

# *“Evaluación de las Estrategias de Abordamiento de pacientes en Sala”*

El dolor físico y psíquico de enfermar.

**EQUIPO DOCENTE:**

**DIRECTORA DE LA CARRERA:** Lic. Perrone Hebe

**ASESOR TITULAR:** Lic. Fariz Miguel

**ASESOR METODOLÓGICO:** Lic. Gallardo Horacio

**AUTOR:** Campra Florencia Ayelén

## **Agradecimientos**

Este camino empezó hace varios años con muchos sueños y anhelos, y en ellos estuve rodeada de personas a las que quiero agradecer por su contención y cariño constante.

Por sobre todo, a mis padres, aquellos que me apoyaron desde el primer momento, infinitas gracias por haberme dado la oportunidad de realizar uno de mis grandes sueños, por tanta paciencia, amor incondicional y, sobre todo, por creer en que podía lograrlo. A mi hermano y a mi abuela, que a la distancia siempre me acompañan y están presentes.

A mis amigas, las hermanas que la vida me regaló, por acompañarme hace tantos años en cada etapa y en éste gran camino, por su cariño constante, por brindarme su escucha cuando lo necesité y por nunca dejarme caer. A los grandes amigos que me regaló la facultad, por acompañarnos mutuamente en éste camino que decidimos recorrer juntos y nos unió, y que estoy segura nos seguirá uniendo ante lo que se viene.

A mi asesor titular Lic. Miguel Fariz, por haberme acompañado todo éste tiempo, por su enseñanza constante, su predisposición y su orientación durante mis prácticas intensivas dentro del Hospital, agradezco enormemente su ayuda y que siempre me haya brindado sus palabras de aliento.

Finalmente, y por sobre todo, a Dios, por haberme dado tantas fuerzas y acompañarme en éste camino.

Infinitas gracias... a TODOS.

Florencia.

## ÍNDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	8

## CAPITULO 1

<b>1. Contextualización y Diseño Metodológico</b>	
1.1. Institución: Hospital Dr. Enrique Vera Barros .....	11
1.2. Servicio de Clínica Médica .....	12
2. Justificación del problema.....	13
3. Objeto de estudio.....	15
3.1. Objetivo general .....	15
3.2. Objetivos específicos .....	15
4. Preguntas de investigación.....	15
5. Estado del arte.....	16
6. Diseño Metodológico .....	18
6.1. Metodología.....	18
6.2. Población y unidad de análisis .....	19
6.3. Técnicas de recolección de datos .....	19
6.3.1. Entrevista semi-dirigida.....	19
6.3.2. Observación no participante .....	21
6.3.3. Cuestionarios cerrados .....	21
6.3.3.1. Inventarios: STAI X-1 y STAI X-2 .....	21
6.3.3.2. Inventario de Depresión de Aaron Beck.....	22
6.3.3.3. Cuestionario Duke – UNC de Apoyo Social .....	22
6.3.3.4. Instrumento para evaluar Estrés.....	22
6.3.3.5. Modos de Afrontamiento –Versión Breve- de Lazarus y Folkman.....	23
7. Variables.....	23

## **CAPITULO 2**

### **8. Marco Teórico Referencial**

8.1. Salud y enfermedad .....	25
8.2. Enfermedades médicas.....	32
8.2.1. Cáncer .....	32
8.2.2. VIH/SIDA.....	33
8.2.3. Diabetes.....	34
8.2.4. Neumonía .....	35
8.2.5. Anemia.....	35
8.3. Psicología Cognitiva .....	36
8.4. Medicina Conductual.....	37
8.4.1. El modelo biopsicoambiental de la salud .....	37
8.5. Estrés y Afrontamiento .....	38
8.6. El afrontamiento y los recursos externos e internos del individuo .....	45
8.7. ¿Cuáles son los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo?.....	49
8.8. Indefensión Aprendida .....	50
8.8.1. La depresión y la indefensión aprendida.....	52

## **CAPITULO 3**

### **9. Aportes desde el Rol del Psicólogo**

9.1. La Psicoeducación como herramienta fundamental.....	55
9.2. Los efectos secundarios de la hospitalización y el Rol del Psicólogo .....	56
9.3. Posibles intervenciones ante pacientes con enfermedades médicas.....	58
10. Resultados de la investigación .....	65

## **CAPITULO 4**

### **11. Conclusiones y sugerencias**

11.1. Conclusión.....	74
Referencias bibliográficas .....	78

## **ANEXOS**

Cuestionarios .....	82
STAI – 1 .....	83
STAI – 2 .....	85
Inventario de depresión de Beck.....	87
Cuestionario de apoyo social .....	91
Inventario para evaluar estrés.....	92
Modos de afrontamiento .....	93
Sección de casos clínicos .....	96
Entrevistas al personal del Servicio .....	128

## **Resumen**

**Objetivos:** El presente trabajo tiene como objetivos describir cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes del área de Clínica Médica del Hospital Dr. Enrique Vera Barros, ante la presencia de la enfermedad; identificar el nivel de afrontamiento de las personas ante la enfermedad; evaluar el mapa cognitivo de los pacientes ante el afrontamiento de la enfermedad; identificar y analizar cómo el apoyo social puede ayudar en el modo de afrontar una enfermedad. **Método:** Estudio descriptivo con una metodología mixta, realizado en el servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. Enrique Vera Barros. La población estuvo constituida por pacientes adultos internados por enfermedades crónicas. La muestra intencional estuvo constituida por 16 pacientes. **Conclusión:** La estrategia de afrontamiento más utilizada fue la reevaluación positiva, y durante la internación, los pacientes presentaban elevados rasgos de ansiedad, depresión y estrés. El apoyo social percibido por estos sujetos fue elevado constituyendo un importante recurso de afrontamiento y adaptación a la enfermedad crónica.

**Palabras claves:** estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, apoyo social, estrés, enfermedades médicas.

## **Abstract**

**Objectives:** The present work aims to describe the coping strategies used by patients in the Medical Clinic area of the Dr. Enrique Vera Barros Hospital, in the presence of the disease; identify the level of coping of people with the disease; evaluate the cognitive map of the patients before coping with the disease; identify and analyze how social support can help in the way of coping with a disease. **Method:** Descriptive study with a mixed methodology, carried out in the Medical Clinic service of the Dr. Enrique Vera Barros Hospital. The population was constituted by adult patients hospitalized for chronic diseases. The intentional sample consisted of 16 patients. **Conclusion:** The most commonly used coping strategy was positive re-evaluation, and during hospitalization, patients presented high traits of anxiety, depression and stress. The social support perceived by these subjects was high, constituting an important resource for coping and adapting to chronic disease.

**Keywords:** coping strategies, anxiety, depression, social support, stress.

## **Introducción**

La aparición de una enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida. Este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de múltiples factores: su duración, su forma de aparición, su intensidad y gravedad; y, a su vez, depende de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación.

Las personas que ingresan a un Servicio de Clínica Médica, muchas veces no saben cuál es su diagnóstico. Durante el tiempo de internación, los pacientes quieren conocerlo y ésta situación es un hecho estresante para la persona; ante esto hay diversas formas de reacción y afrontamiento.

Los hospitales son instituciones para el cuidado de la salud dentro de los sistemas sanitarios. Constituyen escenarios de interacción en los que se representan las relaciones interpersonales a través de las cuales se desarrolla la atención a la salud. Aunque es difícil separar el estar hospitalizado de la causa por la que se ingresa, podemos entender que “el primer efecto colateral no deseado de la hospitalización es el padecimiento de estrés. Y la respuesta más frecuente es la de ansiedad, seguida de depresión e irritabilidad en etapas posteriores” (Remor, Arranzs, Ulla S, 2003, pág. 40).

Por otro lado, la enfermedad no solo produce estrés en la persona que la padece, sino que también tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo. La existencia de redes de apoyo social constituyen un importante recurso de afrontamiento, y su disponibilidad, recepción, y percepción se asocia con una mejor adaptación a la enfermedad crónica.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son los modos de afrontamientos que utilizan los pacientes ante el advenimiento de un hecho nuevo estresante, en éste caso la enfermedad, y cuáles son las consecuencias que la misma ocasiona en la vida de los sujetos. Además, se evaluará el mapa cognitivo de los pacientes ante el afrontamiento de la enfermedad y cómo el apoyo social puede ayudar en el modo de llevar adelante dicha enfermedad.

Existe una amplia variedad de modos de afrontamiento, para conocerlos se requiere de una evaluación en profundidad a partir de entrevistas, observaciones y cuestionarios. Cada una de las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la presencia diaria de una enfermedad es diferente.

El primer capítulo hace referencia a la contextualización del Hospital Dr. Enrique Vera Barros y puntualmente del servicio de Clínica Médica, la justificación del problema, los objetivos generales y específicos de la investigación, el estado del arte, el diseño metodológico donde se explicita la metodología elegida para ésta investigación, la población y unidad de análisis, las respectivas técnicas de recolección de datos para una evaluación en profundidad y las variables.

El segundo capítulo contiene el marco teórico referencial donde se trabajarán los conceptos puntuales de ésta investigación como el nivel de afrontamiento y su relación con el estrés, los tipos de enfermedades, la repercusión del apoyo social y la ansiedad y la depresión como consecuencia del afrontamiento.

En el tercer capítulo se expone el aporte desde el rol del psicólogo y las posibles intervenciones, los efectos secundarios de la hospitalización, y los resultados obtenidos de la investigación.

Finalmente, en el cuarto capítulo se presenta la conclusión y las sugerencias para posteriores investigaciones.

En el apartado de anexos se encuentran los cuestionarios elegidos para la investigación, los casos seleccionados a partir de la muestra con la que se trabajó y las entrevistas realizadas al personal del Servicio.



# Capitulo 1

## *1. Contextualización y diseño metodológico*

### 1.1. Hospital Dr. Enrique Vera Barros

En nuestra provincia se encuentra el Hospital Dr. Enrique Vera Barros, que se inauguró el 3 de mayo de 1924. En un principio, se llamaba "Hospital Común Regional Andino Presidente Plaza", haciendo referencia a quien fuera presidente de la Nación en aquella ocasión. El mismo estuvo presente en ocasión de colocarse la piedra fundamental del nosocomio, colocando en un sencillo acto la piedra fundamental de la obra, el día 16 de julio de 1916 (8 años antes de su inauguración).

La obra del Hospital fue materializada por Arquitectura de la Nación en un amplio predio (30 hectáreas) en el sector ubicado al este de la ciudad en el "Barrio Hospital".

El Hospital Presidente Plaza estaba destinado a atender las necesidades sanitarias de las provincias de Catamarca, San Juan y La Rioja, pero con el correr de los años, fue transformándose e incorporando servicios y personal de otros centros públicos de salud de la ciudad de La Rioja. El hospital funcionó bajo esa denominación hasta el mes de octubre del año 1994, ocasión en que se inauguraron las nuevas instalaciones de lo que hoy se conoce como "Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros".

Actualmente, se encuentra en funcionamiento y es una entidad de carácter público, ofreciendo servicios a toda la comunidad. Cuenta con un amplio personal e insumos para realizar distintos estudios. A su vez, hay muchas especialidades dentro de los servicios que ofrece como son traumatología, cardiología, cirugía general y de tórax, clínica médica, unidad de terapia intensiva, kinesiología, otorrinolaringología, nutrición, diabetología, psicología, psiquiatría, unidad coronaria, oftalmología, fonoaudiología, gastroenterología, flebología, anestesiología, diagnóstico por imágenes, ginecología, oncología, odontología, anatomía patológica, entre otras.

Por otro lado, el Hospital también funciona como escuela de formación al cual asisten estudiantes de distintas carreras tanto de la Facultad de Medicina

Fundación Barceló como también de la Universidad Nacional de La Rioja. Los alumnos van rotando por diferentes servicios cumpliendo las pautas del régimen de rotación, e insertándose en el campo laboral.

## 1.2. Servicio de Clínica Médica

Para realizar ésta investigación, decidí realizar mi trabajo de campo en el Servicio de Clínica Médica de dicho Hospital. Ingresando por el pasillo principal del Hospital, en la cuarta entrada hacía el lado derecho nos encontramos con éste servicio que recibe pacientes a partir de los 14 años y desde todos las áreas del hospital. Está conformado por 20 habitaciones con 2 camas cada una, una sala de enfermería, una sala de procedimientos (con insumos y tubos de oxígeno), una sala de administración, dos consultorios donde se reúnen los médicos y el psicólogo, una sala de medicación, y una habitación de residuos.

Clínica Médica cuenta con un jefe a cargo del Servicio, doce médicos, un psicólogo, enfermeros con turnos rotativos cada seis horas, tres administrativos, una jefa de residentes, quince residentes de Medicina, camilleros, personal de limpieza y personal de cocina. A su vez, hay un guardia en la puerta de ingreso al Servicio que controla tanto a los familiares de los pacientes que ingresan, los horarios de visita, los recambio de personal como también protege al personal en caso de disturbios.

## 2. Justificación del problema

Las personas que ingresan a un Servicio de Clínica Médica, muchas veces no saben cuál es su diagnóstico. Durante el tiempo de internación, los pacientes quieren conocerlo y ésta situación es un hecho estresante para la persona; ante esto, hay diversas formas de reacción y afrontamiento.

A partir de diversas investigaciones, se observó que había diferencias en cómo las personas afrontan la misma situación estresante. Así, “de una noción más fisiológica universal del estrés en las décadas de los sesenta y setenta, se pasó en la década de los ochenta a una perspectiva más psicológica/idiosincrásica según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características físicas objetivas del suceso” (Vázquez, Crespo y Ring, pág. 425).

El afrontamiento se refiere a aquellos “procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164). Con esta amplia definición se puede pensar que “las reacciones emocionales como la ira o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante” (Vázquez, Crespo y Ring, pág. 426).

Para Lazarus y Folkman (1986) existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

1. **Estrategias de resolución de problemas:** son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. **Estrategias de regulación emocional:** son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Aún asumiendo la validez de esta dicotomía general, investigaciones más recientes pusieron de manifiesto la existencia de una amplia variedad de modos de afrontamiento. De ésta manera, se requiere de una evaluación en profundidad, a partir de entrevistas, observaciones y cuestionarios, para conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante el padecimiento diario de una enfermedad.

Según lo explicitado, Reynoso y Seligson (2006) sostienen que:

Los recursos que los humanos necesitan para sobrevivir pueden aprenderse a través de la experiencia. Cuanto más rápidamente logre el individuo aplicar éstos recursos de manera automática, más eficaz se hará al manejar sus relaciones con el entorno. Hay diferencias entre la adquisición de los recursos que necesitan de enorme esfuerzo y concentración, y las siguientes fases en donde los recursos se vuelven automáticos. La mayoría de las personas se enfrenta con las demandas de la vida diaria de forma que éstas no excedan o desborden sus recursos, lo cual es una muestra de que las conductas de afrontamiento se convierten en automáticas una vez que son aprendidas (pág. 30).

Esto se relaciona directamente con lo que Seligman definió como Indefensión Aprendida. Las pruebas experimentales demuestran que cuando un organismo ha experimentado una situación traumática que no ha podido controlar, su motivación para responder a posteriores situaciones traumáticas disminuye. Es más, aunque responda y la respuesta logre liberarle de la situación, le resulta difícil aprender, percibir y creer que aquella ha sido eficaz. Por último, su equilibrio emocional queda perturbado, y varios índices denotan la presencia de un estado de depresión y ansiedad (Seligman, 1981, pág. 43).

En base a lo expuesto, el objetivo de la investigación fue identificar cuáles son los modos de afrontamientos que utilizan los pacientes ante el advenimiento de un hecho nuevo estresante, en éste caso la enfermedad, y cuáles son las consecuencias que la misma ocasiona en la vida de los sujetos. Además, se evaluará el apoyo social que reciben los pacientes durante el avance de la enfermedad.

### 3. Objeto de estudio

-Evaluar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la presencia y transcurso de la enfermedad.

#### 3.1. Objetivo General:

- Describir cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes, del área de Clínica Médica del Hospital, ante la presencia de la enfermedad.

#### 3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el nivel de afrontamiento de las personas ante la enfermedad.
- Evaluar el mapa cognitivo de los pacientes ante el afrontamiento de la enfermedad.
- Identificar y analizar cómo el apoyo social puede ayudar en el modo de afrontar una enfermedad.

### 4. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la enfermedad?
- La presencia o ausencia de apoyo social, en estos pacientes, ¿modifica su manera de afrontar la enfermedad?

## 5. Estado del Arte

A lo largo de los años, varios autores investigaron sobre las “*Estrategias de afrontamiento*” desde diversos marcos teóricos y aplicados a distintas enfermedades. Recientemente, en el año 2017, en la ciudad de La Rioja, Varas María Belén llevo a cabo un estudio sobre los “aspectos psicológicos en la enfermedad crónica” en una muestra de 15 pacientes diagnosticados con enfermedades transmisibles y no transmisibles. Algunos de sus objetivos fueron: indagar la depresión como efecto de las enfermedades crónicas y analizar la influencia del apoyo familiar y social en esos pacientes. En las respectivas conclusiones de la investigación, se sugirió para futuras investigaciones profundizar sobre la ansiedad y los modos de afrontamiento de los pacientes ante la enfermedad crónica.

Otra investigación que se realizó en nuestro país, en el año 2016, fue la de Gutiérrez De Vázquez Marisel y Lemos Viviana, quienes realizaron un estudio preliminar sobre “estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer”. El objetivo fundamental de su investigación fue identificar y describir cuáles son las situaciones estresantes más frecuentes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer y las estrategias de afrontamiento más utilizadas ante dichas situaciones. Participaron 30 niños de edades entre 7 y 12 años, y usaron como instrumentos de recolección de datos las entrevistas semi-estructuradas.

Por otro lado, en Valencia, en el año 2015, Jorques Infante María José realizó un estudio sobre “las estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama” conformando una muestra de 150 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, recogidas en el Servicio de Oncología Médica de la Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó el Cuestionario de afrontamiento Ways of Coping (WCS) de Folkman y Lazarus (1984), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) desarrollado por Amirkhan, J.H. (1990), el Inventario multidimensional de afrontamiento COPE desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y la Escala de Ajuste

Mental al Cáncer (MAC) Watson, de Greer, Inayat, Burgess, y Robertson. (1988).

Durante el 2010, en México, investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre ellos Gómez-Rocha, Santiago Aritio; Galicia-Rodríguez, Lilitiana; Vargas-Daza, Emma Rosa; Martínez-González, Lidia; Villarreal-Ríos, Enrique, realizaron un estudio para una Revista Médica sobre las “Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida”. El tamaño mínimo de la muestra estimado fue de 48 individuos, quienes fueron elegidos en la sala de espera al interior de cada unidad de medicina familiar, antes de pasar a consulta con el médico familiar. En el cuestionario para la recolección de datos se incluyeron variables socio demográficas y de aspectos de salud. El estilo de vida se investigó mediante el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), que incluyó los dominios referentes a nutrición, actividad física y adherencia terapéutica. Para la evaluación del tipo de afrontamiento se empleó la escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.

En el año 2009, un grupo de investigadores de Salud Comportamental de la universidad de Medellín ubicada en Colombia, entre ellos Ana Milena Gaviria, Japcy Margarita Quicenó, Stefano Vinaccia, Luz Adriana Martínez, Martha Cecilia Otalvaro, realizó un estudio sobre las “Estrategias de afrontamiento y ansiedad-Depresión en Pacientes diagnosticados con VIH/Sida”. El estudio contó con 92 pacientes de ambos géneros entre 23 y 68 años diagnosticados con VIH/Sida en tratamiento antirretroviral. Los instrumentos de recolección de datos elegidos fueron: la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), la Escala autoadministrada de Zung (1971) Self-rating AnxietyScale (SAS) y la

Éstas son algunas de las investigaciones más recientes relacionadas con mi tema de investigación. Consideré tener en cuenta la ansiedad, la depresión, el apoyo social y el estrés como variables que influyen de manera decisiva ante el afrontamiento de la enfermedad en cada paciente. La aparición de una enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida que puede tener distintas consecuencias según el tipo de afrontamiento empleado.

## 6. Diseño Metodológico

La investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva.

De acuerdo a la problemática investigada, se decidió por un diseño de tipo descriptivo, el cual apunta a hacer una descripción del fenómeno bajo estudio, mediante la caracterización de sus rasgos generales. “Estos estudios no implican la comprobación de hipótesis, ya que su finalidad es describir la naturaleza del fenómeno a través de sus atributos.” (Urbano Juni, 2014, p. 27).

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989), es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga (Sampieri, 2006, p. 81).

En esta clase de estudios “el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.)” (Sampieri, 2006, p. 82).

### 6.1. Metodología

El tipo de metodología que se utilizó en ésta investigación fue de tipo mixta, en la cual se complementan aspectos cuantitativos y cualitativos. “El enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o en una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema” (Sampieri, 2006, p. 755).

## 6.2. Población y unidad de análisis

La población elegida para ésta investigación fueron pacientes del Servicio de Clínica Médica pertenecientes al Hospital Dr. Enrique Vera Barros, y las edades de los pacientes osciló entre 16 a 60 años.

Mi unidad de análisis está conformada por dieciséis pacientes –9 mujeres y 7 hombres- que estuvieron internados durante el lapso de mi investigación, desde noviembre a enero, en el Servicio de Clínica Médica, por distintas enfermedades: cáncer, VIH, diabetes, neumonía, anemia entre otras enfermedades trasmisibles y no trasmisibles. Fue un muestreo intencional debido a que los casos fueron incluidos según su especificidad y sus características, las cuales respondieron a las necesidades propias de la investigación.

## 6.3. Técnicas de recolección de datos

### 6.3.1. Entrevista semi-dirigida

La entrevista “constituye un intercambio comunicativo, que ofrece la posibilidad de profundizar sobre las dimensiones de la investigación. Como técnica de recolección de datos, varía desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre” (Pérez Gómez, pág. 180). En ésta investigación, se utilizó la entrevista “semi-estructurada” la cual “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Sampieri, 2006, pág. 597).

Es una herramienta “flexible, capaz de adaptarse a diferentes condiciones, situaciones, personas, permitiendo aclarar preguntas repreguntando, profundizando, ayudando a resolver las dificultades que puede encontrarse la persona entrevistada. Los encuentros cara a cara, permiten captar y registrar

también los gestos, los tonos de voz, etc., que aportan una información no menor para la investigación”. (Pérez Gómez, pág. 181)

Para ésta investigación tomé varias entrevistas a diversos pacientes para obtener la siguiente información:

- Causa de internación
- Tiempo de internación
- Personas que lo estaban acompañando
- Familia: integrantes, con quién vive.
- De dónde es
- Trabajo
- Actividades que le gusta realizar
- Grupo cercano –amistades-
- Sueño
- Descanso: si duerme bien o no, cuántas horas.
- Alimentación
- En caso de tener alguna enfermedad: hace cuánto sabe, si se cuida o no de lo que puede y no puede hacer, si toma medicación o no.
- Cosas positivas que rescata de su vida

También entrevisté a los médicos y a los enfermeros para obtener la siguiente información:

- Afrontamiento de la enfermedad
- Influencia del apoyo familiar y/o social
- Mala adherencia al tratamiento y sus consecuencias
- Lograr una buena adherencia al tratamiento

### 6.3.2. Observación No Participante

La observación permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como éste se produce. Puede ser entendida como “un proceso sistemático por el que un especialista recoge por sí mismos información relacionada con cierto problema. Como tal proceso, en él intervienen las percepciones del sujeto que observa y sus interpretaciones de lo observado”. (Rodríguez Gómez, pág. 150)

La observación ha de estar orientada por una pregunta, un propósito o problema, lo cual le da un sentido en sí a la misma y determina qué, quién, cómo, cuándo y a dónde se observa. En mi caso el tema a investigar fue la enfermedad y el modo en que los pacientes afrontan esa situación.

La observación participante es un método interactivo de recogida de información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando. La implicación supone participar en la vida social y compartir las actividades fundamentales que realizan las personas que forman parte de una comunidad o de una institución. Implica el dominio de una serie de habilidades sociales a las que deben sumarse las propias de cualquier observador. La observación participante favorece un acercamiento del investigador a las experiencias en tiempo real que viven personas e instituciones (Rodríguez Gómez, pág. 165-166)

Para éste trabajo, se recurrió a la técnica de observación no participante durante las visitas a los pacientes con el Psicólogo.

### 6.3.3. Cuestionarios cerrados

#### 6.3.3.1. Inventarios: STAI X-1 y STAI X-2

El objetivo del cuestionario STAI es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada uno de ellos con 20 cuestiones: **Ansiedad como estado (A/E)**: evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos

subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. **Ansiedad como rasgo (A/R):** señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

#### 6.3.3.2. Inventario de Depresión de Aaron Beck

Llamado BDI, BDI-II, fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

#### 6.3.3.3. Cuestionario Duke – UNC de Apoyo Social

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1- 5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. Un puntaje menor, igual o mayor a 15 indica el apoyo afectivo (demostración de cariño, amor y empatía) que el sujeto percibe, mientras que un puntaje menor, igual o mayor a 18 demuestra el grado de apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) que el sujeto posee.

#### 6.3.3.4. Instrumento para evaluar Estrés

Es un cuestionario que consta de 10 ítems que hacen referencia a síntomas propios del estrés y, a su vez, hay una escala de puntuación del 1 al 5 (1 punto: Nunca, 2 puntos: Rara vez, 3 puntos: Algunas veces, 4 puntos: Con frecuencia, 5 puntos: Siempre). El puntaje total da cuenta del grado de estrés que experimenta el sujeto.

### 6.3.3.5. Modos de Afrontamiento –Versión Breve- de Lazarus y Folkman

Para poder evaluar los tipos de afrontamiento, se utilizó la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) -versión breve- de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, la misma cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

- Confrontación
- Planificación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Aceptación de responsabilidad
- Escape-evitación
- Reevaluación positiva
- Búsqueda de apoyo social

## 7. Variables

Las variables elegidas para ésta investigación fueron:

- Edad
- Sexo
- Tipo de enfermedad
- Estrés
- Nivel de afrontamiento



## Capítulo 2

### *8. Marco teórico referencial*

## 8.1. Salud y enfermedad

Desde una perspectiva negativa, “la enfermedad ha sido definida como la anomalía o alteración, momentánea o duradera, del componente biofísico (enfermedad física o médica) o psicológico (enfermedad mental) del organismo y acompañada del componente subjetivo de incapacidad, malestar o sufrimiento; y por otro lado, la salud fue conceptualizada, negativamente o por exclusión, como la carencia de enfermedad: ausencia de anomalías o alteraciones orgánicas y/o mentales (y de la incapacidad o sufrimiento acompañantes)” (Simón, 1999, pág. 41).

Ahora bien, desde una concepción más positiva, además de ausencia de enfermedad y de malestar o sufrimiento asociados a la misma, la salud implica muy diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de protección hacia posibles riesgos de enfermedad, de desarrollo personal, etc. Por ello, en la actualidad se va tendiendo a “conceptualizar la salud de una forma positiva, esto es, sin necesidad de referirse para ello a la enfermedad, siendo un buen exponente de esta nueva tendencia la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Simón, 1999, pág. 41).

Como plantea Santacreu (1991), la salud y la enfermedad deben ser entendidas como el estado actual de las relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en que éste se desenvuelve, siendo la salud la resultante de relaciones o respuestas a corto y largo plazo adaptativas, y la enfermedad de relaciones o respuestas a corto o largo plazo inadaptativas o desadaptadas, estando la capacidad de adaptación de un individuo, a su ambiente o ecosistema, determinada por los recursos biológicos y psicológicos que posee el individuo y las exigencias o presiones del propio ecosistema. En resumen, las diferencias individuales en los recursos y competencias, y las características patógenas del medio, serán las claves relevantes en la determinación de la salud-enfermedad, de forma que, como indica Pérez Álvarez (1991), la salud y la enfermedad están multideterminadas,

importando tanto las condiciones biomédicas de la vida como las condiciones biográficas del vivir. (Simón, 1999, pág. 43-44)

A partir de ésta concepción, se desprende la idea de que muchas enfermedades médicas producen efectos psicológicos adversos que poco a poco van conformando trastornos psíquicos. Existen muchos casos de pacientes que durante el transcurso de una enfermedad médica comienzan a experimentar síntomas de índole psicológica, que muchas veces derivan en trastornos depresivos o trastornos de ansiedad.

El DSM es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (American Psychiatric Association), y es el referente en salud mental mundial. La nueva versión, el DSM V, establece algunos criterios sobre éstos trastornos.

Los trastornos depresivos, según el DSM V, son: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfóricopremestruar, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección medica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. “El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que diferencia a éstos trastornos es la duración, la presencia temporal o la supuesta etiología” (DSM V, pág. 155).

Sin embargo, el trastorno depresivo mayor es el que comúnmente se observa y para diagnosticarlo deben estar presentes cinco (o más) de los siguientes síntomas durante el período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, y por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece

lloroso). (En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).

- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
- Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta

normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber un ánimo deprimido la mayor parte del día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general como por ejemplo cáncer, diabetes, entre otras. Algunos de los signos y síntomas del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales, por ejemplo la pérdida de peso en la diabetes sin tratar o la fatiga en el cáncer. “Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos hay que evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, alteración de la concentración o la indecisión y los pensamientos de suicidio” (DSM V, pág. 164).

Por otro lado, resulta oportuno señalar la diferencia entre un trastorno depresivo mayor y un estado de duelo. Mientras que en éste último el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, en el otro el estado de ánimo es deprimido, persistente y hay una incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se producen oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un episodio depresivo mayor es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son características de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un episodio depresivo mayor. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presentan preocupación vinculada a

pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica y rumiación pesimista que se observa en un episodio depresivo mayor. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un estado depresivo mayor son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. (DSM V, pág. 161)

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (periodos de dos o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves) si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta su remisión completa.

Por otro lado consideramos los trastornos de ansiedad, son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. “El *miedo* es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativas” (DSM V, pág. 189).

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido

por el estrés, por ser persistentes, (por ej., suelen tener una duración de seis meses o más). Puesto que los sujetos con trastorno de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores del contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental. (DSM V, pág. 189)

Los trastornos de ansiedad y sus características principales:

- *Trastorno de ansiedad por separación*
- *Mutismo selectivo*
- Los individuos con *fobia específica* presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, etc.
- En el *trastorno de ansiedad social* (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.
- En el *trastorno de pánico*, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico, y esta persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico. Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón

aparente. La crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

- Los individuos con *agorafobia* se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren de la presencia de un acompañante.
- Las características principales del *trastorno de ansiedad generalizada* son una ansiedad persistente, excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño.
- El *trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos* engloba la ansiedad debida a la intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.
- En el *trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica*, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

## 8.2. Enfermedades médicas

Durante el tiempo en que realicé las prácticas, observé que muchos pacientes presentaban rasgos de trastornos psicológicos, en distinta magnitud y gravedad. Es preciso señalar que éstos pacientes estaban internados por enfermedades médicas de índole crónicas lo cual genera en la persona una predisposición diferente a padecerla y un modo diferente de afrontarla.

Muchos de los pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica presentaban las siguientes enfermedades:

### 8.2.1. Cáncer

El cáncer comienza en las células, que constituyen los ladrillos del cuerpo. Normalmente, el cuerpo forma células nuevas a medida que se necesitan para reemplazar a las células envejecidas que mueren. Algunas veces, este proceso no resulta ser el esperado. Crecen células nuevas que no son necesarias y las células envejecidas no mueren cuando deberían. Estas células adicionales pueden formar una masa llamada tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cáncer, mientras que los malignos sí lo son. Las células de los tumores malignos pueden invadir los tejidos cercanos. También pueden desprenderse y diseminarse a otras partes del cuerpo.

El cáncer no es solo una enfermedad, sino varias. Existen más de 100 tipos de cáncer. La mayoría de éstos se nombran por su lugar de origen. Los síntomas y el tratamiento dependen del tipo de cáncer y de lo avanzada que esté la enfermedad. La mayoría de los tratamientos incluye cirugía, radiación y/ quimioterapia. Algunos pueden también incluir terapia hormonal, inmunoterapia y otros tipos de terapia biológica, o trasplante de células madre<sup>1</sup>.

Es importante el acercamiento del psicólogo al paciente con cáncer debido a la naturaleza de la enfermedad que como bien es sabido es crónica, por lo que

---

<sup>1</sup>Información extraída del Instituto Nacional del Cáncer: Pagina web: <https://medlineplus.gov/spanish/cancer.html>

“el paciente debe cambiar su estilo de vida y de afrontamiento. Es una enfermedad además con una etiología y una cura desconocidas, que se caracteriza por la constante incertidumbre y la escasa capacidad de control percibidas por el paciente” (Simón, 1999, pág. 506).

Los pacientes con cáncer se caracterizan por presentar una alta probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos, debido a las propias características de la enfermedad. “Algunas de las alteraciones más frecuentes son por ejemplo: anorexia, disfunciones sexuales, depresión y trastornos de ansiedad. En algunos casos, la presencia de este tipo de psicopatologías es consecuencia directa de la localización del tumor” (Simón, 1999, pág. 511).

Es importante el trabajo del psicólogo con su grupo familiar y social más cercano para lograr, a sabiendas de su situación, que el paciente se sienta acompañado y desarrolle un mejor afrontamiento.

La intervención psicosocial en pacientes con cáncer viene a ser “un esfuerzo sistemático destinado a influir sobre las estrategias de afrontamiento mediante procedimientos psicoterapéuticos o educativos, y tiene como objetivos generales el aumento de la moral, la autoestima, la habilidad de afrontamiento, la sensación de control, la capacidad de resolución de problemas y la disminución del desajuste emocional” (Simón, 1999, pág. 512).

### 8.2.2. VIH/SIDA

Otra enfermedad médica recurrente en el Servicio fue el VIH que significa virus de la inmunodeficiencia humana. Éste daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones. Esto pone al paciente en riesgo de contraer infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. A su vez, SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida y es la etapa final de la infección con el VIH. No todas las personas con VIH desarrollan SIDA.

El VIH suele contagiarse a través de relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, también puede propagarse por intercambio de agujas

para inyectarse drogas o por contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden infectar a sus bebés durante el embarazo o el parto.

Los primeros síntomas de la infección por VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas parecidos a la gripe. Estos pueden aparecer y desaparecer dentro de dos a cuatro semanas. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta meses o años después.

Es una enfermedad que no tiene cura, pero hay muchos medicamentos que combaten la infección por VIH y reducen el riesgo de infectar a otros. Las personas que reciben tratamiento temprano pueden vivir con la enfermedad durante un largo tiempo.<sup>2</sup>

En muchos casos, “la ineficacia del tratamiento, las recaídas y el desarrollo de síntomas o enfermedades oportunistas, precipitan generalmente nuevas crisis emocionales, con sentimiento profundo de falta de esperanza e intenso sufrimiento que es necesario atender y escuchar” (Simón, 1999, pág. 644).

### 8.2.3. Diabetes

Es una enfermedad endocrina y metabólica crónica que “se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina. La misma, es una hormona producida en el páncreas, cuya acción es aumentar la captación de la glucosa en los músculos y el tejido adiposo. En su ausencia, la glucosa resultante de la transformación de los alimentos se acumula en la sangre, de manera que los músculos han de obtener la energía que necesitan a partir de las reservas de los alimentos (grasas y proteínas)” (Casal-Buela, Caballo y Sierra, 1996, pág. 873). Este cuadro requiere tratamiento médico, y si bien, hoy en día ésta enfermedad no se puede curar, sí es posible su control y tratamiento.

<sup>2</sup>Información extraída del Instituto Nacional de Salud: Pagina web: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>

#### 8.2.4. Neumonía

Es una infección de uno o los dos pulmones. Muchos gérmenes, como bacterias, virus u hongos, pueden causarla. También se puede desarrollar al inhalar líquidos o químicos. Las personas con mayor riesgo son las mayores de 65 años o menores de dos años o aquellas personas que tienen otros problemas de salud.

Los síntomas de la neumonía varían de leves a severos. El médico usará el historial médico, un examen físico y pruebas de laboratorio para diagnosticar la neumonía. El tratamiento depende del tipo de neumonía que la persona tenga.

Es mejor prevenir la neumonía que tratarla. Hay vacunas disponibles para prevenir la neumonía neumocócica y la gripe. Otras medidas preventivas incluyen lavarse las manos con frecuencia y no fumar.<sup>3</sup>

#### 8.2.5. Anemia

Surge cuando la sangre no transporta suficiente oxígeno al resto del cuerpo. La causa más común de anemia es no tener suficiente hierro. El cuerpo necesita este mineral para producir hemoglobina que es una proteína rica en hierro que da a la sangre su color rojo y transporta oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo. Las tres causas principales de anemia son: pérdida de sangre, no producir glóbulos rojos y destrucción de estos a gran velocidad.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Información extraída del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre: Pagina web: <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>

<sup>4</sup> Información extraída del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre: Pagina web: <https://medlineplus.gov/spanish/anemia.html>

### 8.3. Psicología Cognitiva

La presente investigación fue abordada desde el marco de la Psicología Cognitiva. El doctor Aaron T. Beck, de la Universidad de Pensilvania, a comienzos de los años sesenta desarrolló la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.).

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que “los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores” (Beck A., Rush J., Shaw B. y Emery G., 2010, pág. 13).

El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las “falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos,
- (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta,
- (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados,
- (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias” (Beck A., Rush J., Shaw B. y Emery G., 2010, pág. 14).

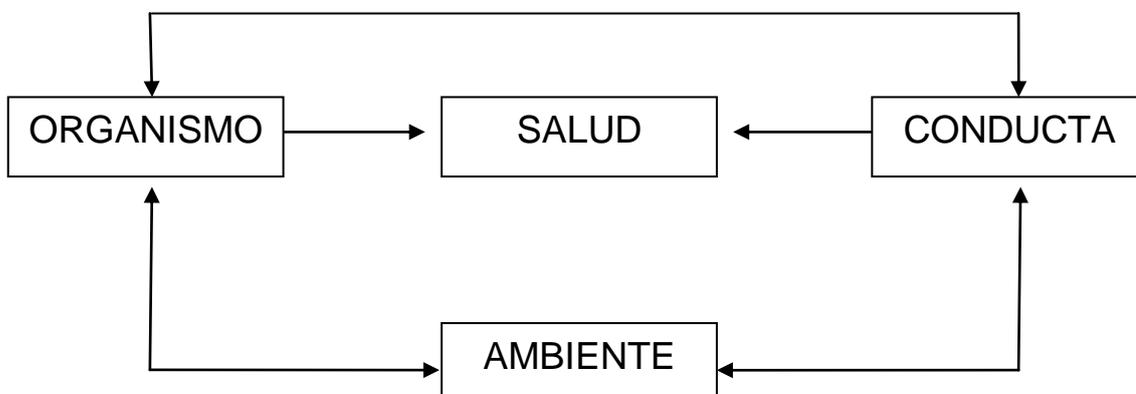
### 8.4. Medicina Conductual

El psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de los trastornos orgánicos. Esto ha llevado a la constitución de una nueva disciplina con la denominación de *medicina conductual*. Su expresión aparece por primera vez en el título de un libro de Birk llamado “Biofeedback: Behavioral Medicine” en 1973.

En la actualidad podría definirse como “la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas. Así, se trata de una disciplina interdisciplinar entre la psicología conductual y la medicina en la que se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento” (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996, p. 28).

Teniendo en cuenta que los ejes de la investigación son el estrés y las estrategias de afrontamiento, acudí a los autores principales que trataron sobre el tema.

#### 8.4.1. El modelo biopsicoambiental de la salud



Éste modelo resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales, como el cáncer, el sida, o el estrés. Su causa está en la interacción organismo-conducta-ambiente.

### 8.5. Estrés y Afrontamiento

El modo en que las personas respondan a las demandas externas o internas, en éste caso a la enfermedad como situación nueva estresante, determinará los tipos de afrontamiento que utilicen y cómo aquello repercutirá en su salud.

Lazarus y Folkman (1977) plantean que:

El estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o que incluso los exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato. En este sentido, se consideran entonces las capacidades adaptativas o mal adaptativas de una persona ante las demandas ambientales. La discrepancia entre las demandas percibidas –sean internas o externas, metas o retos- y la forma como el individuo perciba sus posibles respuestas frente a las demandas, constituirá el estrés y consecuentemente tendrán impacto en su salud. De modo que el estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo realiza acerca de la interacción específica con el entorno, la cual está matizada tanto por los factores que hacen referencia al individuo como por sus compromisos, vulnerabilidad, creencias, recursos y por los factores propios de la situación –entre otros, la naturaleza de la amenaza, su inminencia, etc. (pág. 28).

A su vez, es importante plantear el concepto de estrés y reconocer cómo el mismo va afectando la vida de las personas y llevando a la enfermedad en muchos casos. Reynoso y Seligson (2006) señalan que “el estado de alarma, como se llamó por algunos que trataron de traducir el término *stress* al castellano –aunque actualmente se acepta el término “estrés”- debe ser comprendido como un proceso del organismo que posibilita la aparición de respuestas en diferentes dimensiones” (pág. 23).

Como un problema clínico, el estrés fue revisado inicialmente por los médicos a través del estudio de casos y permitió el establecimiento de una amplia diversidad de signos y síntomas que podían acompañar a éste problema. Posteriormente, hubo acciones encaminadas a demostrar el origen del estrés que intentaban verificar la existencia de una serie de factores biológicos y ambientales originarios del problema. Al trabajar en esta dimensión se pretendía, toda vez que se conociera la génesis del estrés, evitarlo por la eliminación de los factores originarios. Sin embargo, ni todos los participantes presentaban la misma susceptibilidad ni reaccionaban a los mismos factores, y podían o no desarrollar problemas secundarios al mismo. El estrés fue estudiado también por los fisiólogos, inicialmente en sujetos infrahumanos, lo que permitió el estudio cuidadoso de los procesos fisiológicos y la posible alteración de éstos por la hiperfunción o bien por la ausencia de un órgano. Los primeros estudios se centraron en la participación del sistema nervioso autónomo para la reacción de alarma en perros y gatos. Se intentaban medir los cambios fisiológicos producto de la activación del sistema nervioso a través de estímulos variados y realmente se demostraban cambios, sin embargo, éstos eran temporales ya que al terminar la estimulación, los sujetos regresaban a sus condiciones de normalidad (Reynoso y Seligson, 2006, pág. 23).

En este punto, clínicos y fisiólogos coincidían en que, si se retiraba la estimulación, los sujetos, humanos o no, retornarían a la normalidad. En los experimentos fisiológicos este fenómeno era muy claro, pero en la vida real no; en condiciones de laboratorio era posible demostrar esta reversibilidad que en la vida real no se observaba.

Y continúan “ante eventos medioambientales o internos, el paciente los tomará como estímulos y reaccionará ante ellos no necesariamente en forma refleja, tal y como sucede en el laboratorio, sino de acuerdo con la interpretación que él haga de la estimulación; en éste sentido, la respuesta será individual” (Reynoso y Seligson, 2006, pág. 28).

En términos generales, la reacción de estrés puede ser estudiada a corto o a largo plazo. A corto plazo, “se habla de la reacción de alarma caracterizada por la respuesta fisiológica ante el estímulo. Pero si se piensa en la reacción a largo plazo y el estresor se encuentra presente, es factible considerar la aparición de una fase de compensación donde aparentemente el individuo se encuentra en condiciones normales, hasta que el estrés se manifiesta a través

de un cuadro clínico, ya sea cardiovascular, digestivo, respiratorio, cutáneo, urinario, muscular o genital” (Reynoso y Seligson, 2006, pág. 28). La reacción de estrés, se acompaña de cambios tanto conductuales como cognitivos. Sin embargo, el problema de los complejos de estímulos y la interpretación que de éstos realice el individuo dependerá de la percepción que abrigue de ellos, del contexto, de su historia de respuestas, de la evaluación de la situación en tanto aversiva o placentera, y así por el estilo. En este punto, existe coincidencia en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) respecto de la importancia de la evaluación cognitiva y el afrontamiento, procesos que las personas utilizan para responder ante los retos que impone la vida cotidiana.

*En el concepto de estrés psicológico se pueden considerar tres elementos:*

Primero, el **estrés psicológico** es una relación particular entre el individuo y el entorno, el cual es percibido por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su propio bienestar.

Lazarus y Cohen (1977) y Caballo y Anguiano (2002) mencionan que existen tres tipos de acontecimientos que pueden funcionar como estresantes:

- Cambios mayores que afectan a un gran número de personas.
- Cambios mayores que afectan a una sola persona o a unas pocas.
- Contratiempos de la vida cotidiana.

Por otro lado, Beech (1982) menciona que:

En el estrés existen cambios conductuales y cognitivos; los primeros implican disminución del nivel de desempeño, evitación de situaciones estresantes, pasividad e inercia, mientras que los de tipo cognitivo se caracterizan por distorsión del pensamiento, disminución del funcionamiento intelectual, patrones de pensamiento ansiógeno, indecisión, improductividad, sentimientos de autocompasión y así por el estilo. Tales elementos entran en juego y determinan, entre otros problemas, la depresión, que puede ser el dato clave de un individuo estresado Hamberger, Lohr (1984). De aquí la importancia de los procesos cognitivos en el establecimiento y mantenimiento de la respuesta de estrés y la depresión como elemento concomitante, desencadenador o consecuencia (Reynoso y Seligson, pág. 28).

Es importante señalar que no se considera al estrés como algo intrínsecamente desadaptativo y perjudicial. El estrés mayor –o crisis- algunas veces hace que el individuo desarrolle recursos adaptativos que nunca tuvo. De la misma manera, las personas que en su infancia son protegidas de determinadas situaciones tienen mayor probabilidad de ser posteriormente altamente vulnerables al estrés, puesto que no han tenido la oportunidad de aprender las estrategias necesarias para afrontar la vida diaria (cf. Murphy y Moriarty, 1976). Sabemos también que la vida sin estrés resultaría aburrida, lo que acarrearía determinadas consecuencias somáticas (cf. Frankenhaeuser, 1976). Por lo tanto, “la cuestión no es que el estrés sea bueno o malo, sino más bien, en qué cantidad, de qué clase, en qué momento de la vida y bajo qué circunstancias sociales y personales resulta perjudicial o beneficioso” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 204).

Lazarus y Folkman, en 1986, hablan de:

Un modelo transaccional del estrés en el cual se considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca. Transacción implica la creación de un nuevo nivel de abstracción en el que los elementos separados, individuo y entorno, se unen para formar un solo significado de relación. Nuestro planteamiento del estrés psicológico insiste sobre la evaluación cognitiva, la cual se centra en la evaluación de daño, amenaza y desafío. Una evaluación no hace referencia solamente al entorno o al individuo, sino a la interacción de ambos en una transacción determinada (pág. 313).

Segundo, la **evaluación cognitiva**, como aquel proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante.

La reacción a las demandas o a la hostilidad del entorno se encuentra mediada por procesos cognitivos. Esto supone que “los estímulos internos interactúan con el entorno real y generan las evaluaciones cognitivas. La misma refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características –valores, compromisos, creencias, estilos de pensamiento y de percepción- y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse” (Reynoso y Seligson, 2006, pág. 28).

La evaluación determina la emoción, cuya respuesta puede ser inmediata; además, tal respuesta emocional genera nuevas evaluaciones. El instante inicial de miedo experimentado al oír una señal de alarma dispara toda una cadena de actividad cognitiva, parte de la cual se prolonga en el tiempo y en la que se incluyen pensamientos complejos, acciones y reacciones que propiciarán respuestas adaptativas sucesivas. Así, la evaluación cognitiva es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.

Reynoso y Seligson (2006) señalan que debe distinguirse además entre “la evaluación primaria –en donde la preocupación es conocer con rapidez si la situación es amenazante o puede perjudicar al individuo- y la secundaria –que se presenta más adelante- y en la cual la preocupación se centra en saber si se cuentan con los recursos para enfrentar la situación. Estos tipos de evaluación no pueden ser considerados como procesos distintos ya que, aunque derivan de distintas fuentes dentro del mismo proceso de estrés y afrontamiento, son interdependientes y es muy probable que uno influya sobre el otro” (pág. 29).

La evaluación que realizan las personas respecto del entorno se encuentra influida por sus compromisos y creencias. Los compromisos son aquellos enunciados que el individuo elabora con base en sus metas y expresan aquello que le es significativo, deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y conseguir determinados objetivos, es por eso que acercan o alejan al individuo de las distintas situaciones, pueden amenazarlo o desafiarlo, beneficiarlo o perjudicarlo. Cuanto mayor sea el compromiso, mayor será la vulnerabilidad de la persona al estrés psicológico.

Las creencias, por otra parte, son configuraciones cognitivas formadas de manera individual o compartida culturalmente. Cuando la persona evalúa, las creencias determinan la realidad de “cómo son las cosas” en el entorno y modelan el entendimiento de su significado.

Por otro lado, el concepto de vulnerabilidad se halla estrechamente relacionado con el de evaluación cognitiva. Con frecuencia, “la vulnerabilidad se considera en términos de recursos de afrontamiento; una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes. Sin

embargo, la vulnerabilidad psicológica viene determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 78).

Por último, el **afrontamiento** es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales evalúa como estresantes, y las emociones que ello genera.

Por afrontamiento se entiende a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Representa un conjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen las conductas cotidianas. El afrontamiento se refiere a los esfuerzos que el individuo se ve precisado a hacer para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. El mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla y se le considera como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas (Reynoso y Seligson, 2006, pág. 30).

Las estrategias de afrontamiento que se utilizan para atenuar las dificultades o para minimizarlas, aceptarlas o ignorarlas, son tan importantes como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno, de modo que el afrontamiento presenta las siguientes características:

- a) se refiere a observaciones y valoraciones de lo que el individuo realmente piensa o hace;
- b) es lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico;
- c) significa hablar de cambios en pensamientos y actos a medida que el proceso se desarrolla;
- d) es cambiante en el tiempo;
- e) se haya influido por las reevaluaciones cognitivas.

Por otro lado, el afrontamiento se puede dirigir hacia el problema o bien hacia la emoción que lo causa.

El **afrontamiento dirigido a la emoción** consiste en procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como:

- Evitación
- Minimización
- Distanciamiento
- Atención Selectiva
- Comparaciones positivas
- Extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos

Generalmente se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, además de que nos permitiría negar tanto el hecho como su implicación, no tener que aceptar lo peor y actuar como si lo ocurrido no nos importara (Reynoso y Seligman, 2006, pág. 30-31).

*Las estrategias dirigidas a la emoción son:*

- **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- **Escape-evitación:** empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
- **Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional”.

Por otra parte, el **afrontamiento dirigido al problema** es un conjunto de estrategias dirigidas a la definición del mismo, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de alternativas con base en el costo/beneficio y

a la elección y aplicación de la/s estrategia/s. Esto supone buscar estrategias tanto para el ambiente como para la persona (Reynoso y Seligman, 2006, pág. 31).

*Las estrategias centradas en la solución del problema son:*

- **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.
- **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

### 8.6. El afrontamiento y los recursos externos e internos del individuo

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

El estrés, el afrontamiento y sus resultados adaptativos deben ser considerados en el contexto de las relaciones del individuo con la sociedad. El estrés se origina como consecuencia de discrepancias entre el individuo y las identidades sociales.

El sistema social “origina demandas y recursos para el individuo. Las demandas sociales, o expectativas normalizadoras sobre la conducta, pueden influir sobre los pensamientos, sentimientos y actos de un individuo, pero no son necesariamente fuente de estrés, sino que éste aparece sólo cuando tales demandas crean conflicto, son ambiguas o constituyen una sobrecarga” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 279).

El apoyo social percibido se refiere a la evaluación subjetiva de la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales. Se han reconocido varios tipos de apoyo social: emocional, tangible e informacional.

También resulta útil considerar el apoyo social como “un recurso que el individuo debe cultivar y utilizar, y como algo que entra en el marco del afrontamiento. La suposición de base es que las personas conseguirían mejores resultados adaptativos si recibieran o creyeran que iban a recibir apoyo social cada vez que lo necesitaran” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 280).

Los recursos económicos “aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo. Simplemente el hecho de tener dinero, incluso aunque no se use, puede reducir la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilitar el afrontamiento efectivo” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 187).

Es necesario señalar que conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. La relación entre recursos y afrontamiento está mediada por las interacciones personales y ambientales, y por el grado de amenaza percibida. Además, los recursos de afrontamiento no mantienen una constancia a través del tiempo; tienen capacidad para expandirse y contraerse. La presencia de un recurso en un momento no significa que será útil en otro contexto.

Sin embargo, el afrontamiento puede examinarse bajo tres enfoques, de acuerdo con el nivel al que se presenta:

**a)** Biológico, revisando las defensas corporales utilizadas para contrarrestar los agentes nocivos.

**b)** Según los procesos psicológicos utilizados por el individuo para enfrentar los encuentros amenazadores o desafiantes.

c) Social, para revisar las formas institucionalizadas de afrontamiento que buscan proteger tanto a la sociedad como al individuo.

*Por otro lado, el afrontamiento considera tres elementos fundamentales:*

- Lo que el individuo hace realmente.
- Un contexto determinado.
- Cómo cambia la conducta a medida que se desarrolla la interacción estresante o se pasa de una situación a otra.

El afrontamiento es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas. La cuestión no es que la resolución de problemas no sea algo deseable, sino que en la vida, no todas las fuentes de estrés son susceptibles de ser dominadas o de ser encajables en un modelo plausible. Ejemplo de ello los encontramos en los desastres naturales, en las pérdidas inevitables, o en la enfermedad (entre otros) como es el tema de mi investigación. Insistir en la resolución del problema y en el dominio de la situación, resta valor a otras funciones de afrontamiento relacionadas con el dominio de las emociones y con el mantenimiento de la propia estima y de una imagen positiva, especialmente en situaciones irremediables. Los procesos de afrontamiento que se utilizan para soportar tales dificultades, o para minimizarlas, aceptarlas o ignorarlas, son tan importantes en el arsenal adaptativo del individuo como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno.

La calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida. Actualmente “muchos epidemiólogos sociales (p. e., Antonovsky 1979; Cassel, 1976; Syme, en preparación) exponen la idea de que las experiencias estresantes actúan aumentando la susceptibilidad general del individuo a la enfermedad” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 230).

Shontz (1975) ha propuesto la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procederá de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le informan de su estado. Para Shontz, la primera etapa es la de *shock*, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por

un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de *encuentro*, un periodo extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido de una tercera fase, la de *retirada*, que parece corresponder a la negación. Sin embargo, en el planteamiento de Shontz, la etapa de retirada va siendo poco a poco abandonada en favor de una creciente *comprobación de la realidad*. El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 167-168).

La negación o la evitación en el contexto de la enfermedad no se considera efectivo ya que el individuo “deja de desarrollar una afrontamiento apropiado centrado en el problema, como por ejemplo buscar la atención medica o seguir un determinado régimen medico, que podría disminuir el peligro o el daño real provocado por la enfermedad” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 158). El mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla.

Mendelsohn observó también grandes variaciones individuales tanto en la forma de evaluar la importancia de la enfermedad como la forma de afrontarla. “Cada paciente, dice Mendelsohn, afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única” (pág. 67), y “para entender la importancia personal de la enfermedad es preciso situarla en el contexto de la biografía del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 169).

Finalmente, es importante destacar que las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas ante las demandas externas o internas son aprendidas a través de la experiencia, y con el tiempo se vuelven modos de afrontamientos automáticos.

### 8.7. ¿Cuáles son los mecanismos por los que el afrontamiento puede afectar de forma adversa la salud del organismo?

*Primero, el afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés:*

- Dejando de prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales: la falta de prevención o mitigación de las condiciones ambientales perjudiciales, hace referencia a la insuficiencia del afrontamiento dirigido al problema. Tales fracasos pueden deberse a la dificultad presentada por el entorno y/o a un déficit en los recursos de afrontamiento de este tipo. Independientemente del motivo, los fracasos en el afrontamiento pueden incluso aumentar el potencial patógeno de la situación, exacerbando por consiguiente las reacciones neuroquímicas al estrés.
- Dejando de regular la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables: la falta de regulación de la perturbación emocional que aparece frente a los daños o amenazas incontrolables, hace referencia al afrontamiento dirigido a la emoción. Las posibilidades de fracaso incluyen aquí la ineficacia de estrategias como el distanciamiento o la desvinculación que tienen como objetivo reducir la respuesta o bien implican la utilización de otras estrategias como el autorreproche que mantienen la respuesta e incluso la aumentan.
- Expresando una serie de valores, un estilo de vida y/o un estilo de afrontamiento que es en sí mismo perjudicial (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 237).

*Segundo, el afrontamiento puede afectar la salud de forma negativa, aumentando “el riesgo de mortalidad y morbilidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como son el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando abocan al individuo a actividades que significan un riesgo importante para su vida” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 238).*

*Tercero, las formas de afrontamiento dirigido a la emoción “pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Este aspecto fue discutido desde el punto de vista de la negación o de la evitación, conductas que pueden lograr disminuir el grado de trastorno emocional pero que también pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción correcta” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 239).*

Las estrategias de afrontamiento no son esencialmente buenas o malas; una estrategia que resulte efectiva en una situación puede no serlo en otra y viceversa. La efectividad de una estrategia depende del grado en que resulte apropiada a las demandas internas y/o externas de la situación. Lo mismo cabe aplicar a la evaluación. Las evaluaciones de amenaza, de daño/pérdida o de desafío, o las evaluaciones irrelevantes o benignas, no son apropiadas o inapropiadas o efectivas o inefectivas en sí mismas sino que tales características dependen de la situación en cuestión y cualquier juicio que se haga al respecto ha de tener en cuenta el contexto en el que se desarrolla.

### 8.8. Indefensión Aprendida

Seligman definió el concepto de Indefensión Aprendida como aquel comportamiento que surge cuando una persona es incapaz de reaccionar frente a situaciones dolorosas. Éste concepto fue descubierto en 1965 mientras estudiaba el comportamiento de los perros. El experimento consistía en utilizar dos perros dentro de una jaula, a quienes les daba descargas eléctricas sin motivo aparente. Uno de ellos, tenía la posibilidad de cortar la corriente con un golpe de hocico, pero el otro no. El primer perro, se mantuvo alerta y cortaba la energía, mientras que el segundo vivió asustado, nervioso y cayó en una

depresión. Su actitud fue de completa indefensión, aun cuando cambiaron las condiciones y ya tenía la posibilidad de cortar la corriente, no lo hizo.

Las pruebas experimentales muestran que “cuando un organismo ha experimentado una situación traumática que no ha podido controlar, su motivación para responder a posteriores situaciones traumáticas disminuye. Es más, aunque responda y la respuesta logre liberarlo de la situación, le resulta difícil aprender, percibir y creer que aquella ha sido eficaz. Por último, su equilibrio emocional queda perturbado, y varios índices denotan la presencia de un estado de depresión y ansiedad” (Seligman, 1981, pág. 43).

Lo que se aprende cuando el entorno es incontrolable “tiene profundas consecuencias para el repertorio total de comportamientos” (Seligman, 1981, pág. 55). Esto se relaciona puntualmente con la vivencia de enfermedad que experimenta cada paciente, donde sus respuestas a ésta situación van cambiando según el tipo de afrontamiento, y en muchos casos esas respuestas generan trastornos psicológicos como la depresión o trastornos de ansiedad debido a que el sujeto no reacciona eficazmente y, ante esto, la vivencia de la enfermedad es mucho más compleja.

Por otro lado, la indefensión aprendida “produce una disposición cognitiva negativa, según la cual el individuo cree que el éxito y el fracaso son independientes de sus acciones organizadas y, consecuentemente, tiene dificultades para aprender que las respuestas son eficaces” (Seligman, 1981, pág. 64). La expectativa de que un determinado resultado es independiente de las propias respuestas “reduce la motivación para controlar ese resultado; interfiere el aprender que las respuestas controlan el resultado; y si el resultado es traumático produce miedo durante el tiempo que el sujeto no esté seguro de la controlabilidad del resultado, y luego, depresión” (Seligman, 1981, pág. 88).

### 8.8.1. La depresión y la indefensión aprendida:

La exposición forzada al hecho de que las respuestas producen reforzamiento es la forma más efectiva de romper la indefensión aprendida. La indefensión se disipa también con el tiempo. La meta central de una terapia con éxito debería ser “el hacer que el paciente llegue a creer que sus respuestas producen la gratificación que desea; que es, en pocas palabras, un ser humano eficaz” (Seligman, 1981, pág. 145).

En relación a la depresión, Aaron. T. Beck (1970, 1971) sostiene que “la principal tarea del terapeuta, desde la terapia cognitiva, es cambiar las expectativas negativas del paciente deprimido por otras más optimistas, de forma que el paciente llegue a confiar en que sus respuestas producirán los resultados deseados” (Seligman, 1981, pág. 146).

El siguiente cuadro permite observar y deslindar cómo un estado de indefensión puede ocasionar un estado de depresión, cuáles son sus causas y, finalmente, su modo de tratamiento.

	<b>Indefensión aprendida</b>	<b>Depresión</b>
<b>Síntomas</b>	Pasividad	Pasividad
	Dificultad para aprender que las respuestas producen alivio.	Disposición cognitiva negativa.
	Se disipa con el tiempo.	Curso temporal.
	Falta de agresión.	Hostilidad introyectada.
	Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficits sociales y sexuales.	Pérdida de peso, pérdida de apetito, déficits sociales y sexuales.
	Ulceras y tensión.	Ulceras y tensión.
		Sentimientos de indefensión.
<b>Causa</b>	Aprendizaje de que respuestas y reforzamiento son independientes.	Creencia en la inutilidad de la respuesta.
<b>Curación</b>	<u>Terapia directiva:</u> exposición forzada a respuestas que producen reforzamiento.	Recuperación de la creencia de que responder produce reforzamiento.



## Capítulo 3

*9. Aportes desde el  
rol del psicólogo*

### 9.1. La psicoeducación como herramienta fundamental

Es fundamental que el psicólogo recurra a la psicoeducación cuando los pacientes son informados acerca de un diagnóstico médico. Muchas veces, la terminología médica no permite que los pacientes entiendan de qué trata su enfermedad, ni cómo será el curso de la misma.

La psicoeducación permite lograr que el sujeto entienda a qué nueva realidad debe adecuarse, que comúnmente se percibe como negativa, y además lograr una mejora si se adhiere a un tratamiento pertinente. También es importante hablar con el grupo familiar del paciente, contarles su diagnóstico y sacar cualquier duda que tengan sobre ello. El apoyo familiar y social es imprescindible durante el transcurso de una enfermedad médica.

La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desordenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, “se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, entre mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición” (Rascón Gasca, Hernández Durán, Casanova Rodas, Alcántara Chabelas, Sampedro Santos, 2013, pág. 82).

## 9.2. Los efectos secundarios de la hospitalización y el Rol del Psicólogo

Los hospitales son instituciones para el cuidado de la salud dentro de los sistemas sanitarios. Constituyen escenarios de interacción en los que se representan las relaciones interpersonales a través de las cuales se desarrolla la atención a la salud.

Aunque es difícil separar el estar hospitalizado de la causa por la que se ingresa, podemos entender que “el primer efecto colateral no deseado de la hospitalización es el padecimiento de estrés. Y la respuesta más frecuente es la de ansiedad, seguida de depresión e irritabilidad en etapas posteriores” (Remor, Arranzs, Ulla S, 2003, pág. 40). Sin embargo, el estrés es el resultante de una apreciación cognitiva que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos y capacidades y las demandas de la situación (Lazarus y Folkman, 1986). Así, el potencial iatrogénico del hospital se transformará en demandas estresantes cuando el individuo las perciba como tales, a partir de la evaluación de sus procesos cognitivos, y cuando interprete además que le faltan recursos para hacerles frente.

Por otro lado, el medio hospitalario favorece el diseño de un rol de enfermo más dependiente, menos informado, menos autónomo y más vulnerable. Y los profesionales, aun existiendo importantes diferencias individuales, aprenden y configuran sus roles en ese marco profesional.

La forma de desempeñar el “*Rol de Enfermo Hospitalizado*” varía de un individuo a otro. Hay personas que en el hospital obedecen las instrucciones, no hacen preguntas ni otro tipo de demandas y no se quejan. Mientras que otros individuos preguntan, demandan atención, se quejan, argumentan o protestan. Sin embargo, existe mayor probabilidad de desempeñar un rol más pasivo.

Hoy en día se propugna un modelo que “enfatisa el papel del enfermo en el proceso de tratamiento ya que se convierte en un paciente activo y colaborador en el establecimiento de metas terapéuticas y donde el profesional asume el

papel de educador, y facilita la adaptación a las circunstancias adversas que es preciso manejar” (Remor, Arranzs, Ulla S, 2003, pág. 123).

Es en este contexto donde se enmarca el papel del psicólogo hospitalario, que puede actuar de educador y que, a su vez, requiere también de una formación específica para manejar las diversas situaciones a las que tiene que hacer frente. Su labor, por tanto, es doble: “por un lado trabaja con el enfermo en la búsqueda de la meta común de todos los profesionales sanitarios y por otro, es un técnico que puede apoyar y beneficiar a otros profesionales que requieren de su ayuda” (Remor, Arranzs, Ulla S, 2003, pág. 124). La labor del psicólogo no es una labor aislada desde su marco de referencia, tiene que trabajar de modo interdisciplinar con el resto de profesionales pero aportando sus conocimientos respecto de la patología que se trate.

La actuación del psicólogo en el hospital debe realizarse desde la perspectiva del nuevo concepto integral de salud, en el que se han de atender, al mismo tiempo, y con la misma intensidad, tanto los aspectos bioquímicos y fisiológicos, como los psicológicos y sociales y los factores ambientales y relacionales, que colaboran en el mantenimiento del mejor nivel posible de calidad de vida del paciente durante todo el proceso de enfermedad, tratamiento y recuperación de su salud. Si no se adopta la perspectiva de este modelo de salud es difícil hablar de una intervención psicológica en el hospital, que no sea la clásica actuación del psicólogo clínico en el servicio de psiquiatría de un hospital general, cuando lo haya, para asistencia de los enfermos mentales (Remor, Arranzs, Ulla S, 2003, pág. 848).

Finalmente, es preciso señalar y tener en cuenta que el objetivo fundamental de la asistencia psicosocial es conseguir el nivel máximo de bienestar, de calidad de vida, del paciente. Para conseguir ese objetivo es importante incorporar, en la medida de lo posible, a la familia. Para ello debemos abandonar la perspectiva de consejo psicosocial centrado en el individuo, para considerar como objeto de nuestra intervención al paciente incorporado a su sistema social de referencia (familiares, parientes, amigos y personas significativas).

### 9.3. Posibles intervenciones ante pacientes con enfermedades médicas

El marco teórico cognitivo-conductual explicita el papel que tienen los factores psicológicos en el curso y tratamiento de las enfermedades físicas basándose en la combinación de dos modelos: (1) el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad (Ribes, 1990) y (2) el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad (R.Lazarus, 1996; 1986).

Desde el punto de vista cognitivo, la respuesta de estrés de las personas (incluida la enfermedad como estresor) va a depender de dos procesos cognitivos: la evaluación primaria ("¿Qué significa esto para mí?") y la evaluación secundaria ("¿Me veo capaz de hacer algo eficaz con esta situación?"). "La enfermedad, su curso, recuperación, recidiva, etc., no van a depender solo de las causas biológicas implicadas; también lo que significa para el sujeto (amenaza, pérdida, signo de injusticia, etc.), y lo que hace con ella (seguimiento de las prescripciones)" (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 43).

El psicólogo clínico suele ser requerido por el médico, el cirujano o los familiares del paciente (interconsulta) con más frecuencia por dos posibles motivos:

1º-El paciente no sigue adecuadamente las prescripciones o se niega a la intervención quirúrgica o médica.

2º-El paciente presenta una reacción emocional desproporcionada y adversa ante su enfermedad o intervención quirúrgica que dificulta su evolución.

Es importante que el psicólogo ponga su atención en algunos de éstos factores durante la evaluación:

## **A- Evaluar el significado subjetivo de la enfermedad**

Los significados en torno a la enfermedad se suelen distribuir en dos aspectos conectados entre sí: el concepto que tiene el paciente sobre la enfermedad y el significado que le otorga en cuanto a las repercusiones personales que le conlleva esta situación.

En cuanto al concepto o modelo de enfermedad del propio paciente es importante recabar del paciente sus (1) preocupaciones en torno a la enfermedad que padece. También es relevante conocer (2) el modelo causal (atribuciones) del propio paciente, sus ideas de que le ha llevado a tal estado. En este último aspecto podrían aparecer ideas irracionales de culpa o merecimiento como castigo divino, del destino, etc. y otras actitudes derrotistas. Otro aspecto relevante es conocer si el paciente (3) sobreestima el órgano afectado, es decir puede exagerar la implicación o amenaza de la afectación. En este aspecto puede ser útil pedir al paciente que dibuje el cuerpo humano, incluyendo el órgano afectado por la enfermedad (Bellack y Siegel, 1986). A través de los dibujos el paciente puede revelar sus temores y distorsiones sobre su enfermedad. Respecto al significado que el paciente otorga a las repercusiones que puede tener la enfermedad para su propia autoestima y curso vital es importante determinar las siguientes áreas: (4) como cree el paciente que la enfermedad va a afectar a su imagen corporal y estima personal (perdida de vigor físico, de atractivo sexual, etc.), (5) las consecuencias y repercusiones sobre su actividad y proyectos personales, (6) la presencia de actitudes amenazantes o paranoides y (7) pedir al paciente que comparta con nosotros sus fantasías o imágenes (incluido su actividad onírica) sobre su enfermedad, su evolución futura y los tratamientos previstos. Las fantasías pueden revelar aspectos de los temores ocultos y las estrategias o mecanismos defensivos para manejarlos (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 44).

Es importante que el terapeuta pregunte (y oriente a los médicos y personal sanitario en ello) al paciente por sus preocupaciones sobre su enfermedad.

## **B- Evaluar el estado emocional del paciente**

Es importante conocer el estado mental del paciente cuando se realiza la interconsulta. La ansiedad y la depresión pueden estar presentes con frecuencia, dado que la enfermedad puede significar una amenaza o pérdida para el paciente.

Un aspecto importante es “conocer los miedos específicos del paciente sobre su enfermedad. El paciente puede presentar miedos a los tratamientos específicos (sí va a ser doloroso), a la muerte (en enfermedades terminales) y al mismo proceso de enfermedad en curso. El terapeuta animará al paciente a compartir con él estos temores de manera empática” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 44).

## **C- Evaluar el curso de la enfermedad**

El clínico que va a trabajar psicoterapéuticamente con un paciente afectado de una enfermedad física debe conocer el estado médico del paciente, el tipo de intervención prevista o en curso y los principales elementos de la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Para ello debe informarse del médico o cirujano. “Este aspecto es importante de cara a informar al paciente de la manera más realista posible de su enfermedad, las posibilidades futuras, o las alternativas de afrontamiento (incluida la situación de enfermedad terminal)” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 44).

## **D- Evaluar la red de apoyo familiar y sanitaria del paciente**

Los familiares y el personal sanitario que está en contacto con el paciente juegan un papel importante sobre el estado emocional de paciente y su conducta ante la enfermedad. Pueden estimular al paciente a afrontar su situación de una manera más o menos adaptativa.

Otros aspectos importantes son “el grado y tipo de comunicación y mensajes que la familia y el personal sanitario transmiten al paciente sobre su enfermedad o cirugía, y como los percibe y evalúa el propio paciente (“Que le dicen de su enfermedad, que actividades comparten con él, que significa esto para el paciente”)” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 44).

#### **E- Evaluar las estrategias de afrontamiento del paciente y el cambio de actividad**

El tipo de conducta de afrontamiento (ataque, huida o pasividad) es importante tanto para manejar las demandas de la situación (la enfermedad como situación) como para manejar el estado emocional del sujeto.

Otro aspecto conductual relevante es “conocer el número y tipo de actividades agradables o reforzantes que lleva a cabo el sujeto, y como se han visto alterada por el curso de la enfermedad. El nivel de actividad reforzante suele ser correlacional con el estado de ánimo y con el nivel de adaptación del sujeto a su situación” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 45).

#### **F- Reestructurar los significados disfuncionales de la enfermedad**

El paciente afectado de una enfermedad puede tener una serie de actitudes o creencias disfuncionales, erróneas o irracionales sobre esta situación, resultantes de su ignorancia, prejuicios culturales o significados personales idiosincráticos.

El terapeuta puede modificar estos significados disfuncionales dando información realista al paciente sobre su enfermedad, su curso y los tratamientos disponibles. Puede también “animar al paciente a listar sus preocupaciones y abordarlas con el médico o cirujano, o buscar fuentes de información fiables (que pueden ser otros pacientes que están afrontando adecuadamente su situación). Los métodos de cuestionamiento y búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos (Beck y cols., 1979) y las

creencias irracionales (Ellis y Grieger, 1990) pueden ser también eficaces” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 45).

### **G- Disminuir el nivel de miedo e incrementar la esperanza razonable**

En principio es deseable respetar al paciente que usa sus propios recursos de afrontamiento a su enfermedad (incluido un cierto nivel de negación) sin intervenir directamente con este. Solo en los casos donde estos recursos se hayan visto sobrepasados por un nivel de ansiedad que interfiere con un afrontamiento adecuado o un seguimiento de las pautas adecuadas de tratamiento, puede estar legitimado el tratamiento.

El paciente puede tener un elevado nivel de ansiedad ante el futuro de su enfermedad. Por otro lado, la enfermedad que puede estar padeciendo el paciente puede tener un carácter extremadamente grave o terminal, y el terapeuta no debe de minimizar la ansiedad artificialmente otorgando vanas esperanzas o un falso optimismo. En estos casos es legítimo informar al paciente de los procedimientos médicos para reducir el dolor (analgésicos) y aliviar la ansiedad (psicofármacos), y dejar si es posible la elección al paciente sobre los mismos. El terapeuta debe estar también disponible para el paciente, intentando empatizar con su sufrimiento y ayudarle incluso en el proceso de duelo respecto a la propia vida del paciente si fuera necesario. Este último caso requiere un previo manejo del terapeuta sobre su ansiedad ante la muerte.

En casos de elevada ansiedad del paciente ante determinados tratamientos, “se puede entrenar al paciente en la inoculación al estrés, y si es posible simular el afrontamiento en el servicio médico. Otra opción es trabajar con grupos de pacientes que van a ser sometidos a una intervención similar y que presentan un elevado miedo. El trabajo en grupo con relajación, desensibilización, inoculación al estrés y exposición de temores y manejo alternativo puede ser una buena opción” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 45).

## **H- Intervenir para reducir el dolor y la ansiedad asociada**

Como ya ha sido apuntado, la reducción del dolor y la ansiedad mediante el uso de fármacos puede ser necesaria en el alivio del sufrimiento del paciente e incluso en la mejora del afrontamiento de la enfermedad.

Dado que el dolor y la ansiedad conllevan no solo aspectos sensoriales, sino también afectivos y cognitivos, suele ser necesario, más en procesos crónicos, intervenir mediante estrategias psicológicas. Aunque actualmente las unidades de manejo del dolor están basadas casi exclusivamente en el uso de procedimientos médicos (estimulación eléctrica, analgésicos y psicofármacos), los tratamientos cognitivos-conductuales en combinación con los médicos pueden aumentar la eficacia. “Las técnicas de relajación pueden disminuir la activación emocional asociada al dolor, las técnicas cognitivas-imaginativas pueden reducir, distraer, revalorar o transformar la atención al dolor hacia otras sensaciones, y la técnicas conductuales disminuir la inactividad y las restricciones del paciente ante la conducta de dolor” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 45).

## **I- Incrementar la red de apoyo del paciente y que incluya al personal sanitario**

El terapeuta debe orientar al paciente y a sus familiares en la necesidad de mantener un nivel adecuado de actividad social y comunicación. La familia debe de seguir atendiendo a las necesidades y proyectos de sus miembros, de modo que toda su actividad no se vea adsorbida exclusivamente por el enfermo.

El terapeuta debe también colaborar y contar con el personal sanitario. Este personal puede prestar un valioso apoyo emocional en los internamientos hospitalarios del paciente. El entrenamiento en comunicación, escucha empática y habilidades sociales puede formar parte de talleres de preparación

para el personal sanitario, mas en los casos de atención a enfermedades crónicas graves.

Paralelamente, el psicólogo que trabaje en la interconsulta colaborará con profesiones de distintas especialidades médicas, “familiarizándose con las dificultades médicas del paciente, atendiendo a las preocupaciones del especialista sobre el estado mental de los pacientes y presentándose como un colaborador auxiliar dedicado a los aspectos emocionales del paciente” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 46).

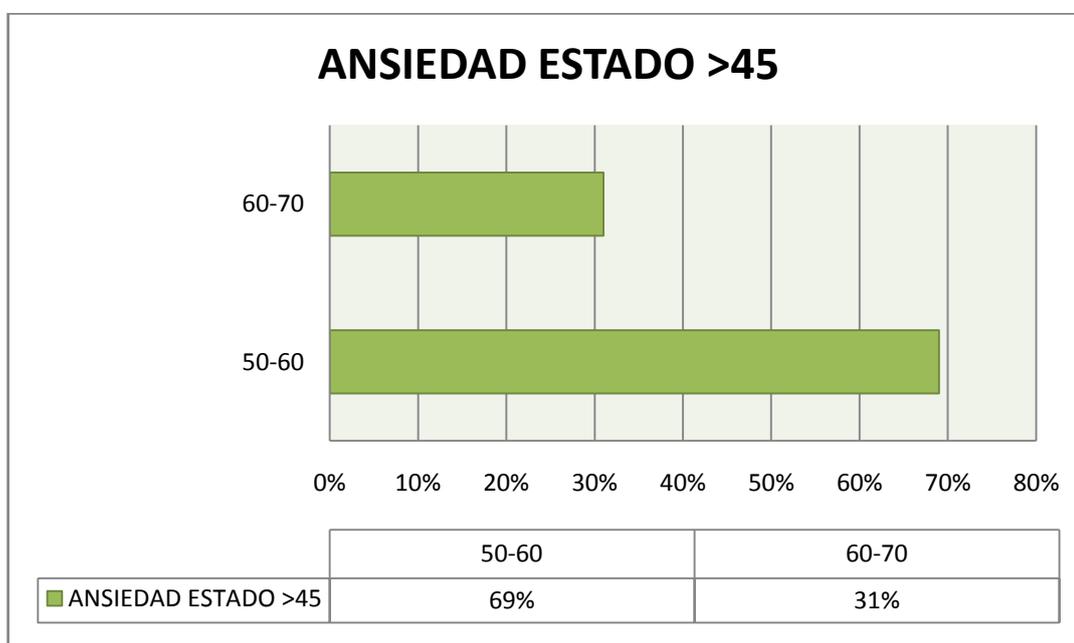
#### **J- Incrementar el nivel de actividad reforzante del paciente y su adhesión al tratamiento**

A menudo los pacientes no siguen las prescripciones médicas para su enfermedad, debido a su complejidad, el abandono de otras actividades más inmediatamente gratificantes (fumar o beber alcohol), problemas de recuerdo, falta de conciencia de enfermedad, negación o de mala relación con el profesional. El psicólogo puede abordar estos temas con el mismo paciente y con los profesionales que le atienden, “usando las técnicas de condicionamiento operante (refuerzo diferencial), el entrenamiento en comunicación y otras habilidades de afrontamiento de problemas. Las intervenciones cognitivas, junto a las conductuales, pueden ser necesarias para abordar las "razones y motivos subjetivos" del paciente para no seguir las prescripciones” (Ruiz, Imbernón, y Cano, 1999, pág. 46).

## 10. Resultados

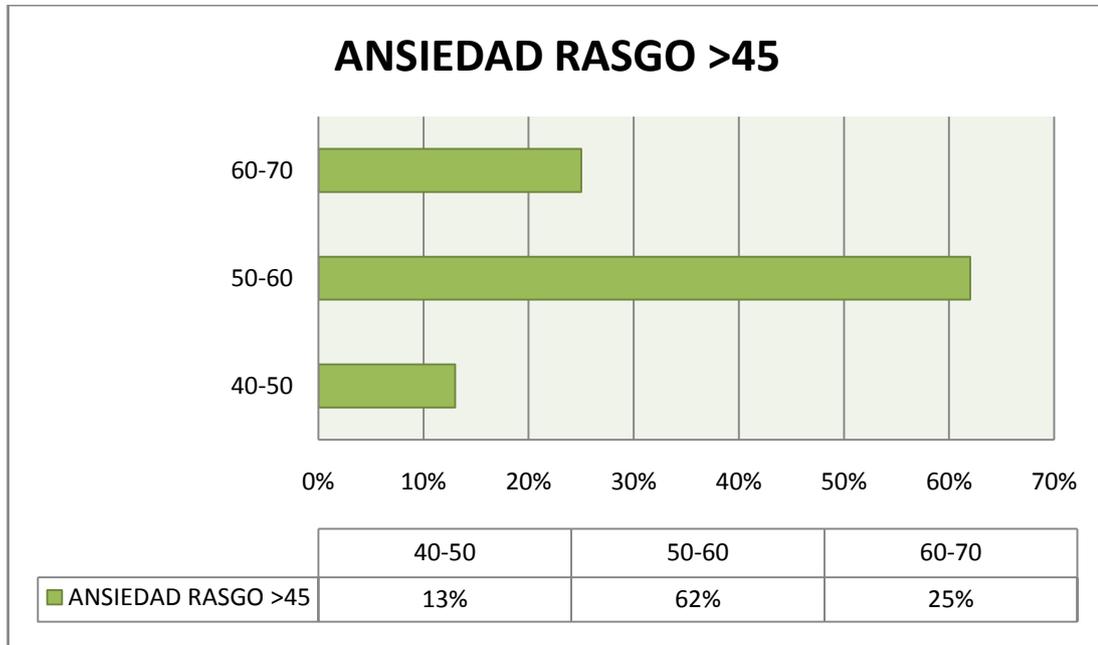
Los siguientes gráficos muestran cuales fueron los resultados obtenidos a partir de la aplicación de cinco cuestionarios.

### STAI X-1



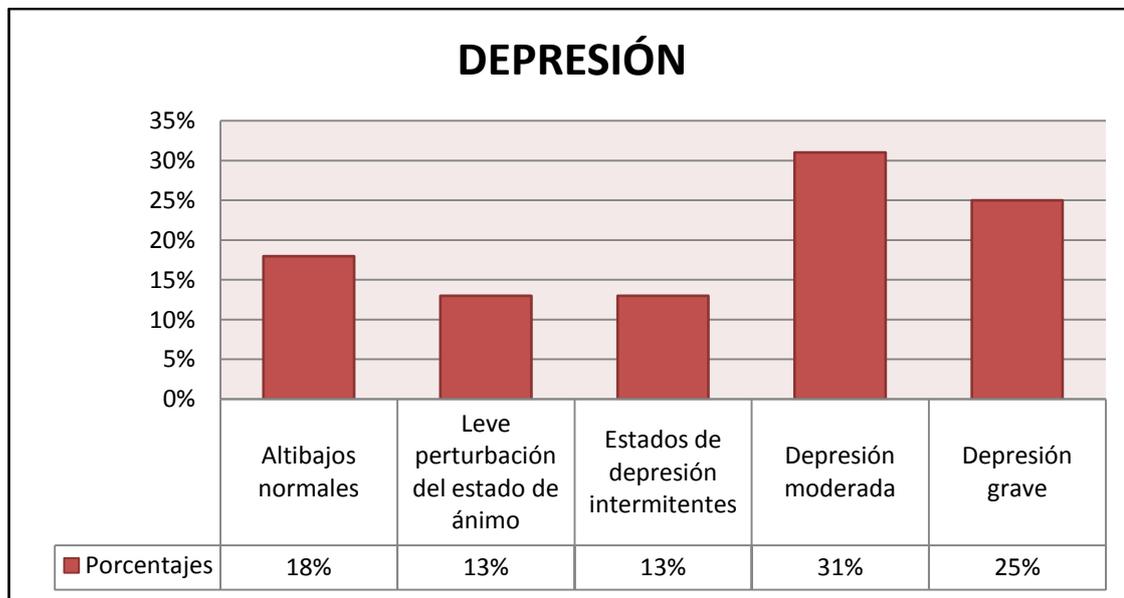
Se aplicó el STAI x-1 a dieciséis pacientes. Todos obtuvieron una puntuación por encima de 45 puntos, y demostraron tener un nivel elevado de ansiedad como estado, esto se refiere a un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. El 69% -11 sujetos- manifestaba tener una predominancia de ansiedad como estado, durante su internación, mientras que el 31% -5 sujetos- restante, obtuvo un puntaje por encima de 60 puntos y un menor grado de ansiedad como estado.

**STAI X-2:**



El STAI X-2 mostró que los resultados fueron variando aunque toda la muestra obtuvo puntuaciones por encima de 45 puntos, lo cual representa que la mayoría de los pacientes también presentaba un alto nivel de ansiedad como rasgo lo cual se refiere a una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El 62% -10 sujetos- de la muestra obtuvo puntuaciones entre 50 y 60 puntos y presentaba ansiedad como rasgo predominante, el 25% -4 sujetos- obtuvo un puntaje entre 60 y 70 puntos y el 13% -2 sujetos- obtuvo un puntaje entre 30 y 40 puntos.

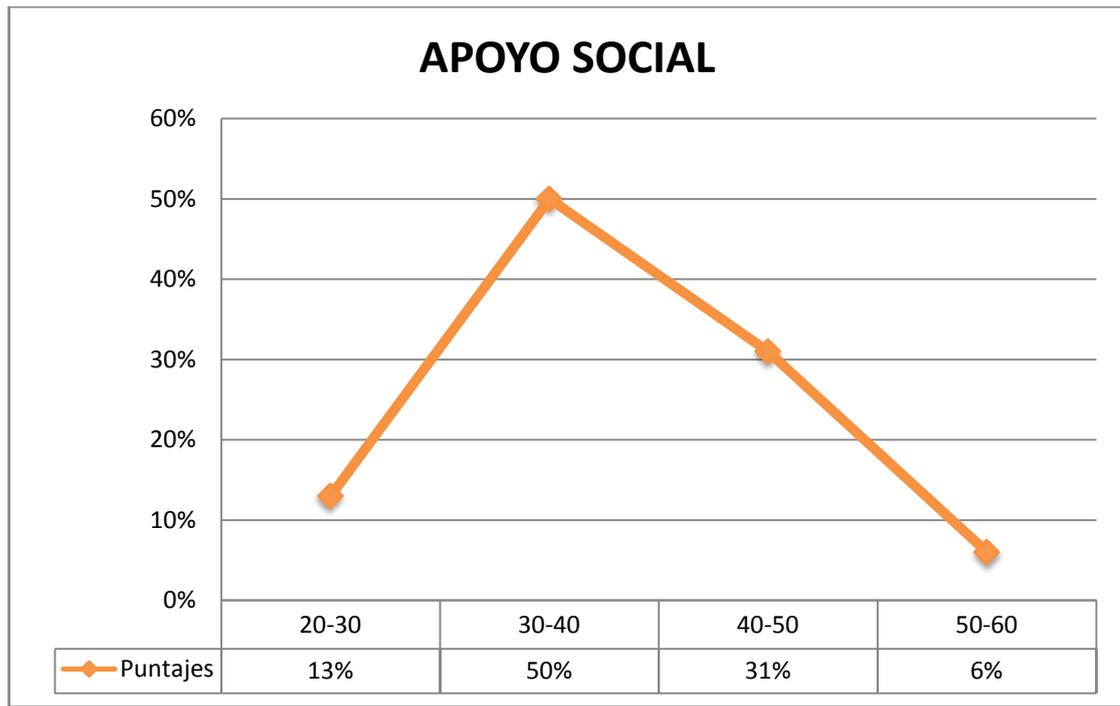
**Inventario de Depresión de Aron Beck:**



El BDI demostró que la mayoría de los pacientes, puntualmente el 31% -5 sujetos- de la muestra, presentaba una depresión moderada, el 25% -4 sujetos- una depresión grave, el 18% -3 sujetos- altibajos considerados normales, el 13% -2 sujetos- estados de depresión intermitentes, y otro 13% -2 sujetos- una leve perturbación del estado de ánimo que se sitúa entre la depresión leve y la mayor, y se presenta con los mismos síntomas: falta de interés en actividades placenteras, dificultad en completar tareas simples, puede tener un impacto negativo en las áreas profesionales, sociales y domésticas, puede resultar en que los sentimientos sean heridos fácilmente en las relaciones personales y que exista una preocupación innecesaria para el desempeño del trabajo.

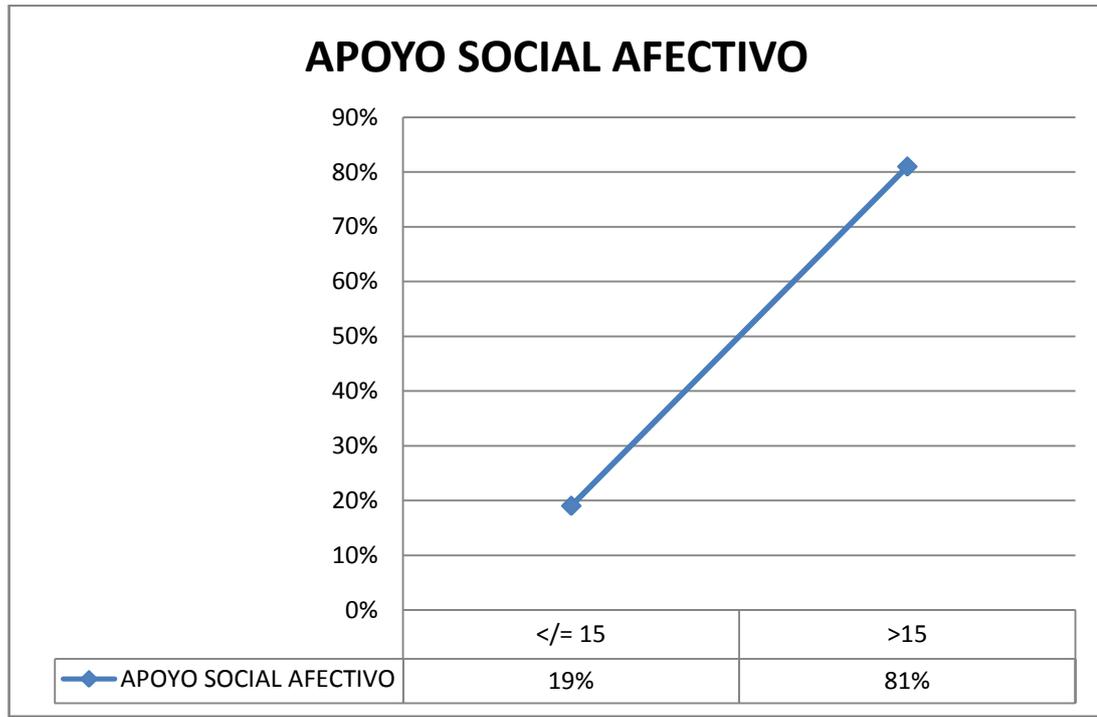
**Cuestionario Duke – UNC de Apoyo Social**

**Evaluación del apoyo social:**



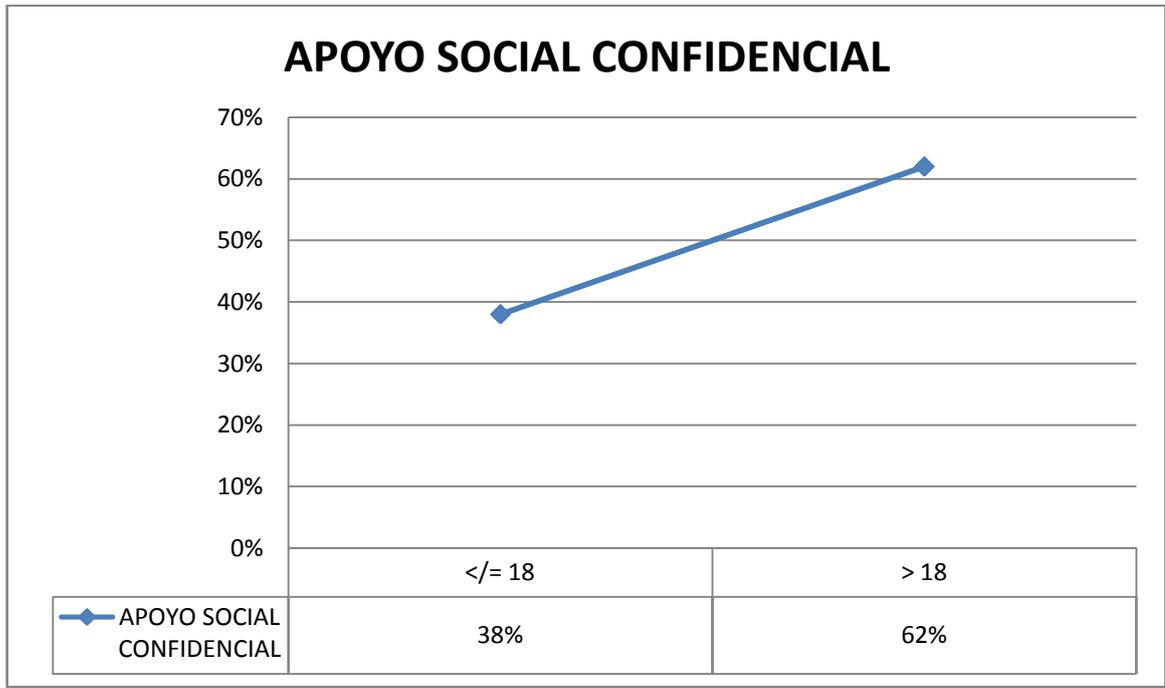
El cuestionario Duke – UNC de Apoyo Social demostró que el 50% -8 sujetos- de mi unidad de análisis percibe un adecuado apoyo social por parte de su entorno cercano, obteniendo puntuaciones entre 30 y 40 puntos. El 31% - 5 sujetos- obtuvo entre 40 y 50 puntos, el 13% -2 sujetos- estuvo entre los 20 y los 30 puntos, y sólo el 6% -1 sujetos- obtuvo entre 50 y 60 puntos.

**Evaluación del apoyo afectivo:**



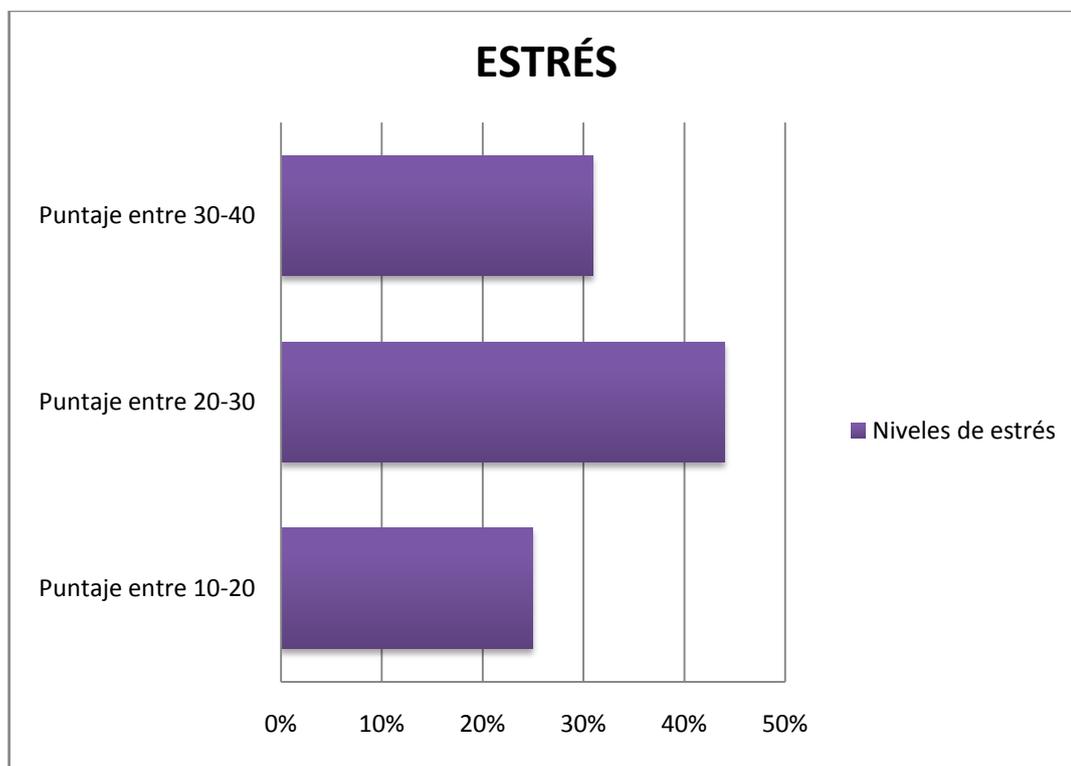
El 81% -13 sujetos- de la muestra obtuvo puntuaciones por encima de 15 puntos y demuestran que perciben un adecuado apoyo social afectivo referido a demostraciones de amor, cariño o empatía, así como la disponibilidad de personas para proporcionar esas expresiones de afecto por parte de su entorno cercano, mientras que el 19% -3 sujetos- obtuvo puntajes iguales o menores a 15 puntos y perciben un escaso apoyo social afectivo.

**Evaluación del apoyo confidencial:**



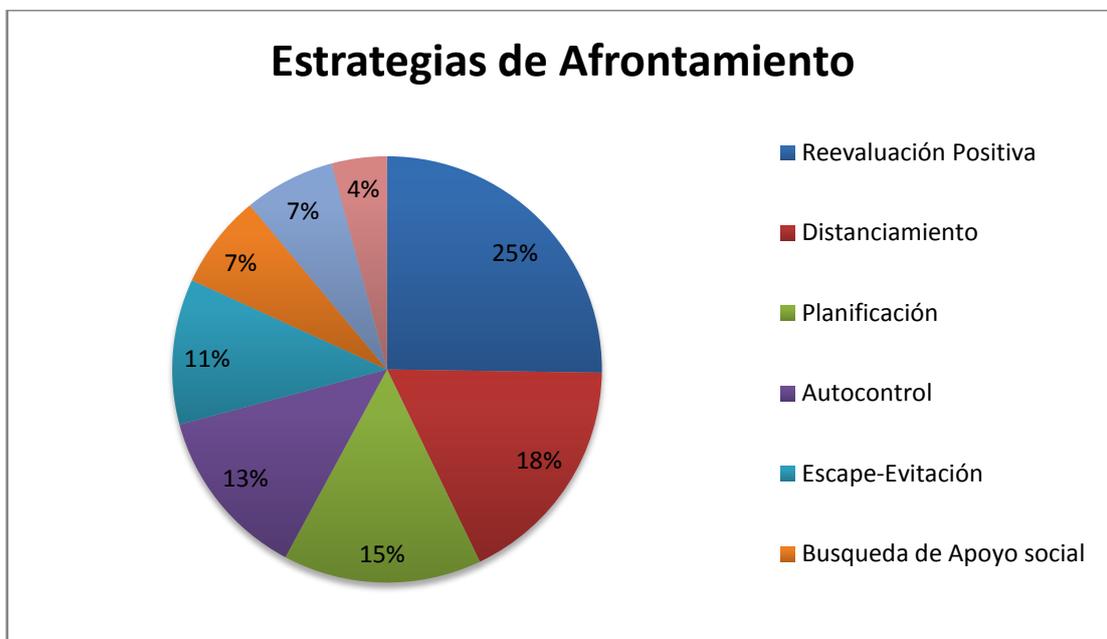
El 62% -10 sujetos- de la muestra consiguió puntajes por encima de los 18 puntos y evidenció que la mayoría de los pacientes perciben un adecuado nivel de apoyo confidencial en su vida relacionado con la posibilidad de contar con personas a las que se les puede comunicar problemas, hechos relevantes, situaciones conflictivas o problemas íntimos que requieran comprensión y ayuda. El 38% -6 sujetos- restante, obtuvo puntajes iguales o por debajo de los 18 puntos, y demostró que perciben un escaso nivel de apoyo social confidencial.

**Instrumento para evaluar estrés:**



El 44% -7 sujetos- de los pacientes, obtuvieron puntuaciones entre 20 y 30 puntos y demostraron que la mayoría estaba experimentando un elevado nivel de estrés. El 31% -5 sujetos- obtuvo puntajes entre 30 y 40 puntos, y el 25% -4 sujetos- restante, alcanzó puntajes entre 10 y 20 puntos.

**Modos de Afrontamiento –Versión Breve- de Lazarus y Folkman:**



Se puede apreciar que el 25% de la muestra ante una situación “X” utilizó la “reevaluación positiva” como estrategia de afrontamiento predominante, el 18% recurrió al “distanciamiento” como estrategia, el 15% utilizó la “planificación”, el 13% tomó el “autocontrol” como modo de afrontamiento, el 11% apeló al “escape-avoidance”, el 7% acudió a la “búsqueda de apoyo social”, otro 7% “aceptó su responsabilidad” ante la situación y finalmente, el 4% utilizó la “confrontación” como modo de afrontamiento. El cuestionario permite que a cada escala se le asigne un número que expresa en qué medida esa persona actuó como describe esa categoría. En mi muestra, la *reevaluación positiva* fue la estrategia de afrontamiento que en mayor medida se utilizó y se relaciona con percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante, mientras que la *confrontación* fue la estrategia que en menor medida se utilizó y tiene que ver con intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.



## Capitulo 4

### *11 . Conclusiones y sugerencias*

### 11.1. Conclusión

La enfermedad tiene un impacto estresante, produce un desequilibrio en la vida de la persona, cuya respuesta más habitual es tratar de conseguir restablecer el equilibrio perdido, adaptarse a la nueva situación. La salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida. La enfermedad no solo produce estrés en la persona que la padece, ocasionando síntomas de ansiedad y depresión cuando el afrontamiento es desadaptativo, sino que también tiene efectos estresantes en los familiares del enfermo y eso repercute en el apoyo social.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de afrontamiento de las personas ante la enfermedad. A partir de los resultados obtenidos, se observa que una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes es la *reevaluación positiva*, la cual permite modificar el significado de la situación estresante, en éste caso la enfermedad, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga, o haya tenido, y considerar el problema de forma relativa, como un estímulo para el desarrollo personal. Sin embargo, otra estrategia que más utilizaron los pacientes fue el *distanciamiento*, lo cual implica apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa para evitar que afecte emocionalmente, o recurrir a estrategias reductoras de tensión como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos. La estrategia menos utilizada fue la *confrontación* que se relaciona con intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

Respecto al segundo objetivo que trata de evaluar el mapa cognitivo de los pacientes ante el afrontamiento de la enfermedad, encontramos que los pacientes presentaban rasgos de ansiedad, depresión y estrés. Respecto a la ansiedad, hallamos que toda la muestra presentaba un alto grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Puntualmente, la mayoría de los pacientes demostró tener un nivel elevado de ansiedad como estado, esto se refiere a un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos,

conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, la mayoría de los pacientes también presentaba un alto nivel de ansiedad como rasgo lo cual se refiere a una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. También encontramos que gran parte de los pacientes presentaba predominantemente una depresión moderada la cual se sitúa entre la depresión leve y la mayor, y se presenta con los mismos síntomas: falta de interés en actividades placenteras, dificultad en completar tareas simples, puede tener un impacto negativo en las áreas profesionales, sociales y domésticas, puede resultar en que los sentimientos sean heridos fácilmente en las relaciones personales y en una preocupación innecesaria para el desempeño del trabajo. Finalmente, se pudo apreciar que la mayoría de los pacientes manifestaba un elevado nivel de estrés y esto repercutía en su internación.

El último objetivo planteaba identificar y analizar cómo el apoyo social puede repercutir en el modo de afrontar una enfermedad. Observamos que la mayor parte de los pacientes contaba con un adecuado apoyo social por parte de su entorno cercano, y a su vez, mostraron tener un alto nivel de apoyo social afectivo que tiene que ver con la demostración de cariño, amor y empatía a las personas más cercanas de su círculo social, y un apropiado apoyo social confidencial referido a la posibilidad de contar con personas para comunicar hechos relevantes, situaciones conflictivas o problemas íntimos que requieran comprensión y ayuda. Se considera que el apoyo social es un recurso que el individuo debe cultivar y utilizar y, además, como algo que entra en el marco del afrontamiento. La suposición de base es que las personas conseguirían mejores resultados adaptativos si recibieran o creyeran que iban a recibir apoyo social cada vez que lo necesitaran. La existencia de redes de apoyo social constituyen un importante recurso de afrontamiento, y su disponibilidad, recepción, y percepción se asocia con una mejor adaptación a la enfermedad crónica.

Retomando las preguntas que iniciaron ésta investigación acerca de: *¿cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes ante la enfermedad?; la presencia o ausencia de apoyo social, en estos pacientes,*

*¿modifica su manera de afrontar la enfermedad?*, concluimos que existen varias estrategias de afrontamiento que un sujeto puede utilizar en diversas situaciones y, en ésta investigación, la estrategia más utilizada fue la *reevaluación positiva*, mientras que el apoyo social percibido por parte de los pacientes fue elevado, lo cual sugiere que las personas con una percepción alta de apoyo social se muestran más eficaces obteniendo ayuda de los miembros de su red social cuando la necesitan y estructuran las situaciones de modo que se reduzca el estrés, lo cual reduce la sensación de malestar e invierte la posibilidad de que se cronifique una situación potencialmente patógena. Afrontar una enfermedad contando con un entorno social cercano que acompañe al paciente es altamente positivo, mientras que su ausencia produce efectos negativos en el afrontamiento.

La disminución de la autoestima, la aparición o el aumento de la ansiedad y la depresión, el aumento de la sensibilidad al rechazo, y la reducción de los intentos de implicarse en actividades usuales de la vida cotidiana, plantean problemas de afrontamiento importantes en el caso de las enfermedades crónicas. Es en este contexto donde se enmarca el papel del psicólogo hospitalario, que puede actuar de educador y que a su vez, requiere también de una formación específica para manejar las diversas situaciones a las que tiene que hacer frente. La actuación del psicólogo en el hospital debe realizarse desde la perspectiva del nuevo concepto integral de salud, en el que se han de atender, al mismo tiempo, y con la misma intensidad, tanto los aspectos bioquímicos y fisiológicos, como los psicológicos y sociales y los factores ambientales y relacionales, que colaboran en el mantenimiento del mejor nivel posible de calidad de vida del paciente durante todo el proceso de su enfermedad, tratamiento y recuperación de su salud.

Considero que en futuras investigaciones se podría evaluar el impacto que tiene en la calidad de vida, en referencia al nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos y efectos, y la relación entre el déficit en habilidades sociales y la enfermedad, a partir de allí se podría trabajar la resiliencia ya que son factores que afectan la adherencia al tratamiento.

Lo que entendemos por salud mental y salud física van acompañadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida. “Cada paciente, dice Mendelsohn, afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única” (pág. 67), y “para entender la importancia personal de la enfermedad es preciso situarla en el contexto de la biografía del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 169).

## **Referencias bibliográficas**

- Beck Aaron T., Rush John A., Shaw Brian F. y Emery Gary (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brower.
- Buela-Casal G., Caballo V.E y Sierra J.C. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo veintiuno editores.
- DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión V.
- Gaviria A., Quicenó M., Vinaccia S., Martínez L., Otalvaro M. (2009). “Estrategias de afrontamiento y ansiedad-Depresión en Pacientes diagnosticados con VIH/Sida”. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2009, Vol. 27, N° 1, 5-13. Medellín.
- Gómez-Rocha S., Galicia-Rodríguez L., Vargas-Daza E., Martínez-González L., Villarreal-Ríos E. (2010). “Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 48, núm. 5, pp. 539- 542. México.
- Gutiérrez De Vázquez M., Lemos V. (2016). “Estudio preliminar sobre estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en niños argentinos con diagnóstico de cáncer”. Argentina.
- Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C. y Lucio P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Infagon.
- Informe del Instituto Nacional de Salud (2015). *¿Qué es el cáncer?*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/cancer.html>
- Informe del Instituto Nacional de Salud (2015). *VIH y SIDA: El tratamiento funciona, pero la prevención es fundamental*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>

- Informe del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (2015). *Las infecciones: Neumonía*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/pneumonia.html>
- Informe del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (2015). *¿Qué es la anemia?* Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/anemia.html>
- Jorques Infante M. J. (2015). “Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama”. Valencia.
- Lazarus R. S., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marietán H., (2005). *Curso de semiología psiquiátrica*. 3º Ed. Buenos aires: Ananke.
- Pérez Gómez, Capítulo IV, *Métodos cualitativos e investigación interpretativa en el campo de la educación*.
- Rascón Gasca M. L., Hernández Durán V., Casanova Rodas L., Alcántara Chabelas H., Sampedro Santos A. (2013). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. Ed: Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, María Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Remor E., Arranz P., Ulla S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée de Brouwer
- Reynoso Erazo L. y Seligman Nisenbaum I. (2006). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*, México: El manual moderno.
- Rodríguez Gómez, Gregorio, Gil Flores, García Jiménez J. y E. (1999). *La observación en Metodología de la investigación educativa*, Málaga: Aljibe.
- Ruiz Sánchez J. J., Imbernón González J. J., Cano Sánchez J., (1999). *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. España: ESMD-ÚBEDA, 1ª Edición.

Seligman M. E. P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.

Simón M. A y otros. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Varas M. B., (2017). *Los aspectos psicológicos en la enfermedad crónica*. Argentina, La Rioja.

Vázquez C., Crespo M. y Ring J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-436). Barcelona: Masson.



# Anexos



# Cuestionarios

## **STAI X-1**

NOMBRE:..... FECHA:  
...../...../.....

### **INSTRUCCIONES:**

Usted va a leer algunas frases que las personas frecuentemente usan para describirse. Lea cada una de las frases y luego marque con un número que indica como **Usted se siente ahora, es decir en este momento.** No hay respuestas correctas o equivocadas. No emplee demasiado tiempo para responder a las preguntas y de la respuesta que le parezca describir mejor su **actual estado de ánimo.**

**ESCALA:    PARA NADA (1)    UN POCO (2)    BASTANTE (3)  
MUCHO (4)**

- 1- Me siento calmo.
- 2- Me siento seguro.
- 3- Estoy tenso.
- 4- Tengo nostalgia.
- 5- Me siento tranquilo.
- 6- Me siento alterado.
- 7- Estoy preocupado por lo que me pueda pasar.
- 8- Me siento descansado.
- 9- Me siento ansioso.
- 10- Me siento cómodo.
- 11- Me siento seguro de mí.
- 12- Me siento nervioso.
- 13- Estoy angustiado.

- 14- Me siento tenso.
- 15- Estoy relajado.
- 16- Me siento contento.
- 17- Estoy preocupado.
- 18- Me siento desequilibrado.
- 19- Me siento alegre.
- 20- Me siento bien.

## **STAI X-2**

NOMBRE:..... FECHA:  
...../...../.....

### **INSTRUCCIONES:**

Usted va leer aquí algunas frases que las personas frecuentemente usan para describirse. Lea cada una de las frases y luego marque con un número que indica como **Usted habitualmente se siente**. No hay respuestas correctas o equivocadas. No emplee demasiado tiempo para responder a las preguntas y dé la respuesta que le parezca describir mejor su **actual estado de ánimo**.

**ESCALA: CASI NUNCA (1) ALGUNAS VECES (2) FRECUENTEMENTE (3) CASI SIEMPRE (4)**

21- Me siento bien.

22- Me canso fácilmente.

23- Me siento como si tuviese ganas de llorar.

24- Quisiera poder ser feliz como parecen ser los otros.

25- Frecuentemente pierdo ocasiones porque no consigo decidirme rápidamente.

26- Me siento relajado.

27- Soy calmo, tranquilo dueño de mí.

28- Siento que las dificultades se acumulan al punto de no poder superarlas.

29- Me preocupo demasiado de cosas que en realidad no tienen importancia.

30- Soy feliz.

31- Tiendo a considerar difíciles las cosas.

32- Me falta fe en mí mismo.

33- Me siento seguro.

34- Busco evitar afrontar crisis o dificultades.

35- Me siento cansado y deprimido.

36- Estoy contento.

37- Pensamiento de poca importancia me pasan por la mente y me perturban.

38- Vivo las desilusiones con tanta participación de no poder sacármelo de la cabeza.

39- Soy una persona con constancia.

40- Me vuelvo tenso y perturbado cuando pienso en mí actuales preocupaciones.

## Inventario de Depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de releer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1)
  - No me siento triste
  - Me siento triste.
  - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
- 2)
  - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - Me siento desanimado respecto al futuro.
  - Siento que no tengo que esperar nada.
  - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
- 3)
  - No me siento fracasado.
  - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - Me siento una persona totalmente fracasada.
  
- 4)
  - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
- 5)
  - No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.
  
- 6)
  - No creo que esté siendo castigado.
  - Me siento como si fuese a ser castigado.
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.

- 7)
- No estoy decepcionado de mí mismo.
  - Estoy decepcionado de mí mismo.
  - Me da vergüenza de mí mismo.
  - Me detesto.
- 8)
- No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continuamente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - Desearía suicidarme.
  - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)
- No lloro más de lo que solía llorar.
  - Ahora lloro más que antes.
  - Lloro continuamente.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
  - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - Me siento irritado continuamente.
  - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12)
- No he perdido el interés por los demás.
  - Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
- 13)
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
  - Evito tomar decisiones más que antes.
  - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14)
- No creo tener peor aspecto que antes.
  - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
  - Creo que tengo un aspecto horrible.

- 15)
- Trabajo igual que antes.
  - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
  - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
  - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16)
- Duermo tan bien como siempre.
  - No duermo tan bien como antes.
  - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
  - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17)
- No me siento más cansado de lo normal.
  - Me canso más fácilmente que antes.
  - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
  - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18)
- Mi apetito no ha disminuido.
  - No tengo tan buen apetito como antes.
  - Ahora tengo mucho menos apetito.
  - He perdido completamente el apetito.
- 19)
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
  - He perdido más de 2 kilos y medio.
  - He perdido más de 4 kilos.
  - He perdido más de 7 kilos.
  - Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20)
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
  - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
  - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
  - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21)
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
  - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
  - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

**Puntuación Nivel de depresión\***

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

\* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

### **Cuestionario Duke – UNC de Apoyo Social**

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5.- Recibo amor y afecto.					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
<b>Puntaje Total</b>					

**Instrumento para evaluar Estrés**

	<b><u>Nunca</u> <u>1</u> <u>punto</u></b>	<b><u>Rara vez</u> <u>2</u> <u>puntos</u></b>	<b><u>Algunas</u> <u>veces</u> <u>3</u> <u>puntos</u></b>	<b><u>Con</u> <u>frecuencia</u> <u>4</u> <u>puntos</u></b>	<b><u>Siempre</u> <u>5</u> <u>puntos</u></b>
Me siento cansado o con falta de energía					
Tengo problemas para concentrarme en lo que hago					
Tengo problemas para dormir en las noches					
Siento dolor en el pecho o se me corta la respiración o me falta el aire					
Tengo periodos de estreñimiento o de diarrea					
Me siento nervioso y tiemblo o sudo mucho					
Tengo molestias estomacales y dolores musculares, especialmente en el cuello, la espalda y los hombros.					
Tengo dolores de cabeza					
Fumo y bebo alcohol					
He ganado o perdido peso –más de 5 kilos-					
<b>Su puntaje total es de:</b>					

## Modos de Afrontamiento (Versión breve)

Nombre y Apellido: ..... Fecha: / /

**Instrucciones:** Por favor trate de pensar en alguna situación, la que Ud. Considere más importante que le haya ocurrido y conteste las afirmaciones que aparecerán a continuación. Es importante que responda en función de sus creencias reales, no en función de lo que usted piensa que debería creer, o en función de lo que piensa que nosotros queremos que crea. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y coloque el número de la categoría que exprese en qué medida actuó como describe cada uno de ellos, de acuerdo a la escala que figura abajo.

**Escala: (0) En Absoluto. (1) En alguna medida. (2) Bastante. (3) En gran medida**

\_\_\_ 1- Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).

\_\_\_ 2- Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.

\_\_\_ 3- Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todos los demás.

\_\_\_ 4- Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.

\_\_\_ 5- Me comprometí a me propuse sacar algo positivo de la situación.

\_\_\_ 6- Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.

\_\_\_ 7- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.

\_\_\_ 8- Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).

\_\_\_ 9- Intenté mirar las cosas por su lado bueno.

\_\_\_ 10- Dormí más de lo habitual en mi.

\_\_\_ 11- Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.

\_\_\_ 12- Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir mejor.

\_\_\_ 13- Busqué la ayuda de un profesional.

- \_\_\_ 14- Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.
- \_\_\_ 15- Me disculpé o hice algo para compensar.
- \_\_\_ 16- Desarrollé un plan de acción y lo seguí.
- \_\_\_ 17- Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.
- \_\_\_ 18- Salí de la experiencia mejor de lo que entré.
- \_\_\_ 19- Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema.
- \_\_\_ 20- Me aleje del problema por un tiempo; intente descansar o tomarme unas vacaciones.
- \_\_\_ 21- Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.
- \_\_\_ 22- Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.
- \_\_\_ 23- Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara.
- \_\_\_ 24- Redescubrí lo que es importante en la vida.
- \_\_\_ 25- No permití que me venciera: rehusé pensar en el problema mucho tiempo.
- \_\_\_ 26- Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.
- \_\_\_ 27- Oculté a los demás lo mal que iban las cosas.
- \_\_\_ 28- No tome en serio la situación: me negué a considerarla en serio.
- \_\_\_ 29- Me mantuve firme y peleé por lo que quería.
- \_\_\_ 30- Me desquité con los demás.
- \_\_\_ 31- Recurrí a experiencias pasadas: ya me había encontrado antes en una situación similar.
- \_\_\_ 32- Propuse un par de soluciones distintas al problema.
- \_\_\_ 33- Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto.
- \_\_\_ 34- Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía.
- \_\_\_ 35- Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo.
- \_\_\_ 36- Fantaseé e imaginé el modo en que podía cambiar las cosas.
- \_\_\_ 37- Me prepare para lo peor.

\_\_\_ 38- Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.

\_\_\_ 39- Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas.

\_\_\_ 40- Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor, Descríbalo)



Sección de  
casos clínicos

## **Introducción**

Visitamos a los pacientes del Servicio junto con el Psicólogo según los pedidos de distintos médicos. Realizamos una entrevista y luego se administraron los cuestionarios correspondientes:

- STAI X-1
- STAI X-2
- BDI: Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario Duke –UNC de Apoyo Social
- Inventario para evaluar estrés
- Modos de afrontamiento



## Caso Romina

*“Cuando el dolor  
nos invade...”*

*Romina, 26 años. Habitación 26*

“Tengo muchos dolores, tengo miedo...”

### Primer encuentro

P: *Hola, buenos días, ¿cómo se siente?*

R: Más o menos...

P: *¿Desde cuándo estás internada?*

R: No sé... me dijeron que tengo cáncer de cuello de útero, hace dos meses.

P: *¿Tenes hijos?*

R: Sí, una nena pero no la veo desde que estoy acá, la cuida mi mamá. No quiero que la traigan y me vea así.

P: *¿Hablas con ella aunque sea por teléfono?*

R: No, a veces. –Se angustia-

P: *Sería importante que hables con ella por celular, no llorando sino hablando firme, los niños necesitan escuchar a los padres, no la descuides. ¿Trabajas?*

R: Trabajo como empleada en una casa de familia.

P: *¿Sentís cambios en el estado de ánimo?*

R: Tengo muchos dolores... –se angustia-, tengo miedo.

P: *No tengas tanto miedo porque se diagnosticó a tiempo... ahora es importante empezar a mirar al futuro.*

R: -se angustia-

P: *¿Qué cosas te gusta hacer?*

R: No sé, porque trabajo todos los días.

P: *¿Te gusta salir a bailar?*

R: Mmmm... sí, sabía salir a bailar, antes.

P: *Hay que empezar a pensar en positivo, no tenemos que caernos, el tiempo que estés acá te va a favorecer... acordate que estás atravesando un proceso de recuperación... no caigas en los pensamientos negativos... Contame... ¿te gusta escuchar música?*

R: Ahora no... -se angustia-

P: *Escucha música, no te retraigas, no te quedes en ese retraimiento... Acordate de tu hija, lo importante es ella y tu familia, pensá en que ellos te necesitan, que tenes que salir adelante.*

Romina es una joven de 26 años que fue diagnosticada de cáncer hace unos meses, tiene una hija y vive con su madre. Sólo tuvimos la oportunidad de entrevistar a Romina una vez, en ese momento se observaba que estaba desanimada, triste, y fatigada a causa de la medicación. La paciente no hablaba mucho, se limitaba a responder puntualmente las preguntas del psicólogo, y se observaron fallas en la memoria debido a que no recordaba cuando la internaron pero, sin embargo, sí recordaba hechos de su vida, con quiénes vive, a dónde vive, qué le gusta hacer, etc, por ende podría ser que esa falla en la memoria se deba a que la situación de “internarse” genere un quantum de angustia muy importante en la paciente y, ante esto, el recuerdo se encapsula y la vía de acceso a éste se bloquea, es lo que se llama “Amnesia Retrógrada” y está relacionada con la memoria a largo plazo, sin embargo, sí continua teniendo capacidad de fijar nueva información.

Constantemente el psicólogo remarcó la importancia de empezar a pensar en positivo, mirar al futuro, continuar haciendo cosas que le gustan aunque esté internada como por ejemplo escuchar música y, puntualmente, no dejarse

caer en pensamiento negativos. El psicólogo también habló con el hermano de Romina, sugiriendo que él logre que la paciente hable con su hija sin llorar, tranquila.

El diagnóstico de cáncer es uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una persona, ante esto es importante educar al paciente y el objetivo principal es convencerlo de la importancia de adoptar una postura activa de cara a todo el proceso de la enfermedad. Toda la intervención conductual posterior se sustenta sobre la asunción de que el paciente tiene un papel activo en la manera en que la enfermedad y su posterior tratamiento, ya sea médico o psicológico, puede afectarle; así, los pacientes adquieren un mayor control de la situación.

Por otra parte, la intervención pasa por la *desmitificación del cáncer*, esto es, generalmente los pacientes tienen una idea equivocada y exagerada sobre la enfermedad de forma que muchos la consideran sinónimo de sufrimiento y muerte rápida. A través de la desmitificación es posible reducir los niveles de estrés y la ansiedad que produce el diagnóstico de cáncer. En este sentido, es preciso proporcionar una información estructurada de las características de la enfermedad, así como sobre los distintos tipos de intervención actuales, insistiendo en las elevadas tasas de recuperación total dados los grandes avances médicos.

Es importante enseñar al paciente a expresar abiertamente sus sentimientos y a enfrentarlos, instar al paciente a influir sobre su medio ambiente hablando con sus familiares constantemente, facilitando de esa manera la comunicación y eliminando las situaciones de silencio que aparecen ante el enfermo de cáncer. Por otro lado, también hay que hacerle saber al paciente que habrá siempre personas disponibles para cualquier consulta que pudiera sugerir, desde médicos hasta psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc. Y por último, enseñar a los sujetos a planificar y registrar una serie de actividades que les resulten agradables, con el objeto de que adquieran de nuevo control sobre sus vidas. Es muy importante que las actividades sean familiares al paciente y realistas, de acuerdo con las capacidades de cada persona.



## Caso Karina

*“El peso de la culpa  
y el silencio”*

*Karina, 50 años. Habitación 53*

“Yo me siento culpable...”

### Primer encuentro

P: *Buenos días, ¿cómo está?*

K: (se angustia) *pérdida... ando por todas las habitaciones... veo gente que se me aparece y no está.*

P: *¿A quiénes ves?*

K: *Las veo lejos, unas viejitas que nunca vi, aparecen arriba (señala el techo).*

P: *Yo soy el psicólogo del Servicio y ella es Florencia, está realizando sus prácticas de tesis y luego te va a tomar unos cuestionarios. Contanos, ¿desde cuándo estás internada?*

K: *Desde hace tres semanas.*

P: *¿Cómo está conformada su familia?*

K: *Estoy separada, tengo cuatro hijos (27, 25, 22 y 18 años). Mmm... no recuerdo en que barrio vivo.*

P: *¿Tiene algún empleo?*

K: *Sí, soy empleada doméstica.*

P: *¿Sabe por qué está internada?*

K: *Sí, yo ya lo sabía pero no le había dicho al médico... tengo HIV. Pude confiar en mis hijos y saber que no me van a juzgar.*

P: *Si usted hace el tratamiento, su vida va a ser plena... hay pacientes que no saben su diagnóstico ni que son portadores de una enfermedad, usted que sí lo sabe debe hacer el tratamiento. El apoyo de los hijos siempre va a estar, usted no les falló como madre. Hay que aceptar la enfermedad y realizar el tratamiento, cuidarse con la medicación es fundamental. Y ante esto, hay que aprender a afrontar la vida de una manera diferente, cuidarse usted misma y buscar mejorar.*

K: Yo me siento culpable...

P: *¿De qué se siente culpable?*

K: De haber contraído la enfermedad.

P: *Ya no tiene que pensar en eso, la enfermedad ya está, ahora tiene que empezar el proceso de afrontamiento y cuidado. De ahora en adelante hay que planificar. Si analizamos el pasado con ese pensamiento actual vamos mal... hay que empezar a valorizar su funcionalidad a partir de ahora, ver lo que tiene, no lo pasado. Y esas imágenes que ve pueden ser por lo que pasa en su cabeza, la enfermedad puede generar ese tipo de alucinaciones.*

K: (escucha atentamente y suspira)

P: *¿Tiene pareja?*

K: Sí, pero no sabe esto.

P: *¿Hace cuanto?*

K: Casi tres años...

P: *Usted se lo va a tener que decir en algún momento para que él empiece un tratamiento. Lo más importante es la valoración de la persona, cuando hay sentimientos afectivos hay comprensión, así que él lo va a entender. Hay que empezar a pensar de otra manera.*

Karina es una mujer de 50 años que se encontraba internada en el servicio hacía tres semanas, fue diagnosticada con VIH hace seis años pero jamás le contó a sus hijos ni a su pareja actual. En este primer encuentro, Karina se encontraba un poco desorientada, sin embargo, a medida que la entrevista avanzó, logró conectarse un poco más y contar sus miedos y sentimientos actuales. Pudo responder a todos los cuestionarios aunque en algunos periodos se perdía o pedía que le vuelva a repetir las consignas, hablaba de forma pausada, lenta y en voz baja. Se observaba que estaba decaída, triste y se sentía muy culpable por su enfermedad. Su modo de afrontamiento en ese momento era marcadamente evitativo y distante respecto a su enfermedad, ella sabía que la tenía pero no quería tomar la medicación ni contarle a los médicos.

### Segundo encuentro

P: *Buen día Karina, ¿cómo se encuentra hoy?*

K: *Hola, estoy bien... pero sigo viendo cosas.*

P: *¿Ve cosas con los ojos abiertos o con los ojos cerrados?*

K: *Abiertos.*

P: *Puede ser consecuencia de su enfermedad, nosotros distinguimos un trastorno psicológico de una enfermedad médica. ¿Cómo está la relación con sus hijos?*

K: *Bien por lo menos.*

P: *¿Su pareja ya lo sabe?*

K: *No.*

P: *¿Y algún día piensa decírselo?*

K: *Algún día...*

P: *Sería importante para que él empiece un tratamiento... no tenga miedo al abandono.*

K: Yo primero tenía miedo al rechazo de ellos... pero no, me dijeron que no me iban a dejar.

P: *Hoy en día hay una necesidad de usar preservativo, para evitar éstas enfermedades. Por otro lado, establecer un vínculo más fuerte con sus hijos la va a ayudar a seguir adelante... hay que cambiar la forma de pensar, hay que comenzar a generar, apoyarse en las personas es otra manera de afrontar la enfermedad. La felicidad de uno depende de las valorizaciones de las acciones que uno hace... por eso hay que empezar a valorizar bien las cosas, empezar a pensar, a reír, pensar en lo que quiere hacer cuando salga de acá. Me gustaría que piense qué cosas positivas tiene para empezar a disfrutar, qué cualidades tiene para empezar cada día, hay que empezar a ver lo positivo, no lo negativo.*

K: Bueno doctor, le prometo que voy a pensar en ello.

En éste encuentro se trabajó mucho la psicoeducación con la paciente, explicarle como es necesario un cambio de pensamiento para poder afrontar de manera positiva su enfermedad y por ello el psicólogo buscó hacer hincapié en la valorización de aspectos positivos personales, porque son pacientes que siempre ven lo negativo, les cuesta ver lo contrario.

Karina se encontraba mucho mejor de ánimo en comparación al primer encuentro, se levantó de la cama y se sentó, habló de forma continua. En ese momento, la paciente encontró apoyo en sus hijos y eso logró que su estado de ánimo empiece a mejorar. El psicólogo intervino remarcando continuamente la importancia de empezar a valorizar ciertos aspectos de su vida. Su modo de afrontar la enfermedad pasó de ser evitativo y con cierto distanciamiento de la enfermedad a una búsqueda de apoyo social, en éste caso, en sus hijos.

### Tercer encuentro

P: *Hola Karina, ¿cómo estás hoy?*

K: *Hola doctor, mucho mejor (sonríe), ya no veo cosas.*

P: *Eso es porque el cuerpo se va acostumbrando, estás en un proceso de recuperación... además tenes atención médica, tenes que pensar que tenes a tus hijos que te quieren ver mejor... cuando duela pensá que ya va a pasar, hay que pensar positivamente.*

K: *Sí doctor, lo estoy haciendo. Tengo el apoyo de mis hijos que para mí es lo más importante, y voy a seguir con el tratamiento. Estamos pensando muchas cosas que queremos hacer cuando salga de acá.*

Esa fue la última vez que vimos a Karina, al día siguiente le dieron el alta. Fue sorprendente ver cómo la paciente mejoró, cómo pasó de estar pérdida, viendo cosas, sintiéndose culpable y sola ante su enfermedad, sin querer realizar un tratamiento, a tener una mirada esperanzadora, a pensar en positivo, en lo que quería hacer cuando saliera del hospital y sobre todo, llevar adelante el tratamiento con la ayuda de sus hijos.

La intervención psicológica debería apuntar a modular el impacto psicológico del diagnóstico y de los acontecimientos ligados a la enfermedad y a su tratamiento, facilitando la expresión de miedos y actitudes, fantasías y expectativas relacionadas con la enfermedad, contribuyendo a facilitar el cambio necesario de estilo de vida y, también, ayudando al sujeto a escrutar cual es el significado que la enfermedad representa para él en el momento preciso de la trayectoria existencial en que se encuentra. Aumentar o mantener la calidad de vida, mediante una focalización en las aspiraciones, prioridades y objetivos de vida del sujeto que, permitirán un mejor ajuste psicológico a la situación o al desarrollo de nuevas estrategias para lidiar con ella, manteniendo

capacidades para comunicarse, relacionarse, trabajar y vivir, a pesar de las limitación que eventualmente existan. Y finalmente, es importante ayudar al sujeto a alcanzar un mayor control de la situación más que inundarse de sentimientos de infelicidad y falta de esperanza por haber sido víctima de una enfermedad. Es decir, se trata de ayudar a los sujetos a reconocer sus propias capacidades para tomar decisiones sobre sus problemas y su propia vida, combatiendo así las eventuales y comprensibles tendencias a la pasividad y dependencia.



## Caso Diego

*“Los excesos y  
la falta de límites”*

*Diego, 33 años. Habitación 52*

“Como cualquier cosa, no me mido...”

### Primer encuentro

P: *Buenos días, ¿cómo es su nombre?*

D: *Hola, me llamo Diego.*

P: *Hola Diego, yo soy Miguel, el psicólogo del Servicio y ella es Florencia, es alumna de psicología y está realizando sus prácticas de tesis. Ella te va a tomar unos cuestionarios cuando terminemos.*

D: *Bueno, no hay problema.*

P: *Contame... ¿Qué anda pasando? ¿Por qué estas acá?*

D: *Porque se me subió el azúcar... tengo diabetes hace tres años pero nunca me cuidé. No tengo un control diario ni médico.*

P: *¿Con quién vivís?*

D: *Estoy juntado hace cinco años y tengo dos hijos, uno de 12 años y otro de 18 meses. Vivo con la familia de mi novia*

P: *¿Qué pensas hacer de ahora en adelante?*

D: *Cuidarme...*

P: *¿De qué manera?*

D: *Y empezando por comer sano, además yo tomo la medicación.*

P: *¿A qué te dedicas?*

D: Soy gomero pero no trabajo hace seis meses, no consigo trabajo porque siempre piden con experiencia. Todos los días cuido a mi hija pero nada más. A veces voy a domicilio a parchar, me la rebusco. Aparte, tengo una pensión por discapacidad, tengo desviada la cadera y la columna, y tengo convulsiones a veces. Así que por ahora mi mujer sustenta la parte económica.

P: *¿Tomas alcohol?*

D: Sí, dos cervezas el fin de semana y ya no sirvo...

P: *¿Notas que hay alguna disminución del interés sexual?*

D: No, mi interés sexual es igual que siempre.

P: *¿Qué clase de comida comes?*

D: Como cualquier cosa, no me mido...

P: *Hay que empezar a modificar hábitos porque los hábitos que tenes ahora no te van a dar resultado a futuro... tenes una hija chica... tenes que empezar a tener un control en la alimentación para el futuro porque el fin de semana lo arruinas tomando. Por otro lado, tenes que buscar un lugar fijo de trabajo para empezar a tener tus cosas y para que tengas un ingreso de dinero. El trabajo te va a favorecer y mucho. Eso es una forma de afrontar problemas.*

Una sola vez tuvimos la oportunidad de entrevistar a Diego, quien tiene 33 años y fue diagnosticado de diabetes hace tres años pero jamás hizo un tratamiento ni se cuidó en las comidas. Desde el comienzo notamos el distanciamiento que ponía él mismo respecto a su propia enfermedad, evitándola hace tres años. En éste caso, fue importante remarcar la necesidad de modificar los hábitos alimenticios para lograr mejoras a futuro, haciendo hincapié en sus hijos, y por otro lado, que era fundamental conseguir un trabajo fijo que le permita estabilizarse. El trabajo organiza la vida de las personas, da un orden, establece pautas que deben seguirse y es otro modo de hacer frente a la enfermedad.

La psicoeducación fue una herramienta fundamental para trabajar la adhesión al tratamiento y la conciencia de enfermedad. Muchas veces debido a la falta de disponibilidad de recursos (comida, insulina, etc) o a las fallas en las habilidades sociales y asertividad para afrontar respuestas ambientales no facilitadoras (como invitaciones a comer y la falta de control en ello), llevan a que los pacientes tomen malas decisiones y no tomen en cuenta los beneficios que tiene el autocuidado como una mejora sintomática, niveles de glucemia estables y apoyo clínico y social.

Sería oportuno realizar intervenciones que tiendan a la adquisición de habilidades de afrontamiento al estrés, las cuales hagan hincapié en que el paciente aprenda a manejar el estrés debido a que en sujetos diabéticos existen una serie de condiciones estresantes que son características de este trastorno crónico. Tanto las demandas cotidianas del tratamiento como las presiones sociales que incitan al incumplimiento del mismo, hacen precisa una actuación específica.

Ya que la respuesta al estrés se caracteriza por un aumento de la actividad simpática y adrenocortical se propone la modalidad de entrenamiento en relajación y el empleo de *biofeedback* como procedimientos de intervención conductuales para la reducción de dicha actividad. Asimismo, también se podría realizar procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales o programas más amplios de entrenamiento en habilidades de manejo del estrés.



## Caso Susana

*“El avasallamiento  
de los otros ante el  
subrimiento propio”*

Susana, 57 años. Habitación 59

“Me preocupa todo, quiero solucionar todo... Todo me da miedo”

### Primer encuentro

P: *Buenos días Susana, mi nombre es Miguel, soy el psicólogo del Servicio y ella es Florencia, es estudiante de Psicología y está haciendo su tesis aquí.*

S: Ay, me hace falta un psicólogo...

P: *Cuénteme por qué está acá...*

S: Estoy internada hace cuatro días, tengo neumonía. Anoche casi me muero, me desperté con un dolor fuerte en el pulmón... todo me da miedo, sobre todo a quedarme sin aire.

P: *¿Usted trabaja?*

S: Sí, en un comedor en Villa Unión, soy de allá.

P: *¿Con quién vive?*

S: Tengo seis hijos y estoy viuda hace seis años...

P: *¿Qué le gusta hacer en su día a día?*

S: Me gusta trabajar, los pájaros, las plantas... pero no me gusta salir desde que murió mi marido. Me preocupa todo, quiero solucionar todo. Me gusta estar en mi casa... ahora estoy vaga, desayuno y me quedo sentada mirando a la nada... miro la tele, cocino, duermo la siesta...

P: *¿Cuándo apareció el miedo?*

S: Toda la vida fui así, de tener miedo... hice terapia hace algunos años, me habían medicado, y me sentía mejor. Tengo miedo a morirme, a quedarme sin aire.

Conocimos a Susana una mañana después de que el médico solicitara al psicólogo que visite a dicha paciente. Susana tiene 57 años, vive en el interior, es viuda y tiene seis hijos. Cuando ingresamos a la habitación, notamos que Susana estaba muy preocupada y precipitada por un episodio que ocurrió la noche anterior. Hablaba constantemente del miedo a morirse, a quedarse sin aire, y que toda su vida fue así, de querer tener el control de todo. La paciente estaba consciente, orientada en tiempo y espacio, muy tensa, rígida en sus expresiones faciales, sus respuestas eran muy puntuales, sin extenderse en detalles pero a medida que fue avanzando la entrevista se fue relajando, y empezó a contarnos más de su historia. Por otro lado, la paciente contó que dejó de salir desde que murió su esposo, que lo extraña, dijo que antes hacía cosas y ahora ya no tiene ganas, sólo se ocupa de sus hijos y de su negocio por la tarde.

### Segundo encuentro

P: *Buenos días Susana, ¿cómo se encuentra hoy?*

S: Y bien... me hace falta un psicólogo, tengo mucha locura, miedo a respirar.

P: *¿Hace cuánto siente esto?*

S: Cuando no tengo el aparato –lo señala-, siempre que no lo tengo aparecen las crisis de asma. Pero empezaron cuando nació mi hijo, a los 17 años, él nació asmático y cuando le dan crisis a él, yo también tengo una crisis. En Córdoba me dijeron que tenía asma psicológica.

P: *¿Cómo eran los síntomas en esa época?*

S: La noche en que mi hijo iba a nacer nevó mucho, yo tenía mucho frío, cuando nació casi se muere por una crisis de asma y la madre –yo- igual...

P: *¿Alguien de su familia sufre de asma?*

S: Sí, mi papa es asmático y mi tía, hermana melliza de mi papá, también.

P: *Uno tiene que aprender a diferenciar los síntomas cuando aparecen...*

S: -interrumpe- yo a éste aparato imposible dejarlo –lo sostiene en la mano-, si me lo olvido empiezo a marearme y tengo que volver a buscarlo. Siento una opresión muy grande en el pecho ante cada cosa que me pasa... me asfixio. Una vez, cuando tenía 30 años, me dio un exceso de tos, no podía respirar, mi marido corriendo me llevó al patio... estuve cuatro días seguidos así, yo ya no quería caminar ni respirar porque sentía que me iba a morir...

P: *Uno tiene que aprender a diferenciar los síntomas de ansiedad y el miedo... esos síntomas son normales excepto cuando aumentan en ciertas situaciones... cuando uno genera un pensamiento negativo en la cabeza y a usted se le pone que no va a poder respirar, se genera una respuesta fisiológica, aumenta la respuesta cardíaca, y aparece el pensamiento de que se va a morir. Cuando aparezca ese malestar, hay que respirar lento, no rápido... eso es una forma de controlarse a uno mismo. Ese miedo al miedo, a que suceda algo más lleva a que se desestructure y se sienta mal. Existen síntomas normales de ansiedad ante el nacimiento del primer hijo, ante la primera relación sexual, el primer día de jardín de sus hijos, ante el fallecimiento de su marido...*

S: -Susana asiente con la cabeza-

P: *Pero es diferente del miedo al miedo, eso es un error en el pensamiento que hace que usted tenga miedo a la muerte. Uno tiene que aprender a diferenciar las cosas, y diferenciar los síntomas... aprenda a parar la cabecita...*

S: *¿Cómo lo hago? ¿Diciendo: “para Susana”?*

P: *Exacto, eso tiene que decir, “para Susana”, eso en psicología se llama “Parada de pensamiento”.*

S: Tengo seis hijos, un negocio, nietos, y soy de estar pendiente de cada uno de ellos... quizás eso también afecta.

P: *Usted puede estar pendiente de sus nietos pero no de sus hijos, no es un pulpo. De ahora en adelante es empezar a parar el pensamiento. Usted no se va a morir por esto, nadie se murió por esto. Esa es una idea suya que usted va reforzando.*

En éste encuentro, nos encontramos con una Susana totalmente diferente a aquella del primer encuentro, estuvo más relajada y nos contó abiertamente su historia y el trasfondo de sus síntomas. La paciente mostraba tener una fobia a la asfixia, un miedo al miedo. Ella tenía síntomas de ansiedad normal pero los acrecentaba a través de sus pensamientos.

Por otro lado, fue fundamental trabajar la psicoeducación enseñando a la paciente a controlar sus pensamientos y a empezar a diferenciar los síntomas inadecuados ante cada situación. El psicólogo enseñó a la paciente a utilizar la “parada de pensamiento” que es una técnica cognitivo-conductual encaminada a controlar, o paliar el efecto negativo de algunos pensamientos negativos que nos producen malestar y a veces nos cronifican ese estado. Ésta técnica consiste en identificar pensamientos agobiantes y crear pensamientos positivos sustitutivos.

### Tercer encuentro

P: *Hola Susana, ¿cómo está?*

S: Mucho mejor, estoy más tranquila. –Se sienta en la cama- Espero quedarme hasta sentirme mejor...

P: *¿En qué mejoró el pensamiento?*

S: Y antes cuando venían los médicos me agitaba, ahora estoy más relajada, más conforme con la situación que estoy pasando...

P: *Me parece que ahora se está dedicando a usted... Todo este proceso de aprender... para que aprenda a vivir mejor... usted antes era como un remolino por dentro y ahora está arriba, puede ver las cosas y darse cuenta de lo que está pasando... el darse cuenta que tiene hermanos, nietos, hijos pero que ya no debe ocuparse de ellos como si fueran niños... ese es el cambio de pensamiento, porque su pensamiento fue siempre imperativo: “tengo y debo que...” y usted se ponía al último, al final. El hecho de establecer un parate es una manera de resolver sus problemas...*

S: Y todo eso ante situaciones límites... pero después uno vuelve por costumbre a actuar como antes.

P: *Se va a dar cuenta porque uno aprende a pensar de manera diferente. El cambio permanente y el darse cuenta de las cosas son importantes.*

S: Creo que a partir de esto, la vida va a ser diferente...

En éste encuentro, observamos que Susana estaba mucho más tranquila, más relajada y conectada con lo que siente y piensa. El psicólogo constantemente recalcó la importancia de que comience a fijarse en ella, a dejar de querer tener el control de todo porque eso es lo que la estaba enfermando.

### Cuarto encuentro

S: La paciencia se me está acabando...

P: *No, tiene que conservar la paciencia para mejorar. Uno de grande tiene que usar más la cabeza y menos el cuerpo, y hay que empezar a filtrar la información.*

S: ¿Cómo hago?

P: *Diciéndole a sus hijos que no le cuenten todo.*

S: “La mamá está adelante siempre” –dice-

P: *La mamá no debe preocuparse, sí aconsejar pero nada más. Hay cosas que escapan a su control. Usted debe preguntarse “¿para qué me voy a angustiar?”, usted tiene que ser la prioridad, decirse “ahora soy yo, después el resto”...*

Esa fue la última vez que vimos a Susana. Desde un primer momento notamos que su preocupación excesiva por todos y todo es lo que justamente la llevó a enfermar. Ella hablaba de sus hijos como “sus niños” y dijo que desde la muerte de su marido habían cambiado muchas cosas, logró que se “unieran” y que en ese entonces “eran todos uno”, y considero que ahí reside el problema, Susana estaba atravesando un momento en el que no quería poner distancia de sus hijos sino que quería seguir siendo esa mamá que ellos tenían cuando eran niños, pero ellos ya eran adultos. A Susana le costaba dejar que sus hijos se independizaran, constantemente estaba pendiente de ellos como si fueran niños, lo cual, agravado por su pensamiento imperativo, desencadenó su preocupación extrema al punto de identificarse con uno de ellos en términos de “si él tiene una crisis, yo también”. Su modo de afrontamiento era a partir del autocontrol, a partir de un esfuerzo para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

Su constante preocupación por todo aquello que la rodeaba daba cuenta de que la paciente presentaba un *trastorno de ansiedad generalizada*, mostrando una ansiedad y preocupación persistente, excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, a su vez, le resultaba difícil controlar ese estado de constante preocupación. Además, Susana experimentaba síntomas físicos, como inquietud, nerviosismo, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, ya que contaba que muchas veces se despertaba durante la noche y le costaba conciliar el sueño.

La ansiedad, la preocupación y los síntomas físicos provocaban un malestar clínicamente significativo y un deterioro social.

Fue importante, durante la psicoeducación, remarcar la diferencia entre los síntomas de asma y los síntomas de ansiedad. Los síntomas más característicos del asma son: la dificultad respiratoria, la opresión o dolor en el pecho y la tos seca, mientras que uno de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia cuando una persona tiene un trastorno de ansiedad generalizada es la dificultad respiratoria, seguido de palpitaciones, sudoración, sequedad en la boca, dolor en el pecho, y la sensación de ahogo que aparece tanto en el asma como en los trastornos de ansiedad. La ansiedad nos genera una sensación de miedo que no sabemos cómo manejar, una pérdida de control, que nos asusta aún más, haciéndonos caer en el círculo vicioso del estrés y la ansiedad.



## Caso Estefanía

*“La distorsión de  
la imagen corporal”*

*Estefanía, 16 años. Habitación 105*

“Después de comer vomito porque me siento llena...”

### Primer encuentro

P: *Buen día Estefanía, ¿cómo estás?*

E: Bien... (se encontraba acostada con una mirada perdida observando hacia la ventana)

P: *Yo soy el psicólogo del Servicio y ella es Florencia, está haciendo las prácticas de tesis. Contame, ¿por qué estás internada?*

E: Porque estoy anémica...

P: *¿Por qué?*

E: Y... como tallarines con queso y por ahí sopa... los demás días no como porque no me agarra hambre.

P: *¿Cómo es un día normal para vos?*

E: A las 10 me levanto, 10:30 desayuno té con pan o con galletas saladas. Almuerzo poco... a la tarde por ahí tomo leche o té o yogurt y a la noche no como nada.

P: *¿Vas a la escuela?*

E: Sí, a Colegio 1.

P: *¿Notas que bajó tu rendimiento?*

E: Sí, en la concertación, estoy muy distraída últimamente.

P: *¿Cómo está conformada tu familia?*

E: Vivo con mi abuela, mi mamá y mis hermanos. Mis papás están separados.

P: *¿Estás en pareja?*

E: Estuve de novia hace cuatro meses, todavía no lo supero... duró diez meses la relación.

P: *¿Qué haces los fines de semana?*

E: Me quedo en casa, no soy de salir.

P: *¿Tenés vómitos?*

E: Sí, después de comer vomito porque me siento llena.

P: *¿Cuántas veces al día vomitas?*

E: Y... tres o cuatro veces por día...

P: *Mira Estefanía, hay algo que tenes que entender... la comida se va a la panza y por eso se hincha, tenes que esperar cierto tiempo para que se realice la digestión. Tenes que tener un sistema de alimentación regular, no hace falta que comas y te llenes sino que es comer de a poco... ¿Sos de mirarte frente al espejo?*

E: Hace mucho lo hacía. Ahora ya no. Me veo gorda (señala su panza)

P: *No focalicemos que la panza es todo el cuerpo... Si vos tomas un litro de agua la panza se va a hinchar y no por eso estás gorda, es todo un proceso... ¿Vas a la pile?*

E: No soy de mostrar el cuerpo, me da vergüenza que me vean bikini. Voy a la pile pero me quedo con el short puesto.

P: *Estás en un periodo adolescente, de crecimiento y el cuerpo se va formando de a poco... ¿Cómo está tu ciclo menstrual?*

E: El mes pasado no me vino.

P: *¿Es la primera vez que te pasa?*

E: Sí, es la primera vez en mucho tiempo, antes sí me pasaba que no me venía pero fui al médico y era porque no comía bien.

P: *¿Cómo te va en la Escuela?*

E: Más o menos...

P: *¿Te llevas alguna?*

E: No.

P: *Entonces te va bien en la escuela, hay que empezar a mirar bien e interpretar mejor las cosas...*

E: Sí, y aprender a comer despacio...

Estefanía es una joven de 16 años, que está atravesando un período adolescente complejo debido a una mala alimentación. Vive con su abuela, su madre y sus hermanos, sus padres están separados y no tiene amigos. Fue internada por presentar un cuadro de anemia. El psicólogo realizó una psicoeducación en distintos momentos de la entrevista. La paciente se mostraba atenta al relato, escuchaba y respondía a las preguntas amablemente. Se observó una conducta tímida, dócil, hablaba en voz baja y se mantuvo toda la entrevista acostada con los brazos pegados a ambos lados de su cuerpo.

Observamos que hay una distorsión de la imagen del cuerpo en ésta joven, y una negación ante lo que le pasa por eso no quería verse en el espejo, para no verse “gorda”, y los constantes vómitos al día como una manera de deshinchar su panza después de comer. Sus irregularidades en el ciclo menstrual son características de los trastornos alimenticios. Su modo de afrontar la enfermedad era totalmente evitativo, tomando distancia del problema.

Se distinguen dos componentes de la imagen corporal distorsionada, por una parte, el aspecto meramente perceptivo, es decir, la tendencia a percibir partes del propio cuerpo más grandes de lo que realmente son, y, por otra, un

componente cognitivo-afectivo que se concreta en la insatisfacción con el tamaño del propio cuerpo. Es importante trabajar con el paciente en esa distorsión y educar sobre las consecuencias que desencadena dicho trastorno.

\*\*\*

En todos estos casos, nos encontramos con sujetos que sobrellevaban una enfermedad que alteraba su ritmo de vida, que los angustiaba, que no sólo padecían un dolor físico, crónico o agudo sino que, además, ese dolor tenía consecuencias psíquicas importantes. Debido a que los pacientes ingresan y salen del Servicio constantemente, en ningún caso pudimos trabajar en profundidad, pero sí constantemente el psicólogo del Servicio intentó ayudarlos a pensar de manera positiva, a remarcar la importancia de la adherencia al tratamiento, aprender y reforzar las medidas de autocuidado y el control que no deben perder de sus propias vidas.

El individuo, en su intento por manejar las situaciones generadoras de tensión, puede poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que, aunque eficientes en cuanto a la reducción del estrés, pueden no serlo de cara a la adherencia al tratamiento (Hanson y cols., 1989). Un sujeto sometido a una situación de tensión puede relegar a un segundo plano los requerimientos de su tratamiento, omitiendo la realización de rutinas de autocuidado, o responder comiendo o bebiendo en exceso, lo que interfiere abiertamente con la adherencia e indirectamente con su control (Balfour y cols., 1993). Asimismo, también pueden presentarse conductas de aislamiento de la gente o del tipo de dormir más, que por la disminución de actividad física que implican pueden reducir el nivel de cumplimiento del tratamiento. (Simón M. A., 1999, pág. 491)

A su vez, es importante que el Servicio cuente con profesionales de la salud que puedan intervenir ante el sufrimiento que viven los pacientes por el diagnóstico y la vivencia de su propia enfermedad, y por otro lado, si bien es una intervención aislada, en muchos casos sirve para que empiecen a pensar de manera diferente, que aprendan que el dolor puede cesar si siguen adelante con un tratamiento pertinente y, sobre todo, que empiecen a implicarse ellos mismos para afrontar esa enfermedad positivamente.

El dolor agudo resulta funcional y puede ser eliminado mediante un manejo apropiado. Sin embargo, cuando el dolor persiste más allá del punto en que deja de ser una útil señal de alarma, puede convertirse en un problema en sí mismo, dando lugar al denominado dolor crónico, el cual no tiene una función clara para la supervivencia y se convierte en una carga tremenda para el individuo que lo

padece, ya que puede mantenerse durante años y afectar seriamente a su calidad de vida. (Simón M. A., 1999, pág. 537)

Es importante enseñar al paciente a afrontar situaciones de estrés de la mejor manera posible, de manera que no influyan en su calidad de vida, y, a su vez, trabajar la resiliencia para lograr una mejor adherencia al tratamiento.



Entrevistas al  
personal del  
Servicio

### Entrevista al Jefe del Servicio: Dr. Emilio Cobresí:

La entrevista se realizó el día 29 de noviembre del 2017, en el Hospital Enrique Vera Barros, puntualmente en un consultorio del Servicio de Clínica Médica. Duró 40 minutos aproximadamente. El Doctor Emilio Cobresí accedió gustosamente a realizar la entrevista.

**F:** *Buenos días Emilio, quisiera que me cuente un poco sobre cómo funciona el servicio en general.*

**E:** El servicio de Clínica Médica atiende las patologías clínicas de los pacientes adultos de la provincia de La Rioja. Dentro del servicio funciona la Residencia de Clínica Médica que ahora es provincial y antes era nacional, y sirve para capacitar a los médicos recién egresados de las facultades en la especialidad de Clínica Médica. Al tener esa residencia nos manejamos de manera distinta a los lugares donde no hay residencia, o sea, nosotros aparte de tener una tarea asistencial que es la de asistir a los pacientes con patología clínica, también tenemos que tener una tarea de educación, de educar, de formar a los médicos recién recibidos en la especialidad. Tenemos dos tipos de médicos, los médicos de planta que pertenecen a nuestro servicio y los médicos residentes. Al tener una capacidad para 44 pacientes internados, tenemos tres sectores divididos y en ellos tenemos médicos de planta, médicos de residente superior y médicos residentes de primer año que son los que realizan la tarea más dura que es lo que les corresponde a ellos. Al dividirnos en tres sectores, cada uno se encarga de un grupo de pacientes, no obstante durante la semana realizamos Revista de Sala todos los días, pero los lunes y viernes realizamos Revista de Sala General en la que conocemos ahí a todos los pacientes porque por ahí el médico de un sector no conoce los pacientes que son de otro sector, en cambio cuando hacemos la revista de sala general por ahí tratamos de conocer la mayor cantidad de pacientes posibles y sobre todo los pacientes

que tienen más conflicto o que estén más complicados o que estén con una patología más importante. Hay 10 médicos de planta y 12 médicos residentes. La tarea de 8 a 12 nos corresponde a todos los médicos de planta que venimos, la tarea de 8 a 5 le corresponde a todos los residentes y luego quedan los médicos que realizan la guardia. Generalmente las guardias activas que son de 24 horas la realizan los médicos residentes y casi siempre están acompañados por los médicos de planta. Nosotros atendemos pacientes mayores de 14 años y los menores van a Pediatría.

**F:** *¿Hace cuánto tiempo funciona el servicio?*

**E:** El Servicio de Clínica Médica está desde la década del ochenta, porque antes éste era el hospital que se denominaba “Hospital Presidente Plaza” y había cuatro servicios nomas: Pediatría, Cirugía, Clínica Médica y Ginecología, y en Cirugía funcionaba la Terapia, en Clínica Médica internaban los pacientes cardíacos, no estaba dividido como ahora que está la Terapia por su lado, Unidad Coronaria, Urología, etc. Tampoco había un área de residencia, solo estaban los médicos del servicio; aproximadamente en la década del ochenta empieza la residencia de clínica médica y se empieza a manejar de ésta forma. Actualmente los residentes son los que hacen las historias clínicas, las guardias activas pero también muchas veces acompañados por los médicos de planta.

**F:** *¿Cómo observa que los pacientes actualmente afrontan la enfermedad, durante el diagnóstico y su mantenimiento, cómo la enfrentan día a día?*

**E:** Acá la patología clínica es muy variable y los pacientes son todos distintos, no es lo mismo un paciente de 20 años que un paciente de 90 años, no es lo mismo un paciente que entra por una patología aguda que puede ser una neumonía, una bronquitis, una infección urinaria que un paciente que entra por una enfermedad crónica que puede ser cáncer, diabetes. Uno nota como los pacientes más jóvenes o que entran por una patología aguda uno sabe que los cura y se van sanos, lamentablemente el paciente que tiene una enfermedad crónica es como que uno lo mejora acá pero el paciente sabe que se va con la enfermedad. Otro tema es que al ser un hospital, nosotros trabajamos con pacientes de escasos recursos y hay una problemática social que es muy

importante porque el problema se da con los pacientes que tienen enfermedades crónicas, porque dentro de todo el paciente que tiene una patología aguda aunque tenga un problema social uno sabe que se resuelve la patología y sigue con su vida, en cambio el paciente crónico que sabe que tiene que llevar unos cuidados y una atención porque la enfermedad la va a tener para siempre, esos se dificultan. Un paciente por ahí diabético o que ha tenido un ACV y quedó con alguna secuela, y de pronto uno sabe que tiene que irse a su casa con una cama ortopédica, un colchón antiescara, un aspirador o una kinesióloga y un cuidado, y de pronto el paciente vive solo o vive con una persona más, o son tan humildes que no pueden hacerse cargo de eso ahí es donde se nos complica más a nosotros. Hay muchos pacientes que uno los considera casi sociales porque uno los mejora, se van a la casa y a lo mejor el mes que viene vuelven porque no tienen el cuidado que tendrían que tener. Ni hablar de esos pacientes que uno sabe que los tiene internados cinco días acá y el resto de los días los puede hacer en la casa, y estos pacientes no tienen una contención en la casa y de pronto en vez de quedarse cinco días acá se tienen que quedar quince días, con todo el riesgo que eso implica.

**F:** *¿Cree entonces que el apoyo familiar o social que los pacientes tengan influye?*

**E:** Es fundamental más que nada en un paciente que tiene una patología crónica, uno sabe que un paciente es diabético para toda la vida, si tuvo un ACV y le quedó alguna secuela por ahí es para toda la vida, un paciente con cáncer sabe que es para toda la vida, y si no tiene una familia que lo contenga se hace difícil.

**F:** *¿Cómo trabajan con el tema de la adherencia al tratamiento?*

**E:** Y con tema de la adherencia al tratamiento nosotros más que nada vemos las características de la familia, si nosotros pensamos que es un paciente que tiene buen control en la casa lo tenemos el tiempo que sea necesario acá y después damos las indicaciones pero sabemos que va a hacer el tratamiento. Cuando nosotros vemos que la familia no lo puede contener, tratamos de hacer todo el tratamiento acá por más que se quede una semana más o diez días

más, si se tiene que quedar se tiene que quedar, porque sabemos que va a ir a la casa y no va a tomar el remedio, nosotros tenemos que ver bien en qué contexto vive. También hay algunos pacientes que cuando los derivamos, informamos al Centro de Salud que está cerca de la casa para que lo controle que esté haciendo el tratamiento. A veces es muy difícil...

**F:** *O sea que esa mala adherencia al tratamiento también influye...*

**E:** Por supuesto, un paciente que tuvo un ACV y está postrado en la cama si no tiene un colchón antiescara, si no tiene un kinesiólogo que vaya todos los días, si no tiene alguien en la casa que le haga una rehabilitación, el paciente no se rehabilita y posiblemente a los quince días o al mes esté de vuelta acá con algún otro proceso, con una bronquitis, con una neumonía por aspiración, una escara por permanecer tanto tiempo inactivo y pasa... se van de acá con un cuadro y después vienen con alguna de las complicaciones crónicas de ese cuadro.

**F:** *A partir de la vivencia que cada paciente tiene de su enfermedad, ¿ustedes observan que aparezcan efectos psíquicos?*

**E:** Si, recordemos que el paciente enfermo es un paciente que está muy vulnerable, él y toda la familia, y ni hablar del paciente que tiene una enfermedad crónica. El paciente hospitalario, como te decía, muchas veces es un paciente de escasos recursos, y aparecen cuadros depresivos, cuadros de *abulia*... y depende del cuadro que veamos si necesita de un psicólogo hablamos al psicólogo del servicio pero hay veces que ya necesitan de la asistencia de un psiquiatra y también nos manejamos con el servicio de psiquiatría

**F:** *Bueno, eso es todo. Le agradezco por su tiempo y por toda la información Emilio.*

**E:** De nada Florencia, ha sido un gusto.

## Entrevista a la Jefa del área de Enfermería: Lic. Claudia Cáceres

La entrevista se realizó el día 01 de diciembre del 2017, en el Hospital Enrique Vera Barros, puntualmente en el área de Enfermería del Servicio de Clínica Médica. La entrevista duró 30 minutos.

**F:** *Buenos días Claudia, quisiera saber un poco sobre el área de Enfermería y su funcionamiento.*

**C:** Éste servicio está hace 20 años, actualmente cuenta con 40 unidades de cama y ahora tenemos 37 camas porque hace un mes y medio se le cedió una parte a traumatología. Es un servicio que recepta diversas patologías, los pacientes ingresan por la guardia, lo revisa el médico de Clínica Médica, a veces lo estabilizan allá o queda unas horas en internación abreviada en la sala de la guardia y después se lo reubica acá en el servicio. También receptamos las altas de la terapia intensiva, de cardiología y estamos correlacionados con el resto de los servicios como neurología, oncología, urología, esos servicios son anexos nuestros, y la mayoría de las veces tenemos pacientes internados de esos servicios, a veces mandan pacientes para internación para cirugía o para tratamiento.

**F:** *¿Cómo está conformada ésta área?*

**C:** En el área de Enfermería hay 27 enfermeras, 2 supervisoras (una a la mañana y una a la noche), la mayor parte del personal son chicas jóvenes, recién egresadas porque éste es un servicio a donde la mayoría de la gente entra para capacitarse, se está receptando mucho personal nuevo que lo vamos capacitando y luego mandando a otros servicios a medida que se van formando porque la idea es que el Clínica Médica sea el ente formador del Hospital Vera Barros ya que como acá se ven todas las patologías la casuística

es grande y es importante para que se vayan adiestrando en el tratamiento del paciente. Actualmente dentro de esas 27 enfermeras todas son estudiantes, no hay ninguna que se haya recibido.

**F:** *Muchas gracias por toda la información Claudia.*

## Entrevista al Dr. Marcelo Marcos

La entrevista se realizó el día 5 de diciembre del 2017, en el Hospital Enrique Vera Barros, puntualmente en un consultorio del Servicio de Clínica Médica. La entrevista duró 35 minutos.

**F:** *Buen día Marcelo, a partir de mi investigación quería hacerle algunas consultas... ¿Cómo observan actualmente el afrontamiento de los pacientes ante la presencia de una enfermedad?*

**M:** Yo estoy acá desde el 2003 y vi que a veces es fácil enfrentar al paciente y su diagnóstico y, a veces, es más difícil decirle el diagnóstico a la familia u obtener el entendimiento de la familia con el diagnóstico que uno da, yo creo que a veces hay más aceptación del paciente cuando le decimos su diagnóstico que la aceptación de la familia. Nosotros con los médicos después de haber hablado nos preguntamos qué habrá entendido la familia, y después vienen a evacuar dudas y te das cuenta que no entendieron aunque uno explica de una forma básica digamos, la comunicación de malas noticias sobre las enfermedades a veces cuesta un poco. Y a veces el paciente conoce cosas de su propia vida que la mala noticia parece que la esperaba, por eso digo que a veces es mas aceptado por el paciente que por la familia.

**F:** *Y en los casos en que el paciente quiere firmar el alta voluntaria, como me tocó observar ahora, ¿cómo actúan ustedes?*

**M:** Nosotros hablamos con el paciente y le explicamos que si firma el alta voluntaria se hace cargo de lo que le pueda pasar, uno le tiene que explicar qué puede pasar si le damos el alta voluntaria antes del alta médica. Si un médico no da el alta médica es por alguna razón, por el incumplimiento de algún antibiótico, la falta de un diagnóstico, uno puede tener en medicina un síndrome pero no tiene la causa de ese síndrome. Yo noto por ahí que los

pacientes se cansan de la espera por el diagnóstico porque a veces depende de algún estudio que hay que hacer y no lo posee el hospital entonces hay que hacerlo por la parte privada... y el paciente se va porque se siente mejor pero se va sin una causa y es una complicación para él, porque puede evolucionar mal y se tiene que hacer cargo él mismo.

**F:** *¿Pasa muy a menudo?*

**M:** Sí, pasa bastante y creo que es por la demora hospitalaria. Pasan dos o tres días, mejora y entiende que se fue la enfermedad pero no sabe cuál es y pide el alta voluntaria. Se da muy a menudo, y nosotros no podemos hacer nada, simplemente se firma un consentimiento informado de lo que puede pasar. Yo lo entiendo al paciente, a veces pasan diez días y aun no hay un diagnóstico y prefieren esperar esos resultados en su casa.

**F:** *Me interesa mucho saber cómo notan ustedes que el paciente vive el día a día de su enfermedad...*

**M:** Bueno, nosotros al tener un psicólogo en el servicio nos ahorramos el tener que dar malas noticias o de indagar un poco más en la Anamnesis, que es el interrogatorio. Ahí vemos muchas cosas. Hay una Anamnesis de inicio, cuando ingresa el paciente y uno debería hacer una Anamnesis a las 48 horas cuando el paciente ya conoce a su médico, y cuando éste le trae un papel que dice que puede tener tal cosa, ahí vuelves a interrogar y saltan un montón de cosas de la vida personal del paciente, de sus hábitos tóxicos que te ayudan aún más al diagnóstico o te das cuenta que tiene tal cosa por eso que está contando en ese momento. Y eso tiene que ver con la mala adherencia al tratamiento que puede tener varias causas, a veces hay mala adherencia porque el tratamiento es costoso o porque genera ciertos efectos adversos que no son esperables para el paciente. Con el paciente con HIV nos pasa, lleva tres o cuatro drogas para el tratamiento y aparecen náuseas, vómitos, malestares gástricos... el paciente interpreta que le dan un medicamento que le hace mal y eso lleva a la mala adherencia al tratamiento. Se pueden ir compensando los efectos adversos con otras medicaciones. A veces también es por falta de cultura general, a veces le das un diagnóstico de HIV, Cáncer o Diabetes y es lo mismo que le hayas dicho que es un resfrío, dolor de garganta... no hay una

magnitud de lo que se les dice. Si uno no reconoce la enfermedad que tiene no puede aceptar el tratamiento. Tengo pacientes diabéticos hipertensos pero son alcohólicos, y vienen con problemas de su enfermedad pero no toman la medicación porque justo en ese momento tomaban alcohol y saben que el medicamento no va a tener efecto. No es solo que sea alcohólico sino que no asume que es diabético, no entiende sus complicaciones, por ahí hay falta de información porque el médico le dice que tiene diabetes pero no se sienta a explicarle qué significa, qué efectos tiene, qué complicaciones puede generar a largo y a corto plazo. Con los pacientes con Celiaquía por ejemplo pasa que no toman dimensión de la enfermedad que tienen, y son personas con un buen pasar económico, y por ahí los ves comiendo lomititos o empanadas sabiendo que la base de su enfermedad es la dieta sin gluten, no se adhieren al tratamiento y creen que por comer un día y al otro cuidarse lo regulan y no es así porque de inmediato disparas el sistema inmune, o pasa que no se adhieren al tratamiento porque la harina del celíaco es cara, los productos son más caros. Esa falta de cultura y entendimiento hace estragos...

**F:** *Le agradezco mucho por su buena predisposición y por toda la información brindada Marcelo.*

### Entrevista al Dr. José Torres:

La entrevista se realizó el día 17 de noviembre del 2017, en el Hospital Dr. Enrique Vera Barros, puntualmente en un consultorio del Servicio de Clínica Médica. La entrevista duró una hora.

**F:** *Buenos días Doctor, quisiera saber su punto de vista acerca del afrontamiento que realizan los pacientes ante la presencia de una enfermedad...*

**J:** Muchas veces depende de la enfermedad, hay personas que uno tiene que explicarles porque ya están implantadas en la sociedad como que son mortales como el HIV, y solamente se comunica al paciente no a la familia, después el tiene la voluntad y potestad de decirle a la familia si es HIV o no. Algunos lo toman sorprendidos otros se sienten tristes, se les viene el mundo abajo, uno les explica que en la actualidad es una enfermedad crónica que tiene tratamiento, y pueden vivir muchos años bien. Otra enfermedad que genera cierto grado de temor es la diabetes porque la gente piensa en la insulina, en que pueden llegar a perder las piernas porque vieron a algún diabético que le amputaron las piernas... en fin, las enfermedades agudas como neumonías o infecciones urinarias, la gente las toma bien en el sentido que acepta la enfermedad. Y con respecto al cáncer, que es otra enfermedad que genera miedo, nosotros somos más cautos y hacemos al revés del HIV, le comunicamos a la familia y no tanto al paciente porque en el paciente puede traer una respuesta negativa, y la familia después se lo comunica o hay familiares que no se lo comunican nunca, y hay otros que sí saben de su enfermedad. Yo creo que también depende del nivel de cultura, del coeficiente intelectual y la educación del paciente, depende de muchas cosas para que la persona sepa afrontar la enfermedad. Acá en el hospital tenemos mucha gente que lamentablemente no tiene un buen nivel de educación o por ahí tenemos

gente que no sabe qué medicación toma, no sé por qué pero es muy común que algunas personas toman dos o tres medicamentos y no saben qué medicamentos toman ni qué dosis y te dicen que lo sabe su esposa por ejemplo, y estamos hablando de una persona joven, no es una persona anciana, vemos que el nivel de educación no ayuda. Hay muy pocos que sí saben qué toman, a qué hora, por qué y para qué lo toman, son muy pocos con ese nivel de educación.

**F:** *¿Usted considera que el apoyo familiar ayuda en el modo de hacer frente a la enfermedad?*

**J:** Yo creo que sí, incluso cuando uno mismo está enfermo ese apoyo es fundamental para afrontar las enfermedades. Vuelvo a insistir, yo creo que hay que diferenciar lo que son las enfermedades agudas de aquellas que son crónicas y generan morbilidad, alteraciones que no te matan pero sí te coartan la vida por así decirlo de otras que son mortales. Obviamente también hay enfermedades agudas que pueden ser mortales como una neumonía grave o un cuadro de infección grave, pero por ahí lo sufre más la familia que el propio paciente, porque por ahí no sabe la gravedad que tiene y la familia sí cuando recibe el parte médico. Yo creo que el apoyo familiar es fundamental para poder salir adelante de ésta enfermedad, desde la esposa y los hijos hasta la madre, hermanos, es fundamental para que pueda afrontar la enfermedad. Lo que sí tenemos es mucha gente que no tiene familia, eso es otra cosa que pasa en el Hospital. No tienen familia o por problemas familiares los hijos no los vienen a visitar o no les importa, y hay gente que la tenemos que tener meses en el Hospital porque no tienen a dónde ir, no tienen con quien estar, es muy difícil y lo veo como una cuestión social. Lo otro es la cuestión económica, uno le indica un medicamento y la gente no tiene plata para comprarlo. Son problemas que nosotros tenemos que afrontar o saber cómo llevar porque no es lo mismo la parte pública que la parte privada.

**F:** *¿Qué piensa respecto de la mala adherencia al tratamiento?*

**J:** La mala adherencia creo que tiene que ver primero con el nivel de educación, la gente no comprende la enfermedad por más que uno le hable bien básico y algunos creo que no lo quieren comprender. Por ejemplo, hay

una paciente que en el 2010 se le diagnosticó HIV, ahora en el 2017 cae con un cuadro de convulsiones y demás, y durante siete años no hizo nada por su enfermedad, obviamente lo sabía ella solamente y no la familia. Además hay planes sociales para esa enfermedad donde podes recibir esa medicación de forma gratuita, por eso creo que hay gente que no comprende la enfermedad por su nivel de educación y hay gente que no quiere comprender, no quiere aceptar su enfermedad. También hay pacientes diabéticos que no se adhieren al tratamiento ni a la dieta, o toman los medicamentos pero no se adhieren a la dieta, es decir, hacen la mitad del tratamiento y cuando vienen las complicaciones ya es tarde para cambiar el rumbo de la enfermedad. Otro problema es económico, como te decía, personas que no tienen para comprar la medicación pero sin embargo todos tienen celulares, televisores y demás...

**F:** *No establecen las prioridades digamos...*

**J:** Exacto, yo creo que la gente no guarda plata para la salud pero esa idiosincrasia está en el ser humano, no piensa en que se puede enfermar o se enfermen los hijos. Todo eso hace que se sobrecargue la Salud Pública y termina generando incumplimiento en el Hospital.

**F:** *¿Cómo cree entonces que se logra esa adherencia al tratamiento?*

**J:** Y... es muy difícil, yo creo que el único que puede cambiar el rumbo de su propia enfermedad es el propio paciente, teniendo conciencia de su enfermedad. Vuelvo a insistir, hay que diferenciar enfermedades agudas de enfermedades crónicas, porque cuando uno habla de agudo son enfermedades transitorias, como una neumonía, uno hace un tratamiento por diez o quince días y se cura, en cambio, las enfermedades crónicas son el problema porque necesitan tomar a diario el o los medicamentos, como el hipertenso, el diabético, el paciente con cáncer o con un problema renal crónico, son esos los pacientes difíciles de sobrellevar, pero insisto, tiene que ver con el nivel educativo, con la cuestión social y económica, hay que tener dinero para comprar medicamentos, y también tiene que ver con una cuestión propia del ser humano, que piensa que puede comer, hacer y tomar de todo sin enfermarse o que la enfermedad no va a tener complicación. En nosotros como médicos la obligación está en insistir, en reforzar aquellas dudas que tenga el

paciente, tratar de explicar lo mejor posible acerca de su enfermedad y las complicaciones que puede tener, y tratar de estimularlo a que siga por la senda del tratamiento.

**F:** *Bueno doctor, muchas gracias por la entrevista y por la información brindada.*

**J:** De nada Flor, gracias a vos.