



"ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ENFERMO CRÓNICO"

Autor

M^º del Carmen Soler Sáiz

• Psicóloga del Hospital Dr. Moliner
Porta-Coeli (Valencia)
Servicio Valenciano de Salud

Correspondencia

M^º del Carmen Soler Sáiz
Gran Vía Ramón y Cajal 10
46007 - VALENCIA
Tfno. (96) 3802458

RESUMEN

En el presente artículo se analizan los cambios derivados de la enfermedad, las alteraciones emocionales asociadas y las habilidades que el sujeto ha de desarrollar para manejar la enfermedad y las reacciones emocionales.

PALABRAS CLAVE: Cambios, enfermedad, cronicidad, manejo, habilidades.

CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD

La persona que enferma experimenta cambios importantes a nivel físico, psicológico y social produciéndose una disminución de su calidad de vida, en mayor o menor grado, en función de la enfermedad.

Los cambios físicos más relevantes son los síntomas (por ejemplo, el dolor o la dificultad para respirar), los cambios en la apariencia (como los derivados de las mutilaciones) y en el funcionamiento corporal (como el debilitamiento y los déficits motores). El sujeto, simultáneamente, va a ser sometido a una serie de exploraciones diagnósticas y tratamientos desagradables. Todo ello, hará que el individuo tenga, con mucha frecuencia, sensaciones corporales negativas que, como es obvio, influirán de forma decisiva en la aparición de alteraciones emocionales.

Si consideramos los cambios psicológicos, encontraremos un aumento de las experiencias desagradables y una disminución o pérdida de las agradables. A esto hay que añadirle los cambios de conducta que se derivan de los déficits y/o tratamientos, las restricciones en cuanto al régimen de vida, planes de futuro, elección de trabajo, hobbies y contactos sociales, los miedos, los sentimientos de culpa, soledad, separación e indefensión ("no puedo hacer nada") y otros cambios como, por ejemplo, las alteraciones de la respuesta sexual.

A nivel social, los cambios pueden ser bidireccionales de modo que cambien las interacciones del sujeto con los otros y a la inversa. Entre ellos, pueden citarse el rechazo o el aumento de la dependencia con respecto a los otros y la sobreprotección. Con frecuencia, los otros tratan de aislar al sujeto o por el contrario es el propio enfermo el que trata de separarse de los otros (recordemos el caso concreto del S.I.D.A.). También pueden producirse cambios económicos y laborales importantes derivados del absentismo o la incapacidad. Por último, no olvidemos el importantísimo cambio de "entorno" que supone el ingreso en un centro hospitalario.

Como podemos ver, son muchos los cambios producidos por la enfermedad. Si a ello añadimos que una enfermedad crónica NO SE CURA, es decir, que el enfermo crónico presentará alteraciones que persistirán, en mayor o menor grado, toda la vida, es obvio que al encontrarse en estas circunstancias no pueda quedarse impasible y su organismo reaccione

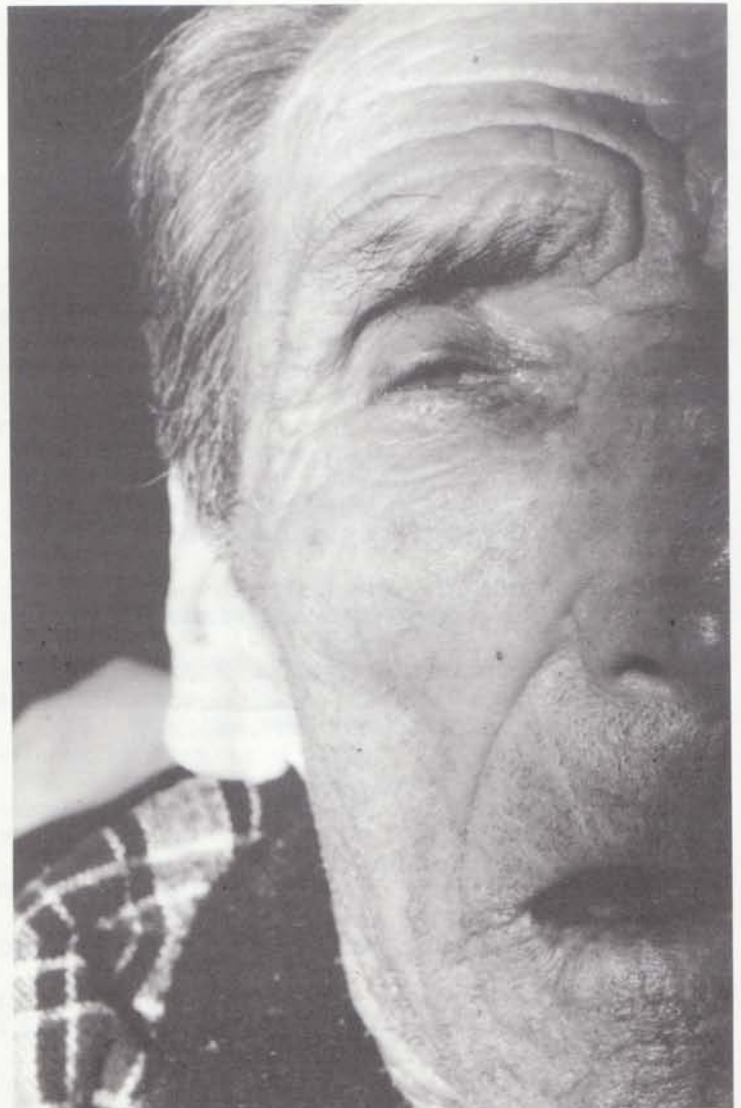
de acuerdo con los procesos habituales, como son las respuestas de ansiedad y depresivas aunque la intensidad y/o duración de las mismas serán modificadas por variables personales.

Antes de analizar las respuestas de ansiedad y las depresivas, veamos las variables personales que aumentan la "vulnerabilidad emocional", es decir, que hacen más probable que el sujeto desarrolle respuestas emocionales excesivamente intensas y/o duraderas.

A nivel físico, influyen negativamente el carácter crónico, sistémico e imprevisto de la enfermedad, la cantidad y grado de disconfort de los síntomas y las complicaciones.

A nivel psicológico, los antecedentes de depresión o intentos de suicidio previos, la edad de comienzo de la enfermedad y el desarrollo emocional, cognitivo y social alcanzado por el sujeto antes de enfermar, la negación y los sentimientos de indefensión y desesperanza pueden aumentar al riesgo de alteración emocional.

A nivel social, ejercerá una influencia negativa la existencia de problemas familiares, el escaso apoyo social o esperar que éste sea escaso.



PREVISIONES

"ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ENFERMO CRONICO"



Si tenemos en cuenta las variables que aumentan la "vulnerabilidad emocional" podremos prevenir las alteraciones emocionales demasiado intensas y/o duraderas apoyando psicológicamente a los sujetos de "alto riesgo".

REACCIONES EMOCIONALES DERIVADAS DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD

Ante la amenaza y la pérdida que supone la enfermedad, el sujeto responde con comportamientos que tienen la función de adaptarle a su nueva situación. Estos comportamientos son los de ansiedad y los depresivos.

La ansiedad es un conjunto de respuestas (entre ellas, la elevación del nivel de activación) que preparan al organismo para su propia defensa, ya sea mediante el ataque o la huida, ante una emergencia o situación amenazante.

Estas respuestas dejarán de cumplir su función cuando los estímulos o situaciones que las disparan no son "objetivamente" peligrosos para la vida o cuando su intensidad y/o duración resulta excesiva. En tales casos, pueden percibirse como insostenibles con imposibilidad de reducirlas e incapacitantes para el desarrollo de una actividad normal.

Para facilitar el reconocimiento de las respuestas de ansiedad, se presenta un breve listado de las alteraciones fisiológicas, cognitivas (pensamientos, creencias, atribuciones, etc.) y motoras más frecuentes (adaptado de García Huete, 1987).

1. Manifestaciones fisiológicas:

- Tensión muscular.
- Alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio.
- Cambios en la presión sanguínea y en la respuesta pupilar y la dermogaivánica.
- Alteraciones gastrointestinales.

2. Manifestaciones cognitivas:

- Pensamientos catastróficos o estresantes.
- Anticipaciones negativas.

3. Manifestaciones motoras:

- Activación motora (inquietud, temblores, movimientos bruscos, etc.).
- Respuestas de evitación y escape.

La ansiedad puede llegar a "cronificarse", y en tal caso, será aconsejable intervenir para paliar en lo posible sus efectos negativos para el organismo. Se ha comprobado que las respuestas desmedidas de ansiedad se pueden prevenir con una adecuada información y reducir con técnicas específicas para el manejo del estrés.

Las respuestas depresivas tienen una gran incidencia en las personas que enferman. Inicialmente, un enlentecimiento, aislamiento social y continua reflexión cumplen una función de adaptación a la pérdida que supone la enfermedad puesto que el sujeto ha de decidir sobre su vida teniendo en cuenta su nueva situación.

Al igual que sucedía con las respuestas de ansiedad, la intensidad y la duración de las conductas determinarán su carácter adaptativo o desmedido.

Se ofrece, a continuación, un listado de las alteraciones fisiológicas, cognitivas y motoras más frecuentes en las personas deprimidas (adaptado de García Huete, 1987).

1. Manifestaciones fisiológicas

- Fatiga, cansancio, malestar físico, llanto y tensión.
- Alteraciones en la esfera del sueño, sexualidad y alimentación.
- Alteraciones en el estado de ánimo (labilidad emocional).

2. Manifestaciones cognitivas:

- Alteración en la esfera motivacional.
- Aislamiento social.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Minusvaloración personal e inseguridad.
- Ideas de culpa y autopunición.
- Pensamientos suicidas.
- "Pesimismo".

- Preocupación excesiva por la salud.
 - Dificultades en la atención y memoria.
- #### 3. Manifestaciones motoras:
- Disminución del nivel de actividad.
 - Quejas frecuentes.
 - Agitación.

La adquisición de respuestas depresivas se ve favorecida por la pérdida o disminución de reforzadores (siendo estos, aquellos eventos, situaciones, personas, etc. que el sujeto percibe como agradables) o por el aumento de experiencias desagradables. Por ejemplo, en el tema que nos ocupa, la salud es una fuente de "refuerzos", es decir, de eventos agradables para el sujeto. Si se ve disminuida es frecuente y "lógica" la aparición de respuestas depresivas.

De los estudios realizados por diversos autores (Ellis, Beck, Seligman y otros) sobre la depresión, podemos extraer algunas de las características cognitivas de la persona deprimida:

1. Visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.
2. Utilización de adjetivos desmedidos a la hora de describir la realidad, tales como: "horrible", "terrible", "catastrófico", "insostenible", etc.
3. Tendencia a prestar atención a los sucesos negativos y a ignorar los positivos (aunque estos sean incompatibles con aquellos).
4. Pensamientos absolutistas del tipo "todo", "nada", "imposible", "seguro", "jamás", "debería", "necesito", "inútil", etc.
5. Tendencia a agrandar los sucesos desagradables para el sujeto al tiempo que se les quita valor o importancia a los agradables.
6. La indefensión que tiene lugar cuando el sujeto se percibe con ausencia de control sobre su persona o medio ("no puedo hacer nada", "haga lo que haga, da igual", etc.).

Como podemos ver, las características cognitivas mencionadas resultan extremadamente útiles para la comprensión y tratamiento de las personas deprimidas.

Ahondando en las respuestas depresivas, no podemos dejar de hablar de los comportamientos suicidas siendo necesario disponer de criterios para poder estimar el riesgo de suicidio y prevenirlo (adaptados de los planteados por Haynal y pasini -citado por García Huete, 1987- y por Slaikeu, 1988).

1. Factores indicativos de riesgo "real": existencia de modelos familiares o del entorno inmediato, tentativas o amenazas, representación concreta de la manera de preparar y ejecutar el suicidio ("plan suicida"), haber tomado medidas para preparar la muerte, disponer de medios para cumplir el plan y "tranquilidad inquietante".

2. Factores psicológicos: al comienzo o al final de estados depresivos, signos de agitación, sentimientos de culpa e insuficiencia, insomnios prolongados, enfermedades incurables o debilitantes, ideas delirantes, alcoholismo y toxicomanía.

3. Factores sociales (apoyo y nivel de deterioro social): relaciones familiares en la infancia muy deterioradas, pérdida o ausencia de contactos humanos importantes o de trabajo, falta de responsabilidades, preocupaciones financieras y ausencia de comunidad de apoyo.

Habrà que tener en cuenta los factores anteriormente citados para poder modificar en lo posible el entorno y las condiciones psicológicas del sujeto en prevención de posibles comportamientos suicidas.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS EMOCIONALES

El enfermo crónico tiene que aprender las habilidades que le permitan manejar la enfermedad (autocuidado) y las reacciones emocionales que de ella se derivan.

Existen dos condiciones que favorecen el autocuidado: la primera, la percepción de enfermedad por parte del sujeto puesto que si la niega difícilmente desarrollará mecanismos para hacerle frente y, la segunda, la autovaloración de la capacidad y experiencia para enfrentarla, es decir, el grado



de control que el sujeto percibe con respecto a su problema de salud.

El manejo de la enfermedad exige el cumplimiento de las prescripciones médicas y el tratamiento de los síntomas. Estudiaremos con mayor profundidad la primera de estas exigencias y comentaremos brevemente la segunda.

A continuación, resumimos algunos datos sobre el incumplimiento de las prescripciones (recogido de Richart y Cabrero, 1988).

1. Entre el 4% y el 92% de los pacientes comete errores al intentar cumplir las órdenes médicas (Saldaña, 1984).

2. Una media del 50% de los pacientes, con un rango entre el 20% y el 80%, tendrán problemas con la adherencia (Reig, 1981).

3. De los enfermos que intentan seguir las prescripciones, entre 1/4 y 2/3 toman dosis equivocadas y más de un 30% comete errores potencialmente peligrosos para su salud (Bayés, 1979).

4. El cumplimiento en los enfermos crónicos no sobrepasa el 50% (Bayés, 1984).

Ahora bien, si los pacientes no siguen o se equivocan en el cumplimiento de las prescripciones médicas, el mejor diagnóstico y la mejor prescripción NO SIRVEN PARA NADA. Si tenemos en cuenta los costos que esto puede suponer al sistema sanitario, resulta necesario diseñar trabajos de investigación que estudien los factores que favorecen y los que dificultan el cumplimiento correcto de las prescripciones. Estos estudios cumplirían un doble objetivo: mejorar los comportamientos saludables y disminuir los gastos sanitarios.

Seguidamente, se exponen algunos de los factores que intervienen en la conducta incumplidora:

1. Relacionados con la enfermedad: carácter cíclico, cronicidad y ausencia de síntomas.

2. Relacionados con el sujeto: ausencia de percepción subjetiva de gravedad, negación, creencias irracionales, falta de comprensión, diagnóstico psiquiátrico, problemas de memoria y ausencia de apoyo social.

3. Relacionados con el tratamiento: incomodidad, complejidad, grado de cambio exigido, efectos desagradables, duración y efectividad percibida.

4. Interacción con los profesionales de la salud: insatisfacción, bajas expectativas y ausencia de supervisión.

Analizados los factores que favorecen el incumplimiento, podemos diseñar estrategias dirigidas a aumentar el cumplimiento. A continuación, se enumeran algunas de las más relevantes.

1. Establecer una buena comunicación entre los profesionales de la salud y el enfermo.

2. Convertir a los "pacientes" en sujetos "activos" en el control de su/s enfermedad/es.

3. Informar de forma comprensible y de fácil recuerdo.

4. Acompañar nuestra información verbal de explicaciones escritas que el sujeto pueda releer en casa.

5. Entrenar al sujeto en las habilidades de autocuidados exigidas por su patología.

6. Evaluar las dificultades concretas de cada sujeto y ofrecer soluciones individualizadas (por ejemplo, si tiene problemas de memoria aconsejarle pegar, en un lugar visible y de paso obligatorio, una señal que le recuerde que ha de tomar su medicación).

7. Programar acciones dirigidas a los enfermos con patologías crónicas, cíclicas o sin síntomas (como grupos de autocuidados y revisiones periódicas).

8. Reforzar (mediante alabanzas, atención, sonrisa, etc.) los comportamientos de cumplimiento.

9. Escalonar el aprendizaje de los comportamientos que ha de aprender (por ejemplo, hábitos alimenticios) o el abandono de los indeseables (como fumar), es decir, acercarnos poco a poco al objetivo final.

10. Investigar y comercializar productos farmacéuticos con dosificaciones más sencillas y cómodas y con menores efectos secundarios.

Con respecto al manejo de los síntomas, únicamente queremos subrayar la necesidad de evaluarlos correctamente e intervenir en función de la/s causa/s. No vamos a pormenorizar las posibles intervenciones psicológicas con respecto al manejo de los síntomas, por exceder a los objetivos de este artículo, pero sí aconsejar tenerlas en cuenta cuando se trate de dolor, náuseas y vómitos anticipatorios, insomnio, anorexia, incontinencia, hipertensión y disnea.

El manejo de las reacciones emocionales exigirá el aprendizaje de estrategias para afrontar las respuestas de ansiedad y para eliminar o prevenir las respuestas depresivas. Las más importantes van dirigidas a reconstruir los pensamientos "pesimistas" y poco realistas a la hora de describir la realidad, potenciar la realización de actividades agradables y distractoras y la interacción social, entrenar técnicas de relajación y/o respiración profunda e incrementar la actividad física siempre que sea posible.

Puesto que el aprendizaje de las habilidades que permitan manejar la enfermedad y las reacciones emocionales dependerá, en gran medida, de sus consecuencias, los profesionales de la salud y los familiares o allegados tendremos que reforzar el autocuidado (es decir, que este vaya seguido de consecuencias agradables para el sujeto), procurar reducir nuestra atención a las quejas (aunque las tengamos en cuenta) y valorar las causas del incumplimiento para ofrecer soluciones.

CONCLUSIONES

1. La enfermedad conlleva cambios físicos, psicológicos y sociales que disminuyen la calidad de vida del sujeto.

2. Las respuestas depresivas y de ansiedad cumplen la función de adaptación a la pérdida y la amenaza que supone la enfermedad y pueden y deben ser resueltas por el equipo asistencial. Cuando la intensidad y/o duración de estas respuestas es excesiva es aconsejable orientar o derivar los sujetos a los dispositivos de asistencia especializada.

3. El sujeto ha de desarrollar habilidades que le permitan manejar su enfermedad y las reacciones emocionales que de ella se derivan.

4. Las habilidades de afrontamiento útiles y la autonomía han de ser potenciadas por el equipo y los familiares del sujeto con el objeto de que este adopte un papel activo en su enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- BALLUS, C. (1983). *Psycobiología*. Barcelona, Herder.
- BAYES, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona, Martínez Roca.
- CARNWATH, T.; MILLER, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico*. Barcelona, Martínez Roca.
- COSTA, M.; LOPEZ, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona, Martínez Roca.
- COSTA, M. y cols. (1989). Educación sanitaria de pacientes: el autocuidado. *Jano*, 36, 75-80.
- GARCIA HUETE, E. (1987). Aspectos psicológicos: evaluación, prevención e intervención. En: R. Usieto, *Sida: un problema de salud pública*. Madrid, Ed. Diez de Santos, S.A.
- HASLER, J.; SCHOFIELD, T. (1990). *Continuing care: The management of chronic disease*. Oxford, Oxford University Press.
- MARKUS, A.C. y cols. (1989). *Psychological problems in general practice*. Oxford, Oxford University Press.
- RICHART, M.; CABRERO, J. (1988). *La psicología en los centros de salud comunitaria. Programa de Promoción y Educación para la Salud*. Valencia, Promolibro.
- SLAIKEU, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. México, Manual Moderno.