía, la fisiología, la bioquímica, etc. La personalidad imprime estilos propios de *vivir* la enfermedad. En ella se mezclan innumerables particularidades de su constitución genética;

componentes instintivo-afectivos, formas de reacción y las experiencias vividas que han configurado su historia.

Ante la angustia surgida por la enfermedad, el sujeto desencadena mecanismos adaptativos, tales como: regresión, represión, formación reactiva, racionalización, negación, intelectualización, proyección, etc. Estos se exacerban cuando ingresa a un hospital, ya que se siente indefenso ante una institución ajena y ahora depende de otros. Unos de los mecanismos adaptativos frecuente es la regresión, que es la emergencia de un comportamiento infantil que se manifiesta por una pérdida de intereses, egocentrismo, extrema dependencia de su entorno y una tendencia al pensamiento mágico que atribuya al médico y a los tratamientos un poder omnipotente. <sup>(1)</sup> Aunque, los rasgos dominantes de su personalidad, determinaran el mecanismo adaptativo que ponga en juego, por ejemplo: en un paciente con rasgos obsesivos, emerge la racionalización y acata las indicaciones con exactitud, mientras que otro de rasgos narcisistas, optaría por la formación reactiva (encubriendo un sentimiento hostil, con una actitud “amorosa”), seduciendo al médico si este lo complace, y traicionándolo en cuanto lo contradice.

Al encarar su padecer, lo que determina la conducta del sujeto depende de su personalidad y de la enfermedad en sí: ¿amenaza su funcionalidad o su vida?, ¿fue de inicio progresivo, o agudo?, ¿enfrenta dolor cotidiano, o no?, ¿tiene que replantear su existencia en función de sus necesidades básicas? (un trompetista no reacciona igual ante un diagnóstico de tuberculosis pulmonar que un violinista).

La biografía del enfermo, imprime su sello en el acto de enfermar. Lo afectará en su circunstancia misma, en la etapa biográfica que atraviese. El médico también lleva su quehacer plasmado en una red de circunstancias condicionadas por su biografía. Así, en la relación médico-paciente habrá un intercambio de motivaciones y actos condicionados por la personalidad de cada una de las partes, con las consecuencias que de ello se deriven. <sup>(3)</sup>

### **Duelo ante la enfermedad**

Ante la pérdida de salud, el enfermo transitará por un duelo (etimológicamente significa dolor). Se trata de un proceso natural que la psique o mente echa a andar desde que se prevé la pérdida y concluye hasta restablecer la cotidianeidad, asumiendo que lo perdido ya no está; sólo existe en el recuerdo.

Aunque la palabra *duelo* suele relacionarse con la pérdida de seres queridos, también denota una reacción ante la pérdida de la salud. En promedio, las etapas de duelo, suelen resolverse a lo largo de seis meses. Sin embargo, no falta quién en más de este tiempo no sale de su duelo, así como otras que ni siquiera lo experimentan.

Han pasado más de 40 años desde que la doctora Klübler Ross <sup>(4)</sup> describió cinco diferentes formas de reacción ante un duelo. Ella aseguraba que con seguridad toda persona con una enfermedad grave, crónica y del mal pronóstico, atravesaría por ellas: negación, ira, regateo, depresión y aceptación.

La primera reacción experimentada, implica la negación del hecho, lo que amortigua la ansiedad o la sobrecarga emocional: "Yo no estoy enfermo. El médico se equivocó. Esos resultados médicos no son los míos"

La ira, es la emoción que el enfermo desplazará y proyectará hacia sus familiares, al personal de salud (médicos y enfermeras), o a la institución donde lo atienden. Es importante que los afectados, conozcan y se preparen para procesar la hostilidad y las agresiones del enfermo, ya que estas emociones no están intencionadamente dirigidos a ellos. La ira es parte del duelo y una emoción transitoria.

Regateo. El afectado intentará negociar la calidad y el tiempo que le resta de vida. En esta etapa pactará con Dios o el destino. Aceptará el tratamiento y lo cumplirá.

Depresión. Es importante hacer un distingo entre el concepto de la *depresión* mencionada por Kubler Ross como parte del duelo, y la depresión como entidad nosológica. La primera (ansiedad, animo bajo, crisis de llanto) sería como un trastorno de ajuste: temporal, de intensidad variable, que ocurre como una reacción aguda al estrés y desaparece cuando el estrés disminuye. La segunda, es una enfermedad bien descrita por las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas.

En la Aceptación, se admite la fatalidad inevitable del padecimiento y hasta de la muerte. Disminuye la esfera de los intereses y se experimenta una retracción hacia sí mismo. Este mecanismo tiene que ver con la asimilación de la enfermedad, que permite entenderla y en lugar de preocuparse hay que ocuparse. En este momento no hay negación, ni enojo, ni depresión, lo que se experimenta es la adaptación al padecimiento que, si bien no se puede cambiar, sí puede mejorar.

El estudio de la doctora Klübler Ross, ha sido pionero en la comprensión de lo que puede sentir y enfrentar el enfermo. No obstante, estudios posteriores no aportan evidencia de estas etapas ni de su sucesión. Desde luego, el paciente que sufre una enfermedad crónica, se enoja, se deprime o regatea, pero hay otras formas de reacción ante la enfermedad; incluso, algunas personas logran sobreponerse a su agobio atendiendo otras esferas vitales como el trabajo, la familia, los amigos, proyectos pendientes, etcétera.

Otros autores <sup>(5)</sup> investigaron los miedos mas significativos de enfermos con cáncer:

- ~ muerte;
- ~ dependencia hacia la familia, la pareja y/o el médico;
- ~ desfiguro o cambio de la apariencia corporal y la autoimagen;
- ~ pérdida o cambios en la función sexual;
- ~ discapacidad que interfiere con las actividades propias de sus roles sociales;
- ~ interrupción de las relaciones interpersonales;
- ~ incomodidad o dolor en etapas tardías de la enfermedad.

Con los éxitos logrados en el tratamiento del paciente con cáncer, se ha observado un miedo a ser liberado del diagnóstico, y por consiguiente, del tratamiento, del

hospital, de su papel de enfermo, así como desazón por reincorporarse a un estilo de vida normal.

### **Conclusión.**

La capacidad del enfermo para manejar su estrés, estará matizada por aspectos médicos, psicológicos y sociales que incluyen:

La enfermedad en sí (localización, síntomas, curso clínico, tipo de tratamiento requerido).

Su nivel previo de adaptación, especialmente a las enfermedades.

Los estragos de la enfermedad sobre sus actividades y metas propias de su edad y compromiso con la familia.

Las actitudes culturales y religiosas.

La presencia de la red familiar que le brinde apoyo emocional.

Su personalidad previa.

Su potencial para la rehabilitación física y psicológica.

### Referencias bibliográficas:

1. Cárdenas Trigo M. La relación médico-paciente. En Díaz MA., Fouilloux MC., Estrada AA, y cols. Ramón de la Fuente Muñiz 50 años de labor universitaria. UNAM 2005:41-45.
2. De la Fuente R. Psicología Médica -nueva versión- Ed. Fondo de Cultura Económica. 1998:185 -187.
3. Artega JFJ. La personalidad en el diagnóstico integral. En De la Fuente JR y Heinze G. Salud mental y medicina psicológica. Ed. McGrawHill 2011:111-123.
4. Kübler Ross E. On Death and Dying. London, NY. Tavistock Publications 1970.
5. Sellick SM., Crooks DL. Depression and cancer: ann appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. Psycho-oncology. 1999;8:315-333.