PSICOLOGÍA Y SALUD

Núñez de Villavicencio

PSICOLOGÍA Y SALUD Núñez de Villavicencio



PSICOLOGÍA Y SALUD

Núñez de Villavicencio

Ciudad de La Habana, 2001

Datos CIP - Editorial Ciencias Médicas

Psicología de la Salud / Fernando Núñez de Villavicencio Porro [y otros]. - - La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001.
1t.;X,293p. :il

Incluye Bibliografía e Índices
ISBN 959-7132-51-6

1. PSICOLOGÍA MÉDICA 2. PSICOLOGÍA EDUCACIONAL 3. LIBROS DE TEXTO I. Núñez de Villavicencio Porro, Fernando

WM 105

Edición: Lic. Tania Sánchez Ferrán
Diseño de Cubierta: AC. Manuel Izquierdo Castañeda
Diseño Interior: DI. Gerardo Roloff Rodríguez
Emplane: Belkis Alfonso García y Xiomara Segura Suárez

© Fernando Núñez de Villavicencio, 2001
© Sobre la presente edición,
Editorial Ciencias Médicas, 2001

Teléfonos: 32-5338, 32-4519 y 32-4579

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle E No. 452 e/ 19 y 21
El Vedado, Ciudad de La Habana, 10400, Cuba.
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Fax: (537) 33-3063. Télex: 0511202

AUTORES

Dr. Fernando Núñez de Villavicencio Porro
Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Psiquiatría y Profesor Titular de Psicología Médica. Profesor Principal de Psicología del Instituto de Ciencias Médicas «Victoria de Girón».

Dr. Ricardo González Menéndez
Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Psiquiatría. Profesor Principal de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas «Calixto García». Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica.

Lic. Guillermo Ruiz Rodríguez
Psicólogo y sociólogo. Profesor Titular de Psicología del ISCM de La Habana. Especialista en Psicología de la Salud. Miembro del Consejo Científico de la Facultad de Psicología de la UH. Profesor Principal de Psicología del Instituto de Ciencias Médicas de La Habana.

Dr. Miguel Ángel Álvarez González
Doctor en Ciencias Psicológicas. Investigador Titular del Instituto de Neurología y Neurocirugía. Profesor Auxiliar Adjunto de la Facultad de Psicología de la UH.

Lic. Zenaida Leal Ortega
Profesora Principal de Psicología en Tecnología de la Salud y en Lic. en Enfermería. Profesora Asistente del ISCM, responsable de las actividades extracurriculares.

Lic. Diana Marjorie Suárez Vera
Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Auxiliar de Psicología Médica del ISCM de La Habana.

Lic. Aida Asón Vivanco
Profesora Asistente de Psicología de la Facultad de CM de «10 de Octubre».

Lic. Maida Rancel Hernández
Profesora Titular de Psicología de la Facultad de CM «Julio Trigo».

Lic. Ubaldo González Pérez
Psicólogo. Profesor Auxiliar. Especialista en Psicología de la Salud. Miembro del Consejo Científico del ICB de La Habana. Profesor de la Maestría en Psicología de la Salud y Epidemiología e Higiene de la Escuela Nacional de Salud Pública. Profesor del Diplomado de Bioética del ISB.

Lic. Olga Iglesias Durán
Profesora Principal de Psicología de la Facultad de CM de «10 de Octubre». Profesora Auxiliar y especialista en Psicología de la Salud.

Lic. Lourdes Flórez Madan
Profesora Principal de Sexología en el ISCM de La Habana. Profesora Auxiliar Adjunta de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Médicas. Máster en Sexualidad Humana. Responsable Nacional de las Cátedras de Sexología y Educación de la Sexualidad.

Lic. María Dolores Sala Santos
Profesora Asistente de la Facultad de CM «Salvador Allende». Máster en Sexualidad Humana. Responsable de la Cátedra de Sexología y Educación de la Sexualidad «Salvador Allende».

Lic. Olga Esther Infante Pedreira
Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Asistente de la Facultad de CM «Manuel Fajardo». Secretaria del Grupo Nacional de Psicología.

Dr. Jorge Grau Abalo
Doctor en Ciencias Psicológicas. Especialista en Psicología de la Salud. Investigador Titular del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Profesor Auxiliar. Presidente de la Comisión Nacional del Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico.

Lic. Marta Martín Carbonel
Especialista en Psicología de la Salud. Investigador Auxiliar del Instituto de Angiología y Cirugía Vascular.

Lic. Ada Casals Sosa
Profesora Principal de Psicología del ISCM de La Habana. Especialista en Psicología de la Salud. Profesora Titular de Psicología.

Dr. Gustavo Atencio Sariol
Especialista de II Grado en Bioquímica Médica. Profesor Auxiliar de BM en Medicina Natural y Tradicional del ISCM de La Habana.

Lic. Esther Alonso
Licenciada en Psicología.

Lic. Margarita Chacón Roger
Lic. en Enfermería. Investigador agregado del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Miembro de la Comisión Nacional del Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico.

Dra. Teresa Romero Pérez
Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesora Titular. Investigadora Agregada del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Miembro de la Comisión Nacional del Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico.

Dr. Radamé Borroto Cruz
Doctor en Medicina y Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Administración de Salud. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana.

Dr. Ramón Aneiros-Riva
Profesor de la Universidad Médica de La Habana. Especialista en Fisiología Médica.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN/1

PARTE I. GENERALIDADES

1. La conciencia/3
   Concepto y definición/3
   Lo psicológicamente comprensible. La valoración de noxas y dinámica/8
   Alteraciones de la conciencia/9
2. Proceso cognoscitivo/12
   Sensación/12
   Percepción/14
   Pensamiento/18
3. Atención y memoria/23
   Atención/24
   Memoria/26
4. Proceso afectivo/29
   Base fisiológica del proceso afectivo/29
   Estados afectivos. Aspecto dinámico del psiquismo y carácter reflejo/30
   Emociones y sentimientos. Su interrelación dialéctica/31
   Estados afectivos relacionados con estímulos sensoriales directos/33
   Estados afectivos relacionados con la autoestima del sujeto/33
   Estados afectivos relacionados con otras personas/34
   Expresión de los estados afectivos/35
   Control de las experiencias emocionales. Su educación/36
5. El hábito como actividad conscientemente automatizada/37
   Concepto y características de la formación de los hábitos/37
   Cambios estructurales de la actividad en la formación de hábitos/37
   Diferencias entre hábito y costumbre/38
   Tipos de hábitos/39
   Interacción de los hábitos/39

Referencias bibliográficas/39

PARTE II. LA PERSONALIDAD COMO SISTEMA REGULADOR DE LA CONDUCTA

6. La personalidad como sistema regulador de la conducta/41
   Concepto de personalidad/41
   Estructura y formación de la personalidad/41
   Concepto de actividad humana/42
   Carácter sistémico de la personalidad/42
7. Subsistema imagen del mundo/43
   Imagen del mundo y salud/43
   Criterio de amenaza: criterios de seriedad y riesgo/44

8. Subsistema imagen de sí mismo/46
Acciones de salud que comprometen el esquema corporal/46
Autoimagen y otras acciones de salud/46
9. Subsistema sentido personal/48
Sentido personal y conducta de salud/49
10. Jerarquía de valores en la regulación de la conducta/51
Jerarquía de valores/51
11. Subsistema motivación/53
Escala de motivos/53
Necesidad objetiva y subjetiva de salud/55
La motivación para las acciones de prevención primaria/55
12. Frustración y conflicto/57
Conflicto/57
13. Subsistema voluntad/60
Independencia/60
Firmeza/61
Perseverancia/61
Autodominio/62
14. Interrelación dialéctica de los subsistemas. La toma de decisiones/64
Toma de decisiones/65
Referencias bibliográficas/67

PARTE III. TIPOLOGÍAS

15. Personalidad, tipologías y proceso salud-enfermedad/68
Algunos tipos de personalidad predispuestos a la salud/69
Algunos tipos de personalidad predispuestos a la enfermedad/69
16. Algunos rasgos de la personalidad de interés clínico/72
Rasgos compulsivos/72
Rasgos paranoides/72
Rasgos esquizoides/73
Rasgos histéricos/73
Rasgos dependientes/73
Rasgos sociopáticos/74
Referencias bibliográficas/75

PARTE IV. ASPECTOS DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

17. Conceptos de la psicología social/76
Actitudes/76
Prejuicios o esterotipia/76
Cómo modificar las actitudes y los prejuicios/77
Status y rol/77
Colectivos y grupos/77
Comunidad y psicología médica/78
18. Apoyo social/80
Apoyo social en los senescentes/82
19. Oncología psicosocial. Factores psicológicos y sociales de riesgo favorecedores del cáncer/83
Recorrido histórico del interés por los aspectos psicosociales del cáncer/83
Oncología psicosocial o psicooncología. Su campo de acción/84
Psiconeuroinmunología y oncología psicosocial/85
Factores psicológicos y sociales de riesgo en el cáncer/85

20. Técnicas en educación para la salud/88
Psicohigiene/88
Psicoprofilaxis/88
Entrevista/89
Charla educativa o audiencia sanitaria/91
Demostración/92
Dinámica de grupo/93
21. La familia/101
La familia en el contexto salud-enfermedad/101
Enfoque metodológico/101
Diferentes modelos para abordar la salud/101
Importancia de la familia/102
Definiciones de familia/103
Surgimiento de la familia/103
Funciones de la familia/104
Familia y problemas de salud/105
Estructura familiar/106
Ciclo de vida familiar/107
Crisis de la familia/107
Conducta de la familia en estado de salud/108
Diferentes tipos de estudios sobre la familia/109
22. La familia desde una perspectiva sistémica/110
Aspectos componentes del sistema/110
Aspecto estructural del sistema/111
Aspecto funcional del sistema/111
Aspecto integrativo del sistema/111
Familia y sociedad/112
Salud familiar/112
23. Modo de vida, psiquis y salud/113
Concepto de modo de vida y conceptos afines. Su dilucidación/114
Modo de vida como problema global vinculado a la salud/115
Modo de vida entre los factores determinantes de la salud/116
Determinantes e indicadores del modo de vida/116
Actividades que integran el modo de vida y su relación con el proceso salud-enfermedad/118
Modo de vida y salud en los desclasados sociales/120
Interacción psiquis, personalidad, modo de vida y salud/120
Relación entre el modo de vida, el estilo de vida y las acciones de salud/125
Indicadores del modo de vida para el estudio del estado de salud de la población/129
Información sobre el estilo de vida para la comprensión de la demanda de asistencia médica de la población/131
Referencias bibliográficas/132

PARTE V. PSICOLOGÍA DE LAS EDADES

24. Desarrollo psíquico en la infancia/135
Desarrollo psíquico en la etapa prenatal/136
Desarrollo psíquico en la lactancia/137
Desarrollo psíquico en la niñez temprana/138
Desarrollo psíquico en la etapa pre-escolar7139
Desarrollo psíquico en la etapa escolar temprana/140
25. Adolescencia/141
Caracterización de la adolescencia/141
Adolescente y familia/142

Educación sexual en la adolescencia/143
Adolescente y grupo/144
26. Lo psicológico en el envejecimiento/145
Función cognoscitiva/145
Función afectiva/148
Personalidad y envejecimiento/151
Estrés en la tercera edad/152
Envejecimiento normal y envejecimiento patológico/154
Referencias bibliográficas/155

PARTE VI. SEXOLOGÍA

27. ¿Qué entendemos por sexualidad humana?/157
Sexualidad humana en las diferentes edades. Desarrollo psicosexual/159
28. Sexualidad en la vida adulta/165
Primer período de la vida adulta (20 a 40 años) /165
Segundo período de la vida adulta (entre 40 y 60 años) / 166
Sexualidad en la vejez/167
29. Disfunciones sexuales/171
Ciclos o fases de la respuesta sexual humana (RSH) / 171
Causas de las disfunciones sexuales/172
Referencias bibliográficas/173

PARTE VII. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

30. La comunicación en la práctica médica/175
Relación médico-paciente/175
Calidad de la atención médica y satisfacción de la población/178
31. Entrevista médica/183
Preparación y organización de la entrevista/184
Algunos requisitos y habilidades básicas para entrevistar con efectividad/186
Empatía en la práctica médica/188
Entrevista médica con pacientes difíciles/193
Relaciones con grupos específicos/195
Atención a la salud frente a atención curativa/196
32. Tipos de respuestas en la relación médico-paciente/197
Respuesta inquisitiva/ 197
Respuesta hostil/199
Respuesta evaluativa/200
Respuesta de apoyo/201
Respuesta para dar información/202
Respuesta comprensiva o empática/204
Conclusiones para los seis tipos de respuestas/207
33. Relación del médico con la familia/208
Aspectos generales de la reunión familiar/209
Uso de la respuesta comprensiva o empática en la entrevista familiar/210
34. Relación médico-paciente en obstetricia, cirugía y pediatría/211
Relación médico-paciente en pediatría/211
Relación médico-paciente en obstetricia/212
Gestación y parto. Significación social/213
Afecciones tributarias de tratamiento quirúrgico. Significación social/215
35. Atención integral a los enfermos en etapa terminal. Los cuidados paliativos/219
Enfoque de los cuidados paliativos. Historia, delimitación conceptual y acciones/220

Alivio del dolor en el contexto de los cuidados paliativos/224
Presencia de otros síntomas y su control/226
Preparación para la muerte y atención al duelo/227
Programas de cuidados paliativos. El Programa Cubano de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico/229
36. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica/233
Historia psicosocial/233
Aspectos psicológicos que se deben tener en cuenta durante el examen físico/234
Referencias bibliográficas/235

PARTE VIII. RELACIÓN SOMA-PSIQUIS

37. Reacción psicológica ante la enfermedad/238
Factores que condicionan la reacción psicológica/238
Actitud ante la muerte/239
Actitud ante la salud y la enfermedad/239
Actitud ante el diagnóstico/240
Actitud ante los exámenes complementarios/240
Actitud ante el tratamiento/241
Formas de reacción patológicas/242
38. Vida afectiva, personalidad y respuesta inmunológica/243
Afectividad humana y su relación con la salud/243
Regulación de la personalidad sobre la afectividad/244
De la regulación psíquica a la regulación biológica. Aportes de la psiconeuroinmunología/246
39. Aspectos psicológicos en el dolor/251
Definición de dolor y modelos explicativos/251
Clasificaciones clínicas del dolor/253
Principales aportes de la psicología a la comprensión y tratamiento del dolor/254
Organización de los servicios psicológicos en la atención al dolor/258
Atención psicológica del dolor en el nivel primario/261
40. Estrés. Respuesta integral del organismo/264
Premisa/264
Enfoque interdisciplinario/264
Reacción de estrés/266
41. Estrés/271
Consideraciones sobre el concepto de estrés/271
¿Podemos estudiar el estrés?/ 276
42. Método sugesto-fisioterapéutico del *distress* psicológico/278
Estrategia general para el tratamiento del *distress* psicológico/278
Variante del método sugesto-fisioterapéutico para el tratamiento del *distress/279*
Otras técnicas y métodos de sugestión/285
Otras técnicas y métodos fisioterapéuticos/288
Referencias bibliográficas/289

Introducción

El presente libro está dirigido a satisfacer los objetivos terminales de la asignatura Psicología Médica en las distintas especialidades de los institutos superiores de ciencias médicas. Como estos objetivos terminales están regidos por la demanda del perfil de salida de los egresados, aspiramos a que este texto sea útil para responder a los requerimientos de los programas de dichas asignaturas y también como libro de consulta para el médico general básico, la enfermera de familia y el psicólogo del policlínico.

En su confección, se han incluido algunos capítulos del texto anterior con modificaciones mínimas, porque consideramos que sus contenidos tienen plena vigencia para los objetivos que nos hemos trazado. Otros se han reescrito con el fin de perfeccionarlos, como La conciencia, Atención y memoria, Modo de vida, psiquis y salud, Psicología de las edades y Sexología. Pero lo realmente novedoso es la introducción de temas que no fueron tratados en el texto anterior y que resultan imprescindibles para cumplir de manera adecuada, con el logro de las habilidades necesarias, en el perfil de salida del médico general básico y la enfermera de familia.

Por ello encontraremos un grupo de capítulos dedicados a la explicación de cómo la personalidad regula la conducta de las personas que atendemos, lo que permitirá al futuro egresado –y al ya egresado– entender el por qué de las acciones que realizan los pacientes a favor o en contra de la salud. Asimismo el médico aprenderá a planificar de forma más objetiva su actuación para lograr cambios en las actitudes que promueven conductas indeseables en los pacientes.

También se desarrollan capítulos relacionados con la atención a la familia y el apoyo social, que no fueron tratados en el texto anterior. Acerca de la relación médico-paciente (RMP), a los capítulos Comunicación y La entrevista médica se añade Tipos de respuesta en la relación médica-paciente; este trata sobre los tipos de respuesta del personal de la salud y posee un enfoque mucho más práctico de lo que se debe hacer o no en la comunicación con el paciente y, por lo tanto, sus posibles consecuencias. En esta parte también se incluye un capítulo dedicado específicamente a la entrevista familiar.

El tema del estrés se ha descrito con amplitud, por lo que en este volumen se le dedican propiamente dos capítulos, y un tercero, en el que se describe el método sugesto-fisioterapéutico con el propósito de que el médico general básico pueda utilizarlo y combatir el estrés en sus enfermos.

Otro nuevo capítulo trata sobre el sentido personal y su relación con las defensas inmunológicas del individuo.

Por último, el hecho de que el cáncer esté entre las tres primeras causas de muerte en el país y el nuevo enfoque de que debe intentarse que los pacientes terminales se cuiden en el seno de la familia con la atención directa del médico general básico y la enfermera de familia, nos llevaron a conformar tres capítulos con los temas siguientes: el análisis de los aspectos psicosociales favorecedores de la aparición del cáncer, la atención integral al paciente en etapa terminal y el dolor y su tratamiento, tanto en casos de cáncer como en otras enfermedades.

No obstante, consideramos que el texto anterior posee información de gran utilidad y recomendamos que debe conservarse como material de consulta de la asignatura.

PARTE I. GENERALIDADES

1. La conciencia

Ricardo González Menéndez

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

LA INTERACCIÓN SUJETO-MEDIO EN LA EVOLUCIÓN FILOGENÉTICA

La aparición de los protozoos 2 000 000 000 de años atrás y la subsecuente de celentereos, anélidos y moluscos nos ofrecieron por más de mil millones de años un paradigma de interacción con el medio, donde el ser vivo –al inicio exclusivamente dotado de citoplasma y después de un elemental rudimento de sistema nervioso– respondía a un nivel de adaptación basado en los trofismos de un medio natural que luego, durante cientos de millones de años iría enriqueciéndose con otras especies de animales cuyo comportamiento adaptativo sería progresivamente más complejo.

La aparición de los peces hace 400 000 000 de años implicó la existencia, muy en esbozo, de la médula y la formación reticular, y marcaron el clímax de la conducta instintiva de adaptación utilizada, además, por crustáceos e insectos.

Fue con los anfibios que apareció un rudimento de la corteza cerebral hace 300 000 000 de años y, a partir de entonces, fue evolucionando en reptiles, aves y mamíferos lo que posibilitó la interacción basada en reflejos condicionados con un medio más complejo por el desarrollo de la escala animal; pero aún no se evidenciaba huella alguna de la influencia de los seres vivos sobre el medio, en la forma creativa que solo podría hacerlo el hombre cuando con su praxis sumó a la categoría de medio natural las más desarrolladas de *medio cultural* y *medio social*.

La transición de los monos antropoides y prehomínidos al hombre tuvo lugar unos 20 000 000 de años atrás a partir de los driopitecos, australopitecos, pitecantropos y sinantropos, hasta el hombre de Neanderthal que vivió hace 100 000 años. Durante este período, el sistema nervioso se expandió mediante el desarrollo del cerebro –sobre todo en sus áreas frontales–, fenómeno en parte explicable por la creciente utilización de las manos en el proceso de elaboración de instrumentos orientados, en primer lugar, a garantizar la supervivencia ante la agresión de fieras y después a objetivos más desarrollados vinculados con la pesca y con la agricultura, y finalmente con la calidad de vida.

Esta adaptación creadora al medio requirió, como es lógico, de la agrupación y el liderazgo en esbozo de la horda primitiva y del desarrollo de medios de transmisión de experiencias, conocimientos y habilidades, que fue viabilizada en primer término por el lenguaje extraverbal hasta que surgió la palabra y consecuentemente cierto grado de pensamiento abstracto.

El proceso adaptativo fue, a partir de entonces, mediado en primer lugar por la conciencia y esta posibilitó la interacción dialéctica sujeto-medio en un grado cuanticualitativamente más desarrollado que llegó a nuestros días y que se proyecta hacia el futuro con potencialidades extraordinarias. Si imaginamos a un hombre contemporáneo sufriendo un intenso terremoto y comparamos su comportamiento con el de un hombre de Neanderthal que vivió 100 000 años atrás, apreciaríamos que –salvo los matices explicados por el desarrollo cientificotécnico y cultural– sus respuestas ante el cataclismo tendrían muchos aspectos comunes, pues ambos sujetos están dotados de conciencia pese a su diferente grado de desarrollo historicosocial.

Sin embargo, la comparación de la conducta de este hombre primitivo con el comportamiento pasivo de un ave doméstica, que ve como sus congéneres son extraídos de la jaula y sacrificados en su presencia, nos permite apreciar las grandes diferencias entre un ser dotado de conciencia y otro que carece de ella. Esta valoración de la conciencia en el campo de la filogenia se complementa con una breve revisión de lo que ocurre en la interacción sujeto-medio durante el desarrollo ontogénico.

LA INTERACCIÓN SUJETO-MEDIO DURANTE EL DESARROLLO ONTOGÉNICO

A partir de la concepción, el desarrollo progresivo del sujeto implica una etapa de interacción con el entorno natural, cultural y social, básicamente mediado por la madre durante la vida intrauterina y luego tutoreada –con etapas progresivas de independencia– por los padres, familiares allegados o figuras

sustituidas en el medio hogareño, educadores de guarderías infantiles, maestros en los diferentes niveles de enseñanza, etc.

En las primeras fases de la vida extrauterina, el niño es solamente un respondedor de estímulos y su nivel adaptativo es puramente instintivo. Más tarde comienzan los llamados esquemas, donde sus respuestas instintivas, expresivas de necesidades básicas como el hambre y la sed, comienzan a vincularse con estímulos originalmente indiferentes que devienen condicionados cuando se establece la relación temporal entre ellos –leche, agua– y los que se condicionan con la experiencia alimentaria –maniobras preparatorias de la alimentación– capaces de producir al cabo del tiempo, las mismas respuestas que el alimento propiamente dicho.

Falta, sin embargo, el nivel adaptativo consciente, ya que este implica una serie de exigencias que al principio son tan elementales como descubrir su propio cuerpo –vivencia de identificación de una mano o un pie–, establecer lo que es yo y no yo, desarrollar la apreciación del tiempo y vincularla a algunos ritmos biológicos, perfeccionar la apreciación del espacio y después incorporar –mediante el aprendizaje– la escala de valores y convicciones progresivamente creciente y exigente. Esta escala oscila desde identificar situaciones de peligro, hasta reconocer aspectos mucho más desarrollados como la honestidad, la solidaridad, la benevolencia, la justicia y el altruismo, entre muchos otros. Se almacenan así en la memoria, las experiencias positivas y también las negativas, que muchas veces devienen psicotraumas. Se establece la autoestima, la seguridad personal, los intereses básicos, las actitudes, las habilidades, los hábitos y el estilo de vida, aspectos que en diferente grado modelan las características congénitas como el temperamento, las aptitudes y el somatotipo, con el resultado final respectivo del carácter, las capacidades intelectuales y la figura.

Así un sujeto de somatotipo leptosómico puede, según su dedicación, lograr una figura atlética de la misma manera que puede modificar algunos aspectos de su temperamento explosivo, o desarrollar capacidades a punto de partida de aptitudes no idóneas. Todos estos procesos interactúan con el de maduración y desarrollo del sistema nervioso.

DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Para ofrecer una definición operativa básica de personalidad proponemos que esta es el conjunto estructurado de características biopsicosociales que se delimitan y expresan durante la interacción dialéctica sujeto-medio, y que diferencian a unos seres humanos de otros en un medio sociocultural determinado.

Una rápida valoración de términos nos lleva a destacar que esas características tienen una cierta coherencia interna y externa y que cuentan con bases bioquímicas y neurofisiológicas en el sistema nervioso, por ello son características *estructuradas.* Por otra parte, su modificación requiere de importantes esfuerzos reeducativos, pues son bastante consistentes. En lo que respecta a las características biológicas, son solo aquellas que se expresan en la interacción del sujeto con el medio natural, cultural y social, cuyos prototipos serían la postura, el tono muscular y la velocidad de reacción, en tanto que las psicológicas y sociales incluyen la seguridad personal, la tolerancia a frustraciones, los valores humanos, la auto y heteroexigencia, el desempeño de roles, el *status* y muchas más.

Finalmente, destacaremos que el término *personalidad* procede de las máscaras utilizadas en el teatro griego para transmitir a distancia las características esenciales del personaje interpretado por los autores, tales como tristeza, odio y alegría. Estas máscaras se llamaban personas.

DEFINICIÓN DE CONCIENCIA

En forma esquemática podemos destacar que las dos funciones básicas del sistema nervioso central son la regulación de la homeostasis y la posibilidad de la vida de relación. La conciencia se proyecta en el segundo campo de acción y aunque en su concepción restringida muchos autores la consideran como equivalente al nivel de vigilia y atención es, en su concepción amplia, la función psíquica de más alta jerarquía, exclusiva del hombre y posible gracias a su desarrollo biológico y social. La conciencia permite al sujeto percatarse de lo que ocurre en sí mismo (autoconciencia) y en su entorno, así como organizar su conducta para que esta se adecúe a lo que acontece, con el propósito fundamental de garantizar su adaptación creadora al medio, posibilitando la modificación de este según sus necesidades y las de su colectivo social. Es, por tanto, una función de síntesis de lo cognoscitivo, afectivo y conativo que permite su actividad armónica.

FASES DE LA ACTIVIDAD CONSCIENTE

Valorada en sus diferentes etapas apreciamos que la actividad de la conciencia implica varias fases: una *fase informativa* íntimamente vinculada con la atención, con la nitidez de los órganos de los sentidos y con las potencialidades amnésicas; una *fase integradora* que permite valorar la información, relacionarla con las necesidades, delimitar las posibilidades de satisfacción de estas y establecer planeamientos; una *fase ejecutora* que induce a la acción y organiza la conducta; y una *fase reguladora* que permite –por vía de la retroalimentación– modificar los planeamientos originales en el caso de que estos no diesen los frutos esperados.

Apréciese que la fase informativa, centrada en la actividad de los órganos de los sentidos exteroceptivos, propioceptivos e interoceptivos abarca también la reflexión introspectiva posibilitadora o viabilizadora de la identificación de los procesos subjetivos –conciencia reflexiva o autoconciencia.

Existen muchas definiciones de conciencia; entre ellas citaremos la de *Henry Ey* (1969) que la concibe como: "organización de la experiencia sensible actual que integra la presencia en el mundo, la representación actual del orden objetivo y subjetivo y la construcción del presente"; la de *Rubinstein* (1960): "conocimiento de algo que como objeto se opone al sujeto cognoscente". Por su parte, *Bustamante* (1966) enfatizó los aspectos inductores y reguladores de la conciencia con el propósito de resaltar el principio de la práctica social transformadora que junto al principio de multifacetismo, el enfoque sistémico y el historicismo representan aspectos básicos de nuestra concepción filosófica materialista dialéctica. En el diccionario filosófico de *Rosental* y *Ludin* (1981), la conciencia se define como forma superior, –propia tan solo del hombre– del reflejo de la realidad objetiva; constituye un conjunto de procesos psíquicos que permiten al hombre comprender el mundo objetivo y su ser personal (*Yudofsky*, 1994).

SUBSTRATO NEUROFISIOLÓGICO DE LA CONCIENCIA

Para nadie es un secreto que la indemnidad del sistema nervioso es un factor de primer orden para la actividad normal de la conciencia, y esto se cumple desde el nivel histoquímico hasta el psicosocial.

En efecto, cualquier desbalance que implique afectación del equilibrio electrolítico y nutricional, o modificaciones de la membrana, de los neuromoduladores, de los neurotransmisores y su cascada de segundos mensajeros, así como cambios del equilibrio funcional entre las diferentes vías y centros del sistema nervioso central –y todavía más cuando se produzcan cambios morfológicos relevantes en estas estructuras– determinarán afectaciones de mayor o menor grado en la conciencia (*Rojo, M*, 1982).

Sin embargo, es preciso que luego de estas generalizaciones nos detengamos en los sistemas neurofisiológicos de mayor importancia como substratos de la conciencia y destaquemos, de paso, que ellos son también la esencia neurofisiológica de la atención pasiva y activa, funciones íntimamente relacionadas con la conciencia como veremos de inmediato. La *atención pasiva* es la potencialidad receptiva del sujeto para los estímulos internos o externos capaces de actuar sobre sus órganos de los sentidos, y la *atención activa* implica la selección voluntaria de los estímulos que son más relevantes para una actividad consciente. Así, al escribir este capítulo inciden sobre mí múltiples estímulos cuya potencialidad de recepción depende de mi atención pasiva, pero la selección voluntaria de aquellos específicamente relacionados con la actividad que desarrollo es la misión esencial de mi atención activa.

Ahora bien, cualquiera que fuese el tipo de analizador implicado –exteroceptivo, propioceptivo o interoceptivo– durante el trayecto del estímulo –receptor, vía aferente, centro cortical–, este activará la formación reticular en su función ascendente, lo que determina la excitación difusa de la corteza cerebral –despertar o arousal– que se expresa por el reflejo de exploración y que es evidencia clínica de la preparación de los centros corticales para recibir cualquier estímulo (*González, R,* en prensa).

Esta activación difusa de la corteza es consecuencia específica de la acción de la porción de la formación reticular que se extiende desde la parte inferior del bulbo hasta el tálamo óptico, a partir de cuyos núcleos intralaminares se delimita la porción rostral en su proyección límbica y hacia el *neocórtex*.

La porción caudal crea las condiciones de recepción que posibilitan la atención pasiva –potencialidades receptivas–, pero es necesaria una acción más específica que concentre la actividad, precisamente, en los centros donde incidirán los estímulos seleccionados para la actividad consciente en cuestión. Esta concentración de la actividad cortical en el área específica –substrato neurofisiológico de la atención activa (selectividad receptiva)–, depende de la función del llamado sistema talámico difuso que representa la porción rostral de la formación reticular (*Barraquer,* 1967).

Así, un estímulo visual debe ser conducido a la región occipital próxima a la cisura calcarina, y la responsable de que esa zona esté en alerta –al principio junto al resto de la corteza– es la porción caudal de la formación reticular; mientras que lo que produce la concentración selectiva de la alerta cortical en la región occipital es la porción rostral que constituye el substrato neuroanatómico del sistema talámico difuso.

Resulta fácil inferir la alta significación del normal funcionamiento simultáneo de las estructuras y engramas mnémicos, así como de los centros corticales específicos y las áreas de asociación que posibilitan como sistema el proceso consciente, sin olvidar que esta individualización de "responsabilidades" solo podemos hacerla con finalidades didácticas, ya que el sistema nervioso es un subsistema del organismo y este, a su vez, un subsistema de la interacción dialéctica sujeto-medio.

A manera de símil, la activación cortical difusa se compararía con la iluminación global del escenario de un teatro de arena, y la focalización por el sistema talámico difuso reproduciría la iluminación por un *spot light,* una vez oscurecido el resto del escenario. Ahora podemos esclarecer la significación de los términos *el inconsciente* y *lo inconsciente*.

EL INCONSCIENTE Y LO INCONSCIENTE

En días pasados, al revisar mi agenda de actividades cuando salía rumbo al hospital, había planeado visitar a un paciente convaleciente de una crisis ulcerosa en el servicio de medicina interna. Pese a que la visita podía hacerla en cualquier horario, inicialmente proyecté efectuarla antes de la llegada a mi servicio. Tan pronto llegué al hospital, fui citado a una actividad urgente en otro sector del centro y dirigí mi auto hacia el lugar indicado. No fue hasta llegar a la Sala de Medicina, que pude percatarme que, por procesos inconscientes, había sido conducido a mi destino original, aunque conscientemente había cambiado mi ruta.

Algo similar ocurre cuando recibimos un mensaje subliminal de los que clásicamente se incluyen en la propaganda de las bebidas al ojear una revista con dicha información. En este caso hubo un proceso que no ocupaba nuestra atención activa –no era por tanto consciente– y, sin embargo, esa información fue recibida, conducida, integrada y en algunos casos llegó a incitar la conducta que fue el propósito del recurso subliminal.

Si partimos de estos dos ejemplos, podemos reconocer que existen posibilidades de recibir, procesar, integrar informaciones y hasta de inducir, ejecutar y regular alguna conducta, sin que ello ocurra mediante mecanismos conscientes. Podríamos aceptar inclusive, que algunos de estos procesos inconscientes distorsionaran en algún grado nuestra respuesta consciente ante una situación determinada. Sería el caso de apreciar una simpatía especial por alguien que luego de una profunda reflexión –y a veces después de mucho tiempo–, nos percatamos que tiene un gran parecido con nuestro padre.

Desde el punto de vista psiconeurofisiológico, podríamos aceptar que los receptores, vías, centros corticales y procesos de integración, pueden mantener cierto grado de funcionamiento, aun cuando no hayan sido selectivamente preparados para dicha función en el momento de ocurrir la vivencia. También podemos aceptar que muchas experiencias aparentemente olvidadas se mantengan activas a un nivel que les permite, a veces, distorsionar la apreciación de una situación actual sin percatarnos de su influencia. Este mecanismo podría explicar el franco rechazo ante cualquier figura autoritaria en un sujeto educado por un padre muy punitivo.

Está reconocido que en nuestro sistema nervioso, y durante la continua interacción con el medio, existe una constante actividad de estimulación e inhibición sucesiva de diferentes estructuras encefálicas, en forma similar a las pizarras electrónicas de una antigua estación ferroviaria, donde las luces que se encienden expresan actividad y las que se apagan inhibición. Estos focos intermitentes representarían como símil los procesos conscientes e inconscientes. Un proceso consciente actual puede ser inconsciente en cuestión de segundos –como le ocurrió al autor con la visita al enfermo convaleciente– y viceversa.

El tema de lo inconsciente puede abordarse desde diferentes enfoques (*González, R,*1996):

- Como mecanismo alternativo o de segundo orden en el procesamiento de la información.
- Como proceso interrelacionado en la actividad consciente en su esencia psiconeurofisiológica.
- Como factor capaz de distorsionar en algún grado los procesos conscientes.

Apréciese que en el primero y tercer casos dichos procesos estarían relacionados con las motivaciones inconscientes de la conducta que son el objetivo fundamental de las psicoterapias dinámicas, derivadas del psicoanálisis clásico u ortodoxo.

El *inconsciente* fue el término utilizado por *Freud* para referirse a una de las categorías del criterio topográfico de su teoría psicoanalista, que incluía además el *preconsciente* y el *consciente*. Esto nos permite identificar estos conceptos en dicha teoría de la forma siguiente: *el consciente* con lo que ocupa en un momento dado nuestra atención activa, *el preconsciente* con lo que recientemente la ocupó y ahora salió de su campo, y *el inconsciente* con lo que antes fue consciente y después se olvidó (*Rodríguez Rivera*, 1994).

En la nomenclatura actual lo inconsciente expresaría los procesos de inhibición, y lo consciente, los de excitación. Por ello es preferible usar lo insconciente que el inconsciente.

Sin que por ello sea menos genial –si recordamos que sus aportes datan de 100 años atrás– destacaremos que el concepto freudiano de inconsciente se refiere a un reservorio donde se guardaban específicamente instintos, recuerdos penosos, pulsiones prohibidas, o situaciones conflictivas de alta potencialidad ansiogénica; este reservorio está celosamente custodiado por un censor para evitar la salida de su contenido a los niveles preconsciente o consciente. Estos elementos reprimidos fueron considerados la esencia de la conducta neurótica por el mecanismo de motivaciones inconscientes, substrato fundamental de la psicopatología y también de la estructuración de la personalidad durante la interacción sujeto-medio. El psicoanálisis redujo esta interacción a lo esquemáticamente esperable en familias de clase media en Austria durante la época victoriana, sin tener en cuenta –hasta el posterior aporte de los culturistas– los diferentes contextos etnosocioculturales, los sistemas de producción social o las características específicas de las relaciones con figuras significativas.

Esta proyección carente del marco sistémico apropiado llevó a *Freud* a generalizar algunas apreciaciones clínicas obtenidas de un grupo reducido de pacientes y a universalizarlas, como también hizo con los símbolos y con el principio de la reiteración de comportamientos a lo largo de la vida. Pese a lo señalado, consideramos que sus aportes a la medicina, la psicología general, la psicología médica y la psiquiatría fueron realmente formidables, como también lo fue el carácter humanista de sus concepciones y métodos, en una época en que el hombre había sido reducido a sus aspectos somáticos en el campo de la medicina.

Para nosotros, la personalidad normal o anormal se establece durante la interacción dialéctica sujeto-medio en un individuo eminentemente social donde la comunicación con el entorno natural y sociocultural, mediada al inicio por figuras significativas, se produce sobre todo por vías conscientes verbales o extraverbales, determinantes de un amplio espectro de vivencias cuyos polos son la gratificación y la frustración y que, junto a muchas otras experiencias que dejan sus huellas mediante mecanismos de aprendizaje condicionados, instrumentales o imitativos, posibilitan el

desarrollo de las características biopsicosociales que integran el concepto de personalidad como sello distintivo de cada sujeto en un medio determinado.

La negación del significado de mecanismos inconscientes en este proceso sería un error tan serio como considerar a dichos mecanismos como el factor fundamental de interacción. De igual manera sería catastrófico desconocer el papel de las relaciones con figuras significativas que desempeñan en primera instancia el papel de modeladores de la arcilla temperamental y aptitudinal, de la que se derivarán en forma respectiva las especificidades caracterológicas e intelectuales. Aceptamos, por lo tanto, la existencia de mecanismos inconscientes que actúan como mecanismos de defensa y también como huellas psicotraumáticas aparentemente olvidadas, y reconocemos su papel relevante en las afecciones psiquiátricas de matiz psicógeno; pero damos más significado al medio que a los instintos, más a las convicciones que a las pulsiones y más a la relación terapéutica interpersonal activa, que a la función de pantalla donde se reflejan los conflictos inconscientes.

Asumimos, en definitiva, la psicoterapia con el paradigma del proceso enseñanza-aprendizaje más que con el modelo de explorador del *ello* (*Borroto y Aneiros,* 1996; *Freud,* 1965). Por ser uno de los aportes ratificados con el avance de la ciencia, abordaremos también en forma coloquial algunos de los más relevantes mecanismos de defensa del yo, señalados por *S. Freud* y desarrollados por su hija *Ana*.

MECANISMOS DE DEFENSA DE LA PERSONALIDAD

Comentaremos ahora en forma muy elemental uno de los más significativos aportes del psicoanálisis: los mecanismos de defensa del yo o mecanismos de defensa de la personalidad, según prefiramos llamarlos.

Estos mecanismos que se van estructurando a través de la propia experiencia funcionan *predominantemente a nivel inconsciente* y, por ello, se apartan de las leyes que rigen nuestro proceso consciente. Por expresarse también en los sueños, podríamos utilizar las vivencias oníricas como marco de referencia para comprender la complejidad de estos según avanza el desarrollo de la personalidad. Así, desde mucho tiempo atrás, se sabe que los sueños de los niños son fácilmente comprensibles si tomamos en cuenta las experiencias que precedieron el dormir. Un niño que va al zoológico con su tío reproduce esta vivencia en sus sueños casi sin modificación alguna, cosa que no ocurre en otras etapas de la vida donde se determinan notables distorsiones por la mayor complejidad de los mecanismos bioquímicos, neurofisiológicos y psicológicos; estos últimos representados en esencia por los procesos inconscientes que nos ocupan.

La utilización de los mecanismos de defensa en los niños durante la vigilia es fácilmente apreciable debida al carácter rudimentario e ingenuo de sus procesos adaptativos. Un niño que se atemoriza ante el rugido de una fiera enjaulada durante una tarde de diversión en el zoológico puede evitar involuntariamente que se afecte su vivencia positiva al comunicar a su acompañante: "Vamos abuelito, que tú tienes miedo", y estará usando un *mecanismo de proyección*. Este mismo niño responderá al señalamiento de que mojó la cama con un rotundo "Fuiste tú", con lo que, sin saberlo, se apoya en *mecanismos de negación y conversión en lo contrario* para proteger su autoestima sin tener todavía la más mínima noción de lo que esto significa. La situación es totalmente diferente en los adultos, por resultar mucho más compleja y difícil de identificar. La tarea es todavía más difícil cuando el objetivo terapéutico es que el sujeto lo reconozca, meta que será, desde luego, solamente trazada cuando los mecanismos de defensa utilizados hayan determinado resultados no satisfactorios. Destacaremos ahora algunos de los más frecuentes:

La proyección. El sujeto se comporta como una cámara cinematográfica y dirige hacia otras personas que fungen como pantalla, contenidos no aceptables de su vida psíquica o características negativas de su personalidad. El refranero popular se refiere a ella cuando señala "el ladrón piensa que todos son de su condición" o "Ve la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio". En la clínica psiquiátrica este mecanismo es muy evidente en las ideas de referencia y apréciese que en este caso, en que el sujeto piensa, por ejemplo, que otras personas comentan su comportamiento poco viril, el mecanismo, lejos de atenuar la ansiedad, la determina o incrementa, por resultar ineficaz o exagerado y desempeñar por ello un papel inadaptativo en lugar de su pretendido protector.

La subestimación. En la fábula de Esopo sobre la zorra que salta para obtener las uvas se ejemplifica este mecanismo, cuando para enfrentar la frustración de no poderlas alcanzar la zorra comenta: "Total, estaban verdes".

La negación. Son las críticas a otras personas sobre características muy evidentes en el emisor de la valoración. La parsimonia y la diplomacia en un sujeto con importantes componentes de hostilidad en su personalidad es el modelo para *la conversión en lo contrario*, también llamada *formación reactiva*. Los sentimientos dirigidos hacia el médico que reproducen los otrora dirigidos a personas significativas modelarán la *transferencia*, y las respuestas inadecuadas del terapeuta ante comunicaciones que movilizan conflictos personales se explicarían por la *contratransferencia.*

La hostilidad dirigida al jefe en lugar de la madre punitiva expresa el *desplazamiento* y, en cierto grado también, la *regresión*; la conducta filantrópica de alguien culpado por comportamientos egoístas anteriores podría ejemplificar el *deshacer* (*undoing*). La exclusión de la conciencia de contenidos desagradables sería un efecto de la *represión*, que se manifiesta en la sesión terapéutica como *resistencia*. Las amnesias de las experiencias catastróficas propias de las reacciones ante estrés grave

representarían la *disociación*; y la incapacidad psicógena para deambular, es ejemplo del *mecanismo de conversión*.

La voz gruesa y la actitud autoritaria de alguien con sentimientos de inferioridad por no aceptar su estructura indica la *compensación*, y si el mecanismo se exagera conduciendo a comportamientos violentos para "darse a respetar" sin que realmente se justifique es un signo de la *sobrecompensación*.

La conducta algo infantil que ciertos pacientes adoptan ante afecciones predominantemente somáticas resulta, por lo general, expresiva de la *regresión*. Uno de los factores que explican la notable efectividad de Alcohólicos Anónimos es precisamente que sus asociados resultan guiados en forma más o menos consciente por el *mecanismo de expiación*, el mismo que a veces explica comportamientos estoicos en personas con algún sentimiento de culpa.

Cuando el autor estudiaba medicina nunca se presentó a examen de premio debido al mecanismo de *racionalización* de que era mejor dedicar el tiempo al examen ordinario siguiente, y fue muchos años después de ser médico que comprendió que era un modo involuntario de manejar su inseguridad.

El temor exagerado a las inyecciones en una mujer inhibida sexualmente después de una violación en la infancia podría indicar el *mecanismo de simbolización*. A veces las personas, sin darse cuenta, imitan a otros y muchas veces esa imitación persigue objetivos gananciales como aumentar la seguridad personal, el mecanismo subyacente es la *identificación*. El sujeto agresivo que se hace campeón en tiro con pistola posiblemente esté movido por mecanismos de *sublimación*.

Estos y otros muchos mecanismos, cuyo estudio trascendería los objetivos de este libro, pueden explicar muchas manifestaciones psicopatológicas **y es entonces, únicamente, que serán abordados con finalidades interpretativas, so pena de cometer yatrogenia o en el mejor de los casos perder el tiempo**.

Por razones éticas fundamentales, ningún miembro del equipo de salud intervendrá cuando un mecanismo defensivo determine efectos positivos. Antes de terminar estos comentarios invitamos a valorar qué mecanismo subyace en los trastornos psicofisiopatológicos o psicosomáticos si se toma en cuenta el brillante comentario de *Henry Maudsley:* "La pena que no se desahoga en lágrimas hace llorar otros órganos".

LO PSICOLÓGICAMENTE COMPRENSIBLE. LA VALORACIÓN DE NOXAS Y DINÁMICA

Ahora comentaremos algunos aspectos que se deben tomar en cuenta en la relación médico-paciente (RMP), que en su variante de participación mutua, lo que se persigue es comprender al paciente. Reflexionemos sobre lo que ocurre cuando entramos a un cine después de haber comenzado la proyección del filme. Apreciaremos que existen reacciones en el público que no son comprensibles para nosotros, tales como simpatía hacia un actor en el papel que desempeña, risas ante situaciones que, para nosotros, no tienen gracia alguna o comentarios expresivos de la expectación de alguna incidencia argumental que no podemos vaticinar, lo que determina cierto desconcierto inicial del que difícilmente saldremos hasta "empatar la película" y conocer lo ocurrido antes de nuestra llegada.

La utilización de este símil nos permitirá valorar la importancia de conocer qué ha ocurrido antes en la vida del paciente; y esto no solo resulta relevante para el propósito terapéutico, sino también para el diagnóstico de los aspectos que se deben modificar con nuestra influencia psicológica. Es decir, antes de programar los objetivos que se persiguen y los recursos que se utilizarán para ayudar a un paciente, es imprescindible que identifiquemos cuáles son los síntomas o los patrones inadecuados del comportamiento u otras deficiencias en la personalidad que debemos enfrentar durante la "alianza terapéutica", así como cuáles y cómo han sido las relaciones interpersonales previas a la relación que se desarrolla en el marco terapéutico, sobre todo aquellas establecidas con personas significativas en el entorno hogareño y, posteriormente, en el contexto escolar, laboral y social.

Resulta lógico inferir que cuanto más tempranas sean las influencias positivas o negativas del entorno –sobre todo las interpersonales–, tanto más relevantes serán estas en la determinación de personalidades normales o con meyopragias más o menos severas. Estos trastornos pueden estar representados en esencia por rasgos caracterológicos como la minusvalía, la inseguridad, la rigidez, las limitaciones interpersonales, la intolerancia a las frustraciones y otros que propenden a la ansiedad o la utilización de mecanismos de defensa de la personalidad exagerados o ineficaces, que, en lugar de lograr sus objetivos adaptativos, pueden convertirse en notables obstáculos para disfrutar de salud mental.

Por otra parte, la ductilidad de la personalidad ante la psicoterapia es tanto mayor cuanto más joven sea el "reclamador de ayuda". El símil de la arcilla húmeda fácilmente moldeable y la endurecida por el tiempo, que es difícil de modificar se ajusta tanto al efecto de influencias positivas como de las negativas, representadas estas últimas por los psicotraumas tempranos, muchos de los cuales pierden su carácter consciente, pero mantienen –o incrementan– sus potencialidades patógenas, con la desventaja de que su acción ahora se aparta de las leyes de la lógica. Así, un niño maltratado por su progenitora puede en el futuro expresar notable hostilidad hacia figuras autoritarias como

un maestro, un policía o un jefe en el trabajo, sin que pueda discriminar las diferencias de edad, sexo, o contexto interpersonal; y reacciona ante ellos "como si fueran" la madre que rechaza al hijo, con la agravante de que no es en modo alguno consciente de los mecanismos que determinan la "confusión" que desempeñarán un papel relevante en su futura conducta inadaptativa. Estos mecanismos –que pudieran ser de transferencia, desplazamiento, regresión o simbolización– pretenden en definitiva ser aliados inconscientes del sujeto, pero cuando fallan, sus resultados pueden ser muy nocivos, y la clarificación y concientización de estos por parte del paciente requieren importantes esfuerzos terapéuticos.

Veamos esto con otro símil. Las experiencias negativas con la madre se comportan como las brasas encendidas de una antigua cocina de carbón, que al caer donde se colecta la ceniza y ser cubiertas por ella pierden aparentemente la posibilidad de generar calor –se olvidan y funcionan mediante procesos inconscientes–, pero mantienen todas sus posibilidades caloríferas –determinantes de conductas o motivaciones inconscientes–. La forma idónea de eliminar estos efectos de larga duración es remover la ceniza y posibilitar su combustión hasta extinguir la fuente calórica (conflictiva). En muchos casos de psicoterapia reeducativa y reconstructiva es necesario desarrollar una tarea similar hasta que se logren los objetivos propuestos en el planeamiento psicoterapéutico, sobre todo cuando existen mecanismos que han salido del control consciente y el proceso equivalente a la remoción de la ceniza es, habitualmente, determinante de ansiedad.

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

Existen diferentes trastornos de la conciencia cuyo conocimiento es de alta relevancia para el médico integral, pues muchas veces son la primera expresión clínica de afecciones predominantemente somáticas de alto riesgo para la vida del paciente, y en otros casos pueden ser consecuencia de situaciones vitales de notable potencialidad ansiogénica.

La precocidad relativa de las alteraciones de la conciencia, que en el primer grupo preceden a las neurológicas, permite el diagnóstico a tiempo de afecciones como tumores, abscesos, aneurismas o hematomas cerebrales, así como procesos endocrinos, metabólicos o infecciosos que afectan seriamente el metabolismo cerebral.

Con propósitos didácticos, clasificaremos los trastornos de la conciencia según la afectación de su campo, su nitidez o su veracidad.

TRASTORNO DEL CAMPO DE LA CONCIENCIA

Esta afección, denominada también estrechamiento de la conciencia, es típicamente de carácter psicógeno, y se caracteriza por la focalización de la conciencia en una temática, que puede a veces expresar el conflicto afrontado por el paciente y otras, evadirlo mediante mecanismos amnésicos.

La expresión más característica es la exclusión del campo de la conciencia de una experiencia altamente significativa. Otras veces se manifiesta por una temática perseverante junto a un comportamiento desorganizado. El estrechamiento de conciencia puede expresarse también bajo la influencia hipnótica en el estado de trance, y puede ser el mecanismo que sirve de base a los llamados *estados segundos* o casos de *doble o triple* personalidad.

TRASTORNOS DE LA NITIDEZ DE CONCIENCIA

Expresa la reducción del nivel de vigilia que puede ir desde el embotamiento o aturdimiento, hasta el coma, pasando por la obnubilación, la somnolencia y el sopor.

OBNUBILACIÓN

En la obnubilación, término que significa ver a través de una nube, el reflejo de la realidad objetiva y subjetiva se hace cada vez más difícil, como si se elevara el umbral de activación de los órganos de los sentidos, lo que requiere estímulos cada vez más intensos para ser apreciados. Debe destacarse que en estos trastornos de conciencia no se evidencian distorsiones de la realidad como ilusiones, alucinaciones y metamorfosis, sino solamente dificultad para reflejarla.

El paciente obnubilado disminuye sus posibilidades de percatarse de lo que ocurre en su entorno y solo responde a estímulos más intensos que los habituales; su pensamiento es lento y algo perseverante, pero sin serias distorsiones en su contenido, la afectividad está embotada y los movimientos disminuidos y lentos.

Veamos sus manifestaciones en los distintos acápites del examen psiquiátrico donde señalaremos en *negritas* los componentes más relevantes del síndrome:

- **Descripción general**. Enfermo tranquilo, *hipomímico*, con descuido en los hábitos si no se le auxilia.
- **Función de integración**. *Vigilia baja*; atención distráctil; memoria disminuida y orientación muy grosera.

- **Función de relación**. *Afectadas globalmente.*
- **Capacidades intelectuales**. Disminuidas.
- **Funciones cognoscitivas**. Sin síntomas productivos; lo más significativo es la *necesidad de utilizar estímulos fuertes para lograr la comunicación*; pensamiento lento.
- **Función afectiva**. Indiferencia.
- **Conducta**: abulia e hipocinesia.

Clásicamente estas manifestaciones se describían en la fiebre tifoidea, pero pueden verse en otras afecciones o en cuadros meningoencefálicos y tumores cerebrales. Cuando se alcanza el nivel comatoso, se anulan de forma total las funciones de relación del sistema nervioso, y solo se mantienen las orientadas a la regulación homeostática.

TRASTORNOS DE LA VERACIDAD DE LA CONCIENCIA

En estos se distorsiona en mayor o menor grado el reflejo de la realidad objetiva y subjetiva con serios trastornos sensoperceptivos. Estudiaremos el *delirium*, el estado oniroide, el estado crepuscular y el confusional.

DELIRIUM

Su denominación implica etimológicamente deformación o desviación de la realidad, y es un cuadro muy productivo, en el que el paciente corre importante riesgo de accidentes si no es protegido. Su evolución en los ancianos lleva a 25 % de mortalidad.

En este síndrome la toma de vigilia es mayor y existen, además, importantes trastornos sensoperceptivos, sobre todo visuales y táctiles, cuyo contenido habitualmente desagradable o terrorífico determina el estado afectivo y la conducta frecuentemente defensiva o de escape que implica agitaciones a grandes espacios o peligros como la defenestración.

Una de sus manifestaciones de mayor valor diagnóstico es la falsa orientación fluctuante, expresada por momentos de orientación seguidos de inmediato por desorientación total.

- **Descripción general**. *Paciente agitado, sudoroso y tembloroso.*
- **Función de síntesis**. *Vigilia baja*, atención *distráctil*, memoria *disminuida con evocación residual después de superado el cuadro*, comprensión disminuida, *orientación fluctuante* que le permite ocasionalmente ubicarse en espacio y persona, aunque instantes después se muestra totalmente desorientado.
- **Función de relación**. Afectados globalmente.
- **Capacidades intelectuales**. Disminuidas.
- **Funciones cognoscitivas**. *Notable riqueza alucinatoria*, sobre todo visual y táctil, cuyas temáticas más frecuentes son los animales repugnantes que se le enciman o los temas cósmicos o catastróficos en los que el paciente se siente en riesgo de muerte o agresión, a veces las alucinaciones son agradables y en forma de miniatura, el pensamiento está disgregado y perseverante y su temática guarda relación con las alucinaciones.
- **Funciones afectivas**. Con frecuencia hay ansiedad y terror.
- **Conducta**. *Agitación a grandes espacios*, generalmente defensiva de sus presuntos agresores y determinante de riesgos, como lanzarse al vacío o golpearse en las huidas, si no es protegido, los temblores son muy significativos, sobre todo en el *delirium* alcohólico que es el más característico.

Este síndrome puede presentarse en otras intoxicaciones externas, así como en procesos infecciosos severos o traumas craneales.

ESTADO ONIROIDE

Este cuadro, etimológicamente vinculado a la ensoñación, tiene como características más relevantes la actitud contemplativa y apacible del enfermo ante su riqueza alucinatoria de tipo visual y de carácter escénico, es decir, alucinaciones en dos dimensiones como si presenciara una película.

En este síndrome la afectividad y la conducta se ven poco afectadas, excepto en lo referente a la pasividad como producto del carácter generalmente neutro de sus trastornos sensoperceptivos.

- **Descripción general**. Paciente en *actitud contemplativa*, hipomímico, con descuido de hábitos si no hay tutoría.
- **Función de integración**. *Vigilia baja*. La atención es distráctil, excepto en lo relativo a sus vivencias alucinatorias sobre las que, por lo general, aparenta estar hiperconcentrado. La memoria está disminuida, al superar el cuadro hay recuerdos parciales. En la orientación predomina como tomada la alopsíquica, conservada la autopsíquica.
- **Capacidades intelectuales**. Disminuidas.
- **Funciones cognoscitivas**. *Notable riqueza alucinatoria visual de tipo escénic*a con temáticas no angustiosas que explican su pasividad ante las vivencias. El pensamiento está disgregado, divagante y lento.
- **Funciones afectivas**. *Beatífica complacencia.*
- **Conducta**. *Contemplativa* e inmóvil. Al superar el cuadro se expresan vivencias de desrealización y recuerdos de algunas vivencias ocurridas en el episodio. Puede verse en cuadro tóxicos y sépticos y con posterioridad a traumas craneales.

ESTADO CREPUSCULAR

Su denominación se refiere en esencia a la afectación de la conciencia, expresada clínicamente por la desorientación mantenida y la amnesia total de las vivencias una vez superado el cuadro.

Existen dos modalidades: la *pasiva u ordenada* y la *desordenada o agitada* que es precisamente la más frecuente, y por eso será objeto de nuestra descripción fundamental. La forma pasiva es la que viabiliza las fugas epilépticas o psicógenas, en las que el enfermo en forma automática es capaz de alejarse hasta miles de kilómetros de su hogar en viajes sin propósito voluntario, luego de haberse comportado en forma aparentemente organizada. Es de instalación y terminación súbitas.

La forma desorganizada constituye una de las más importantes emergencias psiquiátricas por su frecuente carácter agresivo y destructivo, en la que el enfermo se enfrenta a sus alucinaciones de contenido amenazador.

- **Descripción general**. *Enfermo agitado, sudoroso y agresivo.*
- **Función de síntesis**. *Nivel de vigilia muy bajo*. La atención es distráctil para temas ajenos a sus vivencias alucinatorias. En la memoria predomina la *amnesia total al concluir el cuadro* a diferencia del delirium y el estado oniroide en los que la norma es la posibilidad de evocar fragmentariamente lo ocurrido. La comprensión está disminuida y en la orientación hay *desorientación total y sin fluctuaciones.*
- **Funciones cognoscitivas**. Alucinaciones.

Este síndrome puede también manifestarse ante la ingestión de alcohol –aun en pequeñas cantidades– en sujetos con terreno disrítmico.

ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL

Se caracteriza por un alto grado de disfunción cerebral; es llamado también *amencia*, término que destaca la ausencia casi total de psiquis.

Este es el síndrome expresivo del mayor grado de toma de conciencia, luego del síndrome de ataque compulsivo en su etapa posictal o del síndrome comatoso.

La afectación del fenómeno psíquico es de tal magnitud, que solo por inferencia clínica se presume la presencia de ilusiones visuales. El pensamiento muestra un alto grado de incoherencia que impide la comunicación, y la conducta se hace muy rudimentaria, aunque generalmente limitada al espacio de la cama a diferencia de la que se presenta en el *delirium.* La perplejidad es un elemento de primer orden para el diagnóstico

- **Descripción general**. Se describe el enfermo como en *agitación limitada a su cam*a, con movimientos sin propósito –como enrollar la sábana– que se denominan movimientos carfólicos, de alto valor diagnóstico. La expresión facial es de *perplejidad.*
- **Función de síntesis**. *Vigilia a punto de abolirse*. La atención es muy distráctil y la memoria es abolida. La comprensión es también abolida y en la orientación predomina la *desorientación total y sin fluctuaciones.*
- **Función de relación**. Abolidas.
- **Capacidades intelectuales**. Prácticamente nulas.
- **Funciones cognoscitivas**. Predominio de ilusiones visuales inferidas por la observación del enfermo. El pensamiento es *incoherente*.
- **Funciones afectivas**. Indiferencia. La conducta está marcada por la *agitación limitada a veces con características profesionales*, en que el enfermo repite movimientos propios de su trabajo habitual.

Este síndrome es frecuente en las intoxicaciones, infecciones y traumas severos, así como en accidentes cerebrovasculares y desbalances metabólicos sistémicos.

2. Proceso cognoscitivo

Colectivo de autores

En el capítulo anterior estudiamos el origen y desarrollo de la conciencia, así como su carácter reflejo. Ya sabemos que ontogénicamente, la conciencia constituye el resultado de un complejo proceso en el que interactúan dialécticamente lo biológico y lo social durante la actividad del hombre. La conciencia es el nivel integrador de todos los fenómenos y mecanismos psicológicos, y cumple una función orientadora y reguladora de la actividad a través de los procesos cognoscitivos y afectivos.

Durante su actividad práctica, el hombre se relaciona constantemente con diversidad de objetos, fenómenos, situaciones y personas con los cuales interactúa. En esa interacción, los procesos cognoscitivos le permiten el conocimiento de lo que le rodea y constituyen el aspecto racional de la personalidad; pero ante la realidad que conoce, se producen al mismo tiempo los procesos afectivos o respuestas afectivas a partir de una valoración de esa realidad, y que se traduce en múltiples estados afectivos, cuyo conocimiento resulta de vital importancia para el médico.

Los procesos psicológicos permiten la relación dialéctica entre el hombre y su medio. Los procesos cognoscitivo y afectivo forman una unidad indisoluble en la conciencia y los separamos únicamente para estudiarlos. El proceso cognoscitivo está constituido por la sensopercepción y el pensamiento. Es fundamento y garantía de la primera característica de la conciencia: la capacidad de conocer el mundo. Permite el reflejo en la conciencia de las cualidades de los objetos y fenómenos de la realidad objetiva, y su resultado es el conocimiento.

SENSACIÓN

La sensación constituye el punto de partida de todos los fenómenos psíquicos y tiene una doble significación. La primera es que da lugar al reflejo sensorial, conocimiento inmediato de la realidad, y la segunda que es el momento inicial que nos lleva al pensamiento. La sensación es el proceso psíquico mediante el cual se reflejan las cualidades aisladas de los objetos y fenómenos de la realidad, pero también los estados internos del propio organismo, cuando los estímulos materiales actúan directamente sobre los correspondientes receptores.

La sensación capta cualidades como la forma, el color, el peso, el sabor, etc. Es el proceso psíquico más simple y primitivo, y resulta difícil apreciarlo en forma pura en la medida que nos alejamos del momento del nacimiento del individuo, lo que veremos con detenimiento al estudiar la percepción.

ANALIZADORES

La base fisiológica de las sensaciones son los analizadores, estructuras anatomofisiológicas encargadas de discriminar los diferentes estímulos que actúan sobre el hombre. Se especializan en la captación y el procesamiento de los estímulos provenientes del exterior y del propio organismo. Su composición es la siguiente:

- Receptor (sección periférica). Recibe la energía del estímulo y la transforma en corriente nerviosa.
- Nervios aferentes. Conducen la excitación a los centros nerviosos correspondientes.
- Sección cortical. Es donde se procesa la excitación nerviosa procedente del receptor.

La cualidad del objeto se hace consciente solo cuando la excitación alcanza los niveles corticales, información que de inmediato se integra al caudal de experiencias del sujeto y que constituye la respuesta psicológica del organismo a la estimulación recibida. Al mismo tiempo, una vez analizada y procesada la información por los niveles centrales, los nervios motores llevan la información a los músculos o glándulas, que responden también a la estimulación. Este conjunto formado por el analizador y las fibras motoras se denomina arco reflejo (fig. 1). Cuando nos quemamos la mano con un fósforo e involuntariamente retiramos el brazo, se pone de manifiesto el funcionamiento del arco reflejo.

En 1826, el fisiólogo alemán *Müller* lanzó su teoría del principio de la energía específica de los órganos de los sentidos, para lo cual se apoyó en el hecho de que estímulos diferentes por su energía física producen sensaciones iguales al actuar sobre un mismo analizador; y que el mismo estímulo que actúa sobre analizadores diferentes conduce al surgimiento de sensaciones diferentes. Por ejemplo, la sensación lumínica es provocada no solo por la estimulación de la retina por la luz, sino también por una corriente eléctrica o un estímulo mecánico; este último provoca una sensación de presión al actuar sobre la piel y una sensación sonora al actuar sobre el receptor auditivo.

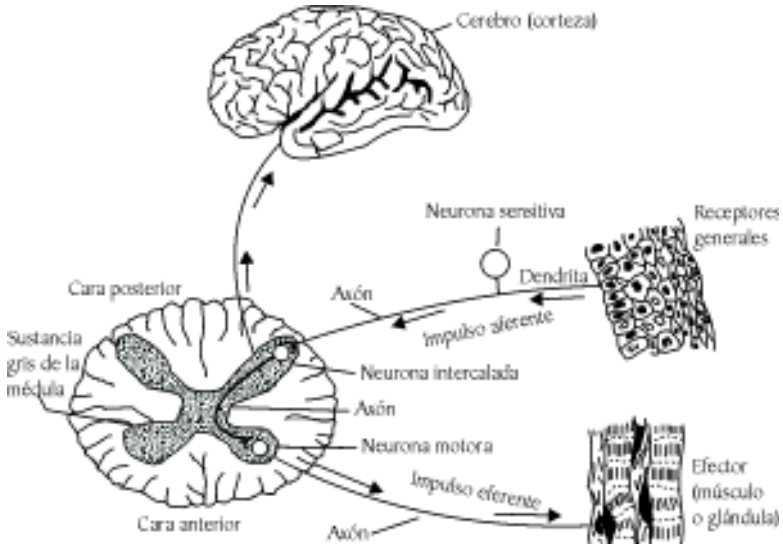


Fig. 1. *Representación esquemática del arco reflejo.*

La interpretación de *Müller* acerca de estos hechos lo llevó a afirmar que lo que se percibe no es la cualidad de los objetos, sino el estado de los aparatos sensoriales periféricos.

Los datos y descubrimientos acumulados por la fisiología y por el desarrollo del materialismo dialéctico han demostrado la inconsistencia de este planteamiento de corte idealista subjetivo.

¿Qué sucede en realidad?

En el transcurso de la evolución y como un mecanismo adaptativo, los órganos de los sentidos se fueron especializando en la captación de determinados tipos de estímulos, denominados **estímulos adecuados**. Por otra parte, para que un estímulo inadecuado provoque una sensación, es necesaria muchísima más energía que en el caso del estímulo adecuado. Asimismo, no todos los estímulos provocan sensaciones al actuar sobre cualquier analizador; por ejemplo, los estímulos olorosos y acústicos no provocan sensación de presión o sensación lumínica. Y lo que es más importante, la práctica confirma la veracidad de nuestras sensaciones.

Por tanto, la especificidad de los analizadores confirma la teoría del reflejo, ya que nos permite un conocimiento más profundo de la realidad y nos acerca a ella.

SENSIBILIDAD

Lo anterior no puede llevar a la idea de que los receptores son capaces de captar cualquier magnitud del estímulo adecuado. La sensibilidad o capacidad de reflejar el estímulo se mide por la intensidad mínima que debe tener este para provocar la sensación.

La intensidad mínima del estímulo para que se produzca la sensación se llama **umbral absoluto inferior**. A menor umbral, mayor será la sensibilidad.

El umbral absoluto superior es la intensidad máxima del estímulo por encima de la cual deja de producirse la sensación propia del analizador y en su lugar se produce, generalmente, una sensación dolorosa.

También existe la sensibilidad diferencial, ubicada dentro del rango del umbral absoluto inferior y del umbral absoluto superior. **Umbral diferencial** es la magnitud de intensidad del estímulo que es necesario aumentar o disminuir para que el sujeto sea capaz de detectar diferenciaciones o cambios en el estímulo.

Resulta útil el conocimiento y la medición de estos tipos de umbrales sensoriales en muchas especializaciones de la medicina –de la audición para el otorrinolaringólogo, de la visión para el oftalmólogo, del dolor para el clínico, etc. Por ejemplo, un paciente que es sometido a un reconocimiento físico, al palparle el abdomen, a una presión determinada –bajo la cual el hombre sano no se queja–, refiere molestias; al aumentar la presión, tampoco dolorosa para el sano, responde con una exclamación de dolor. Quiere esto decir, que la comparación de las diferentes modalidades del umbral entre el sano y el enfermo, ayuda al médico a detectar síntomas.

Puesto que para cada analizador existe solamente un rango de intensidad del estímulo dentro del cual solo es posible la sensación, pudiera pensarse que la cognoscibilidad del mundo es imposible. Nada más erróneo. Nuestros sentidos tienen limitaciones, es cierto; pero las posibilidades del pensamiento son infinitas. Frente a la necesidad de dar solución a una situación problemática, el hombre, con esfuerzo práctico e intelectual, crea

los instrumentos y equipos que suplen estas limitaciones. Así lo ha demostrado la historia del conocimiento humano. En medicina son abundantes estos ejemplos: el microscopio permitió conocer microorganismos patógenos que el ojo humano jamás hubiera detectado, y al mismo tiempo dio lugar al surgimiento y desarrollo de la microbiología, nueva ciencia que condujo al descubrimiento de la causa de muchas enfermedades infectocontagiosas.

CLASIFICACIÓN DE LAS SENSACIONES

Desde la época de *Aristóteles* eran ya conocidos y bien diferenciados los famosos cinco sentidos: la vista, el oído, el olfato, el tacto y el gusto.

Mucho después, y sobre la base del carácter reflejo de las sensaciones, así como del lugar donde están situados los receptores se elaboró una clasificación que ha sido aceptada durante mucho tiempo (cuadro 1).

En la actualidad, con el desarrollo de la neuroanatomía, la neurofisiología y la propia psicología, resulta incompleta dicha clasificación, pues son conocidas muchas sensaciones que ocupan un lugar intermedio: las sensaciones térmicas pudieran incluirse en el tacto, pero pueden ser también interoceptivas; la sensación de vibración puede incluirse entre el tacto y la audición; en las sensaciones de equilibrio y movimiento del cuerpo, interviene el aparato vestibular del oído; las sensaciones dolorosas también pueden ser exteroceptivas e interoceptivas.

PERCEPCIÓN

El hombre está sometido constantemente a un bombardeo de estímulos tan imprescindible para vivir como el propio oxígeno. Toda esta información le llega por diferentes vías sensoriales, pero el reflejo de la realidad no se da en forma caótica ni como suma de sensaciones, sino que en la conciencia se producen complejísimas integraciones de las distintas cualidades de los objetos y fenómenos.

La percepción es el proceso psíquico mediante el cual se reflejan integralmente los objetos, fenómenos y acontecimientos en forma de imágenes concretas e inmediatas. Una flor, por ejemplo, tiene diferentes cualidades: olor, forma, color, textura, cada una de las cuales da lugar a una sensación diferente; sin embargo, la percepción de la flor es la representación del conjunto.

La percepción y su resultado, la imagen, se producen mediante el ordenamiento y la unificación en la conciencia de las sensaciones provenientes de un mismo objeto o fenómeno. La imagen perceptual surge en el individuo ante la presencia del objeto que lo estimula. No debe confundirse con la imagen mnémica que se produce no por la presencia del objeto, sino por su evocación.

La percepción es un proceso psíquico cognoscitivo que se alcanza durante laontogénesis como resultado de la maduración y adaptación a las condiciones de vida de determinadas estructuras anatomofisiológicas del sistema nervioso. De aquí se deriva, en primer lugar, que no esté presente desde el nacimiento y, en segundo lugar, su dependencia sociohistórica, pues surge y se desarrolla en el proceso de apropiación de la cultura, la cual te imprime su sello; múltiples hechos e investigaciones lo evidencian. El estudio de *Leontiev* acerca del papel de la lengua materna en la formación del oído, demostró que los sujetos cuya lengua materna se basa en la distinción de los sonidos por el tono no padecen la "sordera tonal" característica de aquellas personas cuyo idioma distingue los sonidos por el timbre.

Cuadro 1. *Clasificación de las sensaciones*

Sensaciones	Exteroceptivas (receptores en la superficie del cuerpo)	A distancia (olfato, vista y oído)	
		Por contacto (tacto y gusto)	
	Propioceptivas (receptores situados en músculos y articulaciones)		Posición
			Movimiento
	Interoceptivas (receptores situados en órganos y tejidos internos)		

La percepción sería imposible si no se contara con la experiencia anterior. Al estudiar la sensación, se hizo referencia al hecho de que resulta difícil apreciarla en forma pura; en esto desempeña un papel fundamental la experiencia previa. Cuando un receptor es estimulado, de inmediato la sensación provocada es interpretada a la luz de la experiencia acumulada y lo que el sujeto vivencia es una percepción del objeto. Esta característica general de la sensopercepción se comprenderá mejor al estudiar las particularidades de la percepción.

CLASIFICACIÓN DE LAS PERCEPCIONES

Las percepciones se clasifican según el analizador que predomine y según la forma de existencia de la materia que se refleje (cuadro 2).

CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN

Las características de la percepción son: objetividad, integridad, constancia, racionalidad, selectividad y apercepción.

OBJETIVIDAD

La percepción es una representación subjetiva del mundo real, ya que a través de ella el hombre refleja las relaciones formales entre los elementos y propiedades de los objetos y fenómenos. La imagen perceptual constituye un primer paso en el proceso de conocimiento del mundo que nos rodea, de ahí que desempeñe un importante papel en la orientación y regulación de la conducta, pues condiciona nuestras acciones con los objetos al informarnos de la realidad sobre la cual se actúa.

Por otra parte, la percepción humana, además del conocimiento del objeto, lleva implícita la conciencia de la existencia del objeto, como algo distinto e independiente de nosotros mismos. Esta característica no es innata ni surge cuando en el individuo comienzan los procesos sensoperceptivos; en los primeros estadios del desarrollo, el niño percibe, pero no sabe que las cosas siguen existiendo aun cuando desaparezcan de su campo visual. Cuando esta característica se consolida por la experiencia acumulada, constituye uno de los puntales de la autoconciencia.

Cuadro 2. *Clasificación de las percepciones*

Percepciones	Según el analizador predominante	Visuales Auditivas Táctiles Olfativas Gustativas	
	Según la forma de existencia de la materia que se refleja	Del espacio	Forma Tamaño Relieve Distancia
		Del tiempo	Duración Velocidad Continuidad
		Del movimiento	Variación de la posición de los objetos

INTEGRIDAD

Los objetos que nos rodean son generalmente complejos. Los integran diferentes partes y propiedades; sin embargo, se perciben como un todo único.

Ya se explicó que en la conciencia se produce el ordenamiento y la unificación de todas las sensaciones provocadas por el objeto; pero esto también sucede cuando no todas las propiedades del objeto estimulan simultáneamente al sujeto. Por ejemplo, cuando vemos, tocamos, olemos y probamos el alcohol, inciden sobre nosotros todos los estímulos posibles de este objeto; pero cuando nos llega solamente una de sus cualidades, digamos el olor, aunque no lo veamos ni lo probemos también lo percibimos. Esto ocurre también cuando reconocemos a una persona solo de oírla hablar, ya que su voz provoca en nosotros una imagen perceptual.

Otras veces los componentes del objeto estimulan en forma sucesiva, como cuando oímos una pieza musical; cada nota continúa resonando en nuestro cerebro cuando se recibe la próxima, y por eso se percibe la melodía cono un todo único.

Al analizar esta característica resulta fácil apreciar la función que desempeña la experiencia acumulada y el por qué es difícil reflejar la realidad como sensaciones puras, pues cada estimulación aislada actualiza las conexiones nerviosas que los diferentes estímulos, por acción directa del objeto, han formado en el cerebro anteriormente.

CONSTANCIA

Existen diferencias entre el objeto y las condiciones en que este se presenta ante nosotros, las cuales pueden ser extraordinariamente diversas y cambiantes, como la infinidad de gradientes de iluminación, la posición del objeto en el espacio y la distancia que nos separa de él. Por tanto, se infiere que el objeto puede mostrarse bajo múltiples y diferentes aspectos, muchos de los cuales dependen inclusive de los movimientos del propio sujeto. Sin embargo, dentro de ciertos límites, en cualesquiera de los casos, el objeto se percibe como relativamente estable en lo que se refiere a su forma, tamaño y color, a tenor de las condiciones en que se presente.

Esta característica contribuye en gran medida a la función de los procesos perceptuales en la orientación y regulación de las acciones, pues garantiza la estabilidad del mundo durante la percepción. Por ejemplo, la constancia perceptual se pone de manifiesto cuando se está situado a una distancia mayor del Morro que de un automóvil, y percibimos el primero más grande que el segundo, aunque su imagen en la retina sea menor; cuando se está sentado en el extremo de una larga mesa y se percibe un plato situado en el extremo opuesto como redondo aunque su imagen en la retina sea ovalada producto de la distancia; o cuando se percibe la bata del médico como blanca, aunque estemos en un lugar en penumbras.

Esta característica tampoco es innata, se adquiere con la experiencia práctica. Personas que han recuperado la vista después de un largo período sin ver se muestran torpes en sus movimientos y acciones, aun en cosas tan simples como bajar una acera, pues no tienen la noción de profundidad. Han resultado, asimismo, interesantes las investigaciones realizadas con personas que viven permanentemente en espesos bosques; como para ellos solo hay pequeños espacios libres, cuando se les mostraba objetos a gran distancia no los percibían como alejados, sino como pequeños.

RACIONALIDAD

La percepción humana tiene un carácter racional. En ella se comprueba que el proceso cognoscitivo es uno solo y que se separa únicamente para poderlo estudiar. El hombre que percibe no deja de pensar y tiene un conocimiento generalizado de la realidad a través del lenguaje. La percepción proporciona un conocimiento concreto del mundo mediante su imagen, pero de inmediato se relaciona con los conceptos y juicios formados por la experiencia durante el desarrollo de los procesos del pensamiento.

Cuando un objeto estimula al sujeto y provoca en él una percepción, su imagen es referida automática e involuntariamente a una categoría verbal de objetos conocidos, o sea, se le identifica, y será más o menos acertada la identificación según los conocimientos acumulados. El animal puede reconocer el objeto, pero no puede identificarlo, como sucede al hombre en las primeras etapas de la vida.

La racionalidad de la percepción pone de manifiesto la relación dialéctica entre el conocimiento sensible y el conocimiento teórico-abstracto, el cual será analizado al estudiar el pensamiento.

SELECTIVIDAD

No es posible en cada momento distinguir claramente todo lo que nos rodea. Al percibir, siempre la conciencia se orienta hacia un limitado número de estímulos entre todos los que pueden afectarnos; el resto los reflejamos con menor nitidez o simplemente no los reflejamos. Los primeros se denominan la figura, y los segundos el fondo. Durante el pase de visita en la sala, frente a cada enfermo, para el médico este es la figura, y el resto de los pacientes, las personas y las cosas que están allí, constituyen el fondo.

Obviamente, la selectividad de la percepción está determinada por su relación con la atención, es decir, la orientación

selectiva, voluntaria o involuntaria, de los procesos psíquicos hacia determinados objetos o fenómenos. La selectividad se condiciona tanto por las características del objeto como por las del sujeto; entre las primeras tenemos lo novedoso y llamativo del estímulo, y entre las segundas el interés del que percibe y su estado de ánimo.

APERCEPCIÓN

Esta característica, conjuntamente con la selectividad, demuestra que el hombre no es una máquina que refleja el mundo, sino que lo hace con su personalidad. No son los analizadores, ni siquiera el cerebro, el que percibe, sino el hombre como un todo, y al percibir se ponen de manifiesto sus motivaciones, necesidades y deseos, sus sentimientos y su actitud frente a lo percibido.

La apercepción es la influencia que recibe la percepción de las características de la personalidad y de los conocimientos acumulados hasta ese momento.

Un paciente paranoide, que no tiene buenas relaciones con su médico y lo ve venir hacia su cama riéndose y conversando con otra persona, pensará que se burla de él y percibirá la situación como agresiva. De igual forma, existe la tendencia a no ver los errores y defectos de las personas que queremos; por eso una madre percibe bello a su hijo aunque este se aleje bastante de los patrones de belleza imperantes en su cultura.

Un ejemplo en el terreno de la actividad científica es el siguiente:

Hace algunas décadas, un grupo de científicos norteamericanos contrarios a la integración racial diseñaron una investigación, para comprobar que realmente existían diferencias entre la raza negra y la raza blanca. Para ello estudiaron y analizaron con el microscopio varias muestras de masa encefálica de ambas razas, y llegaron a la conclusión de que las muestras de tejido nervioso correspondientes a los blancos eran superiores cualitativamente. En la exposición de los resultados, tuvieron un oponente que les hizo notar que los investigadores al analizar las muestras conocían a qué raza pertenecía cada una de ellas, y propuso un nuevo proyecto con la única diferencia de que las muestras se analizaran sin conocer su origen. Los resultados, esta vez, no arrojaron diferencias. No resulta ocioso señalar que en el primer caso los investigadores estaban convencidos de que habían encontrado la prueba de la supuesta superioridad de la raza blanca.

La percepción, como todo fenómeno psíquico, es el reflejo subjetivo de la realidad objetiva, pero en estos casos el sujeto que percibe resulta subjetivista, o sea, se aleja demasiado de la realidad o la tergiversa de forma involuntaria.

Pero no siempre la apercepción resulta negativa al conocimiento. Muchas veces la motivación y los conocimientos adquiridos favorecen la objetividad en la percepción, pues no es menos cierto que el mecánico experimentado percibe alteraciones en el motor que muchas veces se le escapan a los demás, de la misma forma que el internista cuando palpa el abdomen de un paciente reconoce e identifica alteraciones, lo cual le sería imposible si no tuviera la motivación y los conocimientos teóricos y prácticos para ello.

LA OBSERVACIÓN. SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

La percepción puede ser involuntaria o voluntaria. Es involuntaria cuando, por ejemplo, viajamos en un vehículo e impremeditadamente reflejamos el paisaje que pasa por nuestra vista; y voluntaria, como aquella que acompaña a cualquier actividad que realizamos respondiendo a nuestros intereses, como la percepción del libro con el cual estudiamos o la del cirujano con sus instrumentos quirúrgicos cuando trabaja. Siempre nuestra actividad se acompañará de la percepción de todos aquellos objetos –instrumentos, equipos, herramientas, etc.– que están comprometidos en ella.

Existe, dentro de la percepción voluntaria, una variante conocida como *observación*, la cual se convierte, en sí misma, en la actividad principal que se realiza para lograr el fin deseado.

La observación es la percepción prolongada de un fenómeno, planificada e intencionadamente, con el objetivo de conocer en detalle sus características y los cambios que se operan en él. Significa "desmenuzar" el fenómeno, ir de la imagen de conjunto que *a priori* brinda la percepción a la detección de lo aparentemente insignificante. Cultivar la percepción significa aprender a observar. La capacidad de observación no es innata, sino producto del entrenamiento; se aprende y se perfecciona.

Aunque durante la observación la vista desempeña un papel fundamental, no debe suponerse que observar es solamente ver; también desempeñan un papel importante el oído, el tacto y hasta el olfato y el gusto, según la tarea que se tenga delante. Al maestro repostero, por ejemplo, le son imprescindibles estos últimos.

En la observación el hombre desempeña un papel activo, pues requiere de la planificación previa –delimitar el objeto que va a observar y los fines que se persiguen– y de la utilización de todos los conocimientos acerca de lo observado, con los cuales se confrontan constantemente los datos que resultan de la observación. Esto quiere decir que la observación está precedida por la racionalidad, porque antes de la observación existe la formulación verbal de los fines; y durante la actividad los datos sensoriales que se van acumulando se denominan con palabras

–se identifican– y se interpretan y analizan a la luz de los conceptos y juicios acerca del fenómeno.

La observación puede responder a fines recreativos, como ocurre con la persona que acude a un museo o a disfrutar de un concierto; de aprendizaje, como el estudiante que observa un material ilustrativo de la materia que pretende asimilar; o laborales, en que se pueden citar múltiples profesiones en que la capacidad de observación resulta esencial: el maestro, el investigador policiaco, los innovadores, los racionalizadores y el médico, entre otros.

En medicina, la observación constituye un instrumento insustituible. El objeto de trabajo del médico es el ser humano, complejo y polifacético. En las especialidades clínicas es doblemente importante; durante la RMP, la observación detallada de la actitud del paciente, sus expresiones, sus gestos, la entonación de la voz, las manifestaciones somáticas de las reacciones emocionales tales como ruborizaciones, sudación de las manos, temblor de la voz, etc. pueden brindar información sobre él. El médico siempre debe trazarse el objetivo de detectar la mayor cantidad de particularidades y advertir los cambios más significativos en la conducta del paciente.

Por otra parte, en la detección de signos y síntomas esenciales para el diagnóstico, la observación se encuentra en primer plano. El médico dispone de una teoría, pero el arte de curar al paciente concreto consiste en saberla aplicar a cada caso particular, y hace que interactúen dialécticamente sus conocimientos, su experiencia práctica y la aguda observación sobre el paciente.

En el terreno científico de las investigaciones médicas, como en cualquier otra ciencia, la observación es también de vital importancia, a tal punto que es considerada un método científico –cuando cumple determinados requisitos–, y es la base de todas las generalizaciones empíricas de las ciencias.

PENSAMIENTO

Debido a que el objeto de estudio de la psicología se encuentra en el centro mismo de la controversia fundamental entre el materialismo y el idealismo, no ha sido posible nunca evadir una posición filosófica en la interpretación de lo psíquico. Es por eso que las concepciones acerca de la naturaleza del pensamiento han sido muchas, y han evolucionado paralelamente al desarrollo de la filosofía y al mismo tiempo por las adquisiciones en el terreno de la propia ciencia psicológica.

Existen las posiciones idealistas objetivas que consideran el pensamiento como atributo del alma al margen de la sensoriedad; las teorías asociacionistas que lo explican como cadenas complejas de asociaciones entre representaciones y sensaciones que surgen por la combinación en repetidas ocasiones; el conductismo con su interpretación simplista que redujo el pensamiento al lenguaje interno, es decir, al habla subreal o movimiento de la laringe sin la producción del sonido destinado a la comunicación; el intuitivismo de los representantes de la teoría de la *Gestalt*, que lo concibieron como el descubrimiento de la solución buscada al cambiar bruscamente en la mente del hombre la estructura de la situación-problema. Todas estas teorías adolecen de un enfoque sociohistórico en el estudio del origen y desarrollo del pensamiento.

El surgimiento de la teoría marxista con su concepción científica acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, posibilitó una comprensión acertada del origen y el desarrollo de este último, y una metodología para las investigaciones psicológicas encaminadas al descubrimiento de los procesos, mecanismos internos y leyes del pensamiento.

Por otra parte, a principios del presente siglo, influida por las ideas de la teoría evolucionista acerca del origen del hombre, aparece la tendencia en las investigaciones psicológicas de estudiar comparativamente el intelecto de los animales superiores y del hombre, al mostrar las diferencias cualitativas y la línea de continuidad entre el mundo animal y el humano.

Posteriormente, numerosas investigaciones en psicología desde una posición materialista-dialéctica, contribuyeron a profundizar en el conocimiento de los procesos intelectuales que subyacen en el pensamiento. Estas investigaciones han consolidado la interpretación que sobre el pensamiento dieron los clásicos del marxismo, la cual se puede resumir de la forma siguiente:

El pensamiento es función del cerebro y en este sentido es un proceso natural; pero al mismo tiempo no tiene existencia propia al margen de la práctica social, el lenguaje y los conocimientos acumulados por la humanidad, por eso su naturaleza también es sociohistórica.

CONCEPTO DE PENSAMIENTO. SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO SENSIBLE

Los procesos de la sensopercepción proporcionan al hombre un conocimiento sensible, fenomenológico, de la realidad objetiva, mediante su resultado, la imagen. A través de ellos se puede conocer lo particular del fenómeno, pero no permiten, por sí solos, llegar a un conocimiento racional, teórico, de la realidad. Esto solamente es posible a través del pensamiento, proceso psíquico socialmente condicionado e indisolublemente ligado al lenguaje y dirigido a la búsqueda de lo nuevo, lo cual permite el reflejo generalizado y mediatizado de la realidad, que surge de la actividad práctica, pero que rebasa sus límites.

El pensamiento va más allá que la sensopercepción en el conocimiento del mundo, pero al mismo tiempo depende de ella; esto quiere decir que el pensamiento trabaja con un material cuya

única fuente son los datos sensoriales. El carácter mediatizado radica precisamente en que los resultados del pensamiento no se alcanzan en la confrontación directa del hombre con la realidad, sino después de un proceso de reelaboración y transformación mental de la experiencia sensorial inmediata, que conduce al descubrimiento de las propiedades generales del fenómeno, aunque estas no sean observables, tales como funciones, relaciones y nexos entre sus propiedades y con otros fenómenos, así como las regularidades que rigen su desarrollo.

El pensamiento constituye el último proceso de otro más amplio, el proceso cognoscitivo, que comenzando por la estimulación de los receptores va en ascenso en la medida que gana en profundidad.

En resumen, la sensopercepción proporciona el conocimiento de lo aparente del fenómeno, de sus manifestaciones individuales, mientras que el pensamiento conduce al descubrimiento de sus propiedades generales, a la esencia del fenómeno; pero no se puede llegar a la esencia sin pasar por lo individual. Por ejemplo, no es posible conocer la esencia de una entidad patológica, si no se parte del conocimiento de sus manifestaciones particulares en los enfermos.

NATURALEZA SOCIAL DEL PENSAMIENTO

El nexo indisoluble que existe entre el lenguaje y el pensamiento encierra en sí mismo la esencia y el condicionamiento social de este.

El hombre cuando piensa no solo se apoya en las imágenes –perceptuales o mnémicas–, sino también en los conocimientos acumulados por la humanidad, los cuales él adquiere durante sus experiencias particulares en el proceso de apropiación de la cultura a través del lenguaje –oral o escrito.

Para el pensamiento, la realidad no es solo la que nos es dada por la sensopercepción, sino también por los conocimientos alcanzados por la humanidad y objetivados en palabras.

Por tanto, para conocer el mundo, el hombre no parte de cero, sino que utiliza los resultados alcanzados por todas las generaciones anteriores; por eso es que puede penetrar, cada vez más, en la esencia de todos los fenómenos de la realidad. Pero al mismo tiempo, para poder utilizar esos conocimientos como instrumentos del pensamiento, tiene que asimilarlos, y para eso necesita del pensamiento; de otro modo, la adquisición sería formal y mecánica. Aquí se muestra la interrelación dialéctica entre el carácter racional y el carácter social del hombre.

PENSAMIENTO Y ACTIVIDAD PRÁCTICA

El pensamiento es una actividad teórica (interna) que necesariamente se deriva de la actividad práctica (externa).

La relación entre pensamiento y actividad práctica puede enfocarse desde varios puntos de vista: en primer lugar porque es solamente durante la actividad práctica que el hombre entra en contacto directo con los objetos y fenómenos de la realidad, con lo que se cumple el requisito indispensable para el conocimiento sensible –primer escalón del conocimiento– y cuyo nexo con el pensamiento ya hemos analizado; en segundo lugar, ¿qué induce al hombre a pensar?, porque si bien el pensamiento siempre presupone el conocimiento sensible, no en todas las ocasiones el conocimiento sensible implica el paso al pensamiento.

Toda actividad humana responde a una necesidad. En las relaciones materiales que se establecen entre los hombres durante la actividad práctica encaminada a la satisfacción de sus múltiples necesidades, muchas veces surgen obstáculos que encierran en sí mismos un problema y una incógnita –la cual es formulada verbalmente–; estos obstáculos los movilizan y desencadenan la actividad de pensamiento en busca de una solución. Una situación-problema para el pensamiento es aquella en que los medios y métodos conocidos pueden ser necesarios, pero no suficientes para solucionarla. Por ejemplo, frente a una enfermedad desconocida –necesidad de salud–, las técnicas terapéuticas conocidas pueden significar un paliativo en el tratamiento del paciente, pero se hace imprescindible llegar a conocer sus causas para elaborar nuevos y certeros procedimientos curativos en correspondencia con la naturaleza de la afección.

De lo anterior se infiere que la actividad práctica es para el pensamiento no solo su origen, sino también su objetivo –pues la motivación que lo lleva al razonamiento es ver la necesidad satisfecha–, pero al mismo tiempo, es la única vía para verificar sus resultados. Por otra parte, en el surgimiento y desarrollo del pensamiento durante la ontogénesis, la actividad práctica desempeña un papel primordial.

El pensamiento abstracto, específicamente humano y característico del adulto, no es innato, sino una adquisición del desarrollo, al cual le precede necesariamente el pensamiento concreto, en cuyas primeras etapas está indisolublemente vinculado a las acciones prácticas. Es decir, que en sus orígenes los procesos del pensamiento en el niño solo son posibles con los objetos que manipula (pensamiento práctico), más adelante es capaz de pensar en los objetos aunque no estén presentes, a través de sus representaciones (pensamiento imaginativo); y es solo cuando hay un determinado nivel en el dominio del lenguaje y se han perfeccionado sus operaciones intelectuales, que puede alcanzar el pensamiento abstracto, el cual opera fundamentalmente con conceptos, aunque este no excluye el pensamiento práctico e imaginativo, sino que por el contrario, los perfecciona y se vale de ellos.

PENSAMIENTO Y LENGUAJE

La relación entre pensamiento y lenguaje es tan amplia y profunda que resulta ineludible en cualquier tipo de análisis que se haga del pensamiento.

No existe pensamiento sin lenguaje ni lenguaje sin pensamiento, su nexo es indisoluble; sin embargo, no debe interpretarse esta afirmación en el sentido de que sean la misma cosa ni de que su relación sea puramente formal y mecánica.

Pensamiento y lenguaje son dos procesos paralelos y conectados dialécticamente, pero que difieren en sus orígenes y desarrollo. Las investigaciones de *Vigotski*, famoso psicólogo e investigador en este campo, lo han demostrado. Este autor describe cómo existe un período prelingüístico del pensamiento, constituido por las primeras etapas del pensamiento concreto en los niños, y una fase preintelectual del lenguaje en la que se producen los balbuceos, los gritos y las primeras palabras, que no guardan relación alguna con el pensamiento y son solo un medio de expresar necesidades y deseos o descargas emocionales.

Pensamiento y lenguaje son procesos distintos –pero interdependientes– que se complementan dialécticamente.

En el orden práctico, lenguaje no necesariamente significa pensamiento, por ejemplo, cuando nos encontramos a un paciente y lo saludamos; cuando relatamos algún hecho o acontecimiento a otra persona, o cuando respondemos verbalmente a una determinada situación anímica como la alegría, la tristeza, el miedo, etc.; sin embargo, el pensamiento siempre presupone el lenguaje.

El lenguaje está presente a lo largo de todo el trayecto intelectual que significa el pensar:

- En la formulación del problema.
- Como materia prima –objetivación de los conocimientos acumulados por la humanidad.
- Como medio de trabajo –reflexiones acerca de los pasos encaminados a la solución del problema.
- Como única vía para materializar sus resultados.

Esto es así porque el lenguaje cumple una función básica: la comunicación del hombre consigo mismo y del hombre con los demás –incluyendo la que se establece entre una generación y otra–. Esto nos obliga a distinguir en la palabra un aspecto interno (semántica, el significado), y un aspecto externo (fonético), que al mismo tiempo forman una unidad. El aspecto interno expresa su vínculo con el pensamiento.

Cada palabra constituye el conocimiento generalizado de un fenómeno de la realidad porque la esencia de este se asocia y se fija a un vocablo que se convierte en su señal, de tal manera que sirve para designar cualesquiera de sus manifestaciones particulares. Por ejemplo, si nos avisan que un compañero está enfermo, comprendemos rápidamente, sin necesidad de que nos expliquen, qué significa estar enfermo o si leemos en la historia clínica que el paciente llegó con síntomas de hepatitis, comprendemos, también sin que nadie nos explique, el significado de síntoma y de hepatitis. Este nexo del lenguaje con el pensamiento es el que hace posible su función comunicativa y su propia existencia.

Se comprende entonces por qué el dominio del lenguaje por el niño, y también por el adulto –la diferencia radica en que cuando el niño está aprendiendo a hablar no es consciente de que existen los significados que desconoce, mientras que el adulto sí–, se alcanza en la medida que estos asimilan sus significados, lo cual es solo posible en el marco de sus relaciones sociales, pues la comunicación es también una necesidad. El pensamiento encuentra en la palabra la indispensable envoltura material.

EL PENSAMIENTO COMO PROCESO

Debido a que el pensamiento es la actividad mental encaminada a la solución de problemas y que su resultado es el conocimiento, ha sido objeto de estudio de varias ciencias, como la filosofía, la lógica, la neurofisiología, la psicología y, en nuestros días, también de la cibernética. Cada una de ellas lo analiza desde diferentes ángulos, pero como en definitiva abordan aspectos distintos de un mismo fenómeno, estas ciencias se relacionan y se complementan entre sí.

La psicología se ocupa del propio proceso del pensamiento, de las leyes que regulan las operaciones mentales que le permiten llegar a la esencia del fenómeno. La psicología se pregunta ¿cómo llega el hombre al conocimiento?, ¿cuáles son los pasos del pensamiento para alcanzar la verdad?

El lenguaje es una herramienta de la que no puede prescindir el pensamiento del adulto, de la misma forma que el pensamiento le es imprescindible al lenguaje; pero desde la formulación del problema hasta el momento en que llega a conclusiones, el pensamiento atraviesa por una serie de operaciones mentales que no pueden ser explicadas por esta interrelación, las cuales, aunque están íntimamente vinculadas, se pueden diferenciar en razón de la función que realizan durante el proceso del pensamiento. Estas operaciones son: análisis y síntesis, abstracción y generalización. Para una mejor comprensión se explicará a continuación cada una de ellas utilizando un mismo ejemplo: el concepto salud-enfermedad.

El concepto salud surgió en oposición al de enfermedad, y encierra en sí mismo una necesidad del individuo y de la sociedad.

Decir que salud es la ausencia de enfermedad no arrojaba luz al problema, era no decir nada. ¿Podría aceptarse que justicia es la ausencia de injusticia?, ¿serviría y aclararía algo esa definición tautológica? Por supuesto que no, pues está tan lejos de la esencia como nosotros lo estamos del sol.

El concepto enfermedad no siempre ha sido el mismo y el que hoy científicamente se sustenta es el resultado de una larga historia del pensamiento en este campo: la historia de la medicina.

ANÁLISIS Y SÍNTESIS

Análisis y síntesis resultan inseparables, pues se condicionan mutuamente y desarrollan una relación dinámica entre las partes y el todo del fenómeno.

El análisis consiste en la descomposición del todo en sus partes y propiedades, y las posibles relaciones entre ellas; pero al mismo tiempo comienza en una síntesis inicial que es el fenómeno desconocido como un todo.

La operación de análisis lleva a la síntesis, que es la operación inversa. Partiendo de la confrontación de los datos que brinda el análisis, la síntesis se dirige a la transformación mental del fenómeno en su conjunto, a una integración del todo en la cual se alcanzan las relaciones entre sus elementos aislados y las de cada uno de ellos con el fenómeno en su conjunto. El análisis es la búsqueda minuciosa y la síntesis es la labor integradora y comparativa donde se establecen semejanzas y diferencias.

¿Cómo serían el análisis y la síntesis en nuestro ejemplo?

El análisis de los enfermos –a partir de la experiencia práctica– con sus diferentes síntomas, así como de las diversas causas del estado patológico y las distintas percepciones del hombre frente a ellas, llevó a la integración de todos esos elementos y dio como resultado la siguiente síntesis integradora: hay un grupo de enfermos cuyos signos y síntomas se corresponden con una alteración orgánica, mientras que en otros, dichos signos y síntomas se hallan asociados a trastornos funcionales solamente; hay enfermos que no presentan síntomas, otros sí; no todas las enfermedades se desarrollan en el plano de lo biológico, pues existen alteraciones mentales y trastornos biológicos provocados por alteraciones psicológicas y viceversa. Entre el agente causal y las condiciones de vida del enfermo existe una relación, y la reacción de los enfermos frente a ellas evidencia diferencias individuales.

Establecer estas relaciones comparativas de semejanzas y diferencias entre los enfermos, permite clasificar las enfermedades; pero no se llega a la esencia del fenómeno enfermedad. Esto se logra solamente a través de la abstracción, operación clave y decisiva del pensamiento, pero que existe como continuación del análisis y la síntesis.

ABSTRACCIÓN

De la síntesis comparativa resulta que se detectan propiedades comunes –por semejanza– entre los diferentes objetos –enfermos o manifestaciones particulares– del fenómeno (enfermedad), y sucede que entre ellas se encuentran las que son propiedades esenciales. Estas propiedades esenciales se descubren mediante la abstracción.

La abstracción es la operación mental del pensamiento que distingue como relevantes, entre las propiedades comunes aquellas que, además, son esenciales, y las separa de las que no lo son.

Toda propiedad esencial es común, pero no toda propiedad común es esencial. Por ejemplo, que el enfermo vivencie su propio estado patológico a través de dolores, molestias u otros síntomas, es una propiedad que por lo general está presente (común), pero no necesariamente, pues es conocido que en muchas enfermedades el proceso patológico se desarrolla, en las primeras etapas al menos, de forma asintomática. Igualmente pudiera decirse que las enfermedades se acompañan de ciertas lesiones o alteraciones orgánicas, sin que esto resulte esencial. Pero cuando se afirma que cualquier estado patológico se produce por una determinada agresión que el hombre recibe y que es incapaz de repeler, además de ser esto una propiedad común, es una propiedad esencial, ya que siempre está presente.

Propiedades esenciales son aquellas que necesariamente debe ostentar el objeto para pertenecer al fenómeno. Estas propiedades pueden ser empíricamente observables, como colores, formas, sonidos, etc.; o no observables, como las relaciones y los nexos internos o las regularidades que rigen el desarrollo de dicho fenómeno. Tal es el caso del ejemplo que nos ocupa. Al descubrir este último tipo de propiedades esenciales, el lenguaje desempeña un papel fundamental, puesto que al no poderse representar de forma concreta se hace necesario formularlas verbalmente para poder operar con ellas.

GENERALIZACIÓN

Cuando la abstracción descubre las propiedades esenciales, ello implica una idea nueva acerca del fenómeno, y es entonces que necesariamente se materializa a través del lenguaje para definir el concepto. El concepto es la idea expresada en palabras.

¿Cuál es, pues, el concepto de enfermedad?

Es el desequilibrio que se establece en el hombre entre las agresiones que recibe del medio y su capacidad para defenderse de ellas, a favor de las primeras, por lo que salud será el completo y perfecto estado de equilibrio entre ambas.

El concepto no supone una imagen sensorial del fenómeno, como ocurre en la sensopercepción, pues no se corresponde con ningún objeto concreto. El concepto del fenómeno es único porque expresa solo lo esencial que hay en él, mientras que sus manifestaciones concretas y particulares se caracterizan

por la variedad, ya que ostentan simultáneamente lo común y lo esencial, lo particular y lo general.

Las propiedades esenciales constituyen lo general del fenómeno. El concepto surge en la mente del hombre y su formulación implica una generalización, puesto que lo general no tiene existencia propia al margen de la realidad objetiva, sino que existe solo a través de lo particular; existe en tanto que está presente en las manifestaciones particulares del fenómeno.

La abstracción eleva a un primer plano las propiedades esenciales, y la generalización es la operación que permite identificar cualquier objeto que cumpla estos requisitos esenciales, como manifestación particular del fenómeno. En nuestro ejemplo, constituye una enfermedad cualquier situación en el hombre que exprese su incapacidad de contrarrestar las agresiones que recibe del medio.

No puede perderse de vista que la realidad objetiva es compleja, por lo cual existen fenómenos que forman parte de otros más generales aún. Por ejemplo, el concepto de enfermedad respiratoria está incluido en el concepto de enfermedad; el concepto mamífero pertenece al mismo tiempo al concepto de animal, etc.

Ahora bien, es necesario distinguir entre una generalización correcta y una generalización errónea. El hombre, en su afán de conocer el mundo, a veces se equivoca y llega a falsas generalizaciones. Sobre la base de un análisis no suficientemente profundo y, por ende, de abstracciones superficiales, se toman corno esenciales propiedades que solo son comunes. Estos errores en el proceso cognoscitivo pueden ser resultado de la interferencia de factores efectivos –recordemos los investigadores que pretendían demostrar la superioridad de la raza blanca– o sencillamente errores en el plano de la cognición. El método científico, por eso, cumple el objetivo fundamental de garantizar que los conocimientos científicos sean expresión de generalizaciones correctas.

Al estudiar las operaciones del pensamiento no resulta difícil observar cómo se pasa del conocimiento sensible e inmediato al conocimiento general y mediato de la realidad. El pensamiento nos lleva de lo concreto a lo abstracto, pero este conocimiento general y abstracto redunda en un conocimiento de lo concreto sensible mucho más completo y profundo.

Esta elevación de lo abstracto a lo concreto en el conocimiento, es solamente posible en la interrelación del hombre con los objetos, durante la actividad práctica, y en ella se comprueba la veracidad de lo abstracto a través de la efectividad en su aplicación a los problemas concretos. Por eso se afirma que la práctica es la fuente del conocimiento y el único criterio de verdad.

3. Atención y memoria

Miguel Ángel Álvarez González y Esther Alonso Prieto

El hombre ha dado varias respuestas al intentar explicar el fenómeno de la mente. Todas han estado condicionadas por el momento histórico en el que fueron emitidas y por los métodos de investigación que se utilizaron en su obtención. Pueden agruparse en dos grandes sistemas: el materialismo monista y el dualismo (*Carlson*, 1994; *Eccles,* 1985).

El dualismo postula que la realidad se divide en dos categorías: materia y espíritu. Por tanto, la mente (o el alma) y el cuerpo son dos entidades separadas, y es la mente quien dirige al cuerpo. Salvando la diferencia temporal entre ambos, *Platón* (427-347 a.n.e.) y *René Descartes* (1596-1650), han sido los autores que más han contribuido a la conformación de esta teoría en su forma clásica (*Heidbreder*, 1964; *Rubinstein*, 1977).

En contraposición al dualismo, las teorías monistas adoptan un punto de vista unitario en la solución del problema mente-cuerpo. Desde *Demócrito* (460-370 a.n.e.) e *Hipócrates* (siglo v a.n.e.) ya se perfilaba la idea de la unidad entre la materia y la psique (*Heidbreder*, 1964*; Rubinstein*, 1977).

En el siglo xix, los descubrimientos de la fisiología experimental proporcionaron evidencias para las hipótesis que consideraban el funcionamiento cerebral como responsable de las capacidades humanas. Tal es el caso de los trabajos de *Johannes Müller* (1801-1858), fisiólogo alemán, y de *Pierre Fluorens*, francés. *Müller* enunció la doctrina de las energías nerviosas específicas: si a pesar de que se transmite el mismo mensaje básico (impulso eléctrico) a través de los nervios, se perciben mensajes diferentes, entonces el cerebro debe hallarse funcionalmente dividido (*Gaviria*, 1995; *Mayor*, 1992).

Fluorens fue uno de los primeros en hablar del carácter de sistema único del cerebro y en anticipar el concepto actual de plasticidad cerebral (*Velasco-Suárez*, 1999).

Los descubrimientos de *Paul Broca*, en 1861, sobre los centros cerebrales reguladores del lenguaje, permitieron que los científicos comenzaran a pensar en la posibilidad de localizar en áreas específicas del cerebro, las funciones psíquicas más complejas y a explicar el fenómeno de la mente y la percepción conscientes, a partir del funcionamiento de la maquinaria neuronal (*Luria*, 1982; *Velasco-Suárez*, 1999).

Durante el presente siglo *A. R. Luria*, neuropsicólogo, realizó importantes avances en el campo de las neurociencias al encaminar sus investigaciones hacia la explicación de los procesos cerebrales que están en la base de las funciones psíquicas. Para *Luria* el cerebro es un complejo sistema funcional que agrupa varios niveles y diversos componentes, cada uno de los cuales aporta su propia contribución a la estructura final de la actividad mental. Sus estudios, basados en exhaustivos análisis de las lesiones cerebrales, lo llevaron a describir y explicar los mecanismos que subyacen tras la percepción, la memoria, la atención, el lenguaje, el pensamiento, el movimiento y la acción. Además sistematizó una potente técnica para la localización de las lesiones, conocido como el *test* de Luria, con una elevada capacidad diagnóstica.

Actualmente, las neurociencias adoptan una posición determinista y explican la conducta humana a partir del funcionamiento integrado del sistema nervioso. Todo organismo vivo se caracteriza por la organización existente entre sus diferentes estructuras y procesos. Se comportan como sistemas abiertos, en los que dichas estructuras y procesos se hallan en constante interacción entre sí y con el medio y alcanzan niveles óptimos de estabilidad (*Von Bertalanffy*, 1986).

La investigación en este campo puede realizarse mediante diferentes métodos. Uno de ellos es el estudio de las lesiones cerebrales que se basa en el supuesto de que las características del funcionamiento de un área del cerebro se pueden inferir a partir de la capacidad conductual del repertorio del sujeto, que se pierde cuando se ha destruido determinada área. La evaluación conductual se realiza mediante el examen neurocognitivo. Este consiste en la aplicación de una serie de pruebas estandarizadas que exploran diversas funciones mentales, de forma tal que se puedan realizar inferencias sobre el funcionamiento del cerebro. La evaluación de estos procesos se ha desarrollado mucho en las últimas décadas con el apoyo del desarrollo de las neurociencias, la computación y las técnicas de imagenología cerebral.

Al realizar esta prueba el examinador se enfrentará a dos tipos de dificultades:

- **Metodológico-operacionales**. El resultado final del examen está limitado por las técnicas que se utilicen. Estas constituyen una medida indirecta de procesos en los cuales a veces no existe un consenso en su definición.
- **Conceptuales**. El cerebro coordina funciones que están en constante cambio y modificación; por ello ha de tenerse en cuenta tres características básicas de su funcionamiento.
  - Períodos críticos del desarrollo. Ontológicamente existen momentos en los que determinadas funciones son más

susceptibles de desarrollo. O sea, el sistema nervioso evoluciona de una manera secuencial, y se pueden deteminar períodos críticos en los cuales se vuelven permanentes las influencias y los cambios que se hayan producido.

- **Localizacionismo-holismo**. Aunque existen zonas especializadas en el cerebro para funciones particulares, el cerebro trabaja de forma integrada dentro de ciertos límites.
- **Asimetría o especialización hemisférica**. Si el cuerpo calloso está intacto y el cerebro funciona adecuadamente, cada región especializada asume la responsabilidad primaria para un aspecto particular de la tarea en su conjunto. Así, el hemisferio izquierdo coordina el pensamiento racional, el verbal y el analítico y localiza los centros del lenguaje. Puede ser operacionalmente definido como el dominante. Mientras, el hemisferio derecho se especializa en los mensajes no verbales, controla la orientación espacial y la apreciación de la música.
- **Plasticidad cerebral**. El cerebro constantemente se está adaptando, y se modifica a sí mismo según la experiencia. La plasticidad es el proceso por medio del cual una función afectada tras una lesión, puede ser asumida por otra área, dentro de límites fijados por factores genéticos, edad, género y localización de la lesión.

La atención y la memoria son dos de los procesos que se exploran en el contexto del examen neurocognitivo. Son de particular importancia para el funcionamiento mental, y resultan afectadas en muchas enfermedades neurológicas, por ejemplo, las cerebrovasculares y las demencias. Su exploración habitualmente se realiza en conjunto con el diagnóstico de trastornos de la conciencia, lenguaje y funciones psicológicas superiores. Sin embargo, dada su importancia, pueden evaluarse de manera exclusiva en un paciente.

En particular, el diagnóstico actual de los trastornos de la atención y la memoria requiere de un entrenamiento no solo en los *tests* psicológicos que evalúan estos procesos, sino también de conocimientos básicos de neuroanatomía funcional y de una sólida formación conceptual en procesos cognitivos.

El examen neuropsicológico de atención y memoria está indicado en las siguientes situaciones:

- En un paciente con un trastorno conocido del sistema nervioso central, para determinar su nivel de funcionamiento cognitivo.
- En un paciente que se sospecha una alteración del sistema nervioso central y se requiere establecer un diagnóstico diferencial.
- Antes de una intervención terapéutica y después de ella, para poder evaluar cambios en estas funciones mentales.
- Para evaluar la evolución de una demencia o de un trastorno vascular o traumático del cerebro.
- Para evaluar en qué medida un déficit cognitivo contribuye a que se manifieste un trastorno conductual.

ATENCIÓN

Constantemente llega al individuo una enorme cantidad de información; por ello es necesario seleccionar aquella sobre la cual se concentrará la actividad mental. La atención es el mecanismo de control activo que garantiza tanto la disposición general del organismo para que un estímulo cualquiera, durante la vigilia, pueda ser procesado; como la capacidad para focalizar y seleccionar el estímulo, mantener la concentración sobre él y dejar de atenderlo cuando otro es más importante. Es resultado de una red de conexiones corticales y subcorticales.

Las primeras investigaciones sobre la problemática atencional fueron realizadas por *Wilhem Wundt*, en 1879. Él introdujo el término *apercepción* para indicar cómo unas ideas ocupan prioritariamente la conciencia y se vuelven más claras, y le dan unidad al proceso mental (*Heidbreder*, 1964; *Luria*, 1982; *Mayor*, 1992; *Wolman*, 1967).

Otros autores como *William James* y los psicólogos cognitivos, enfatizaron el carácter altamente selectivo y limitado de la atención (*Ballesteros,* 1994; *De Vega,* 1994; *Heidbreder*, 1964; *James*, 1916). Estos últimos adoptaron la analogía del procesamiento cibernético, inspirado en las propiedades físicas de la computadora, para construir modelos explicativos del proceso atencional. Partiendo de tareas que utilizaban mensajes dicóticos, introdujeron el concepto de **filtro** para explicar el mecanismo de selección de los mensajes.

En un inicio se ubicó este constructo antes del estadio del análisis perceptual (*modelos de filtro precategorial)* posteriormente se le ubicó después del procesamiento de los mensajes (*modelos de filtro poscategorial)*. También intentaron dilucidar cuáles eran los límites dentro de los que se puede realizar la selección de la información. Para ello usaron tareas de atención dividida, las cuales requieren que el sujeto atienda simultáneamente a dos estímulos diferentes. Los modelos a los que dieron lugar conciben la atención como un conjunto de recursos indiferenciados, sin localización específica e independientes de las estructuras del procesamiento. Estos recursos se dividen en función de las demandas (*Ballesteros*, 1994; De Vega, 1994; *Mayor*, 1992).

Nuestro siglo ha experimentado un aumento del interés por descifrar la relación existente entre el mecanismo atencional y el cerebro. Los primeros estudios en este sentido fueron realizados por *Pavlov* (1849-1936). Este autor enunció la ley de la inducción de los procesos nerviosos, según la cual en las áreas que rodean al foco de concentración de la excitación se

induce la inhibición; de esta manera es posible localizar constantemente en los hemisferios cerebrales, un área de excitación óptima que es expresión del trabajo más intenso de la conciencia (*Rubinstein*, 1977).

En 1949, *Moruzzi* y *Magoun* realizaron uno de los aportes más importantes a las neurociencias, y en específico al estudio de la atención. Mediante el método de producción de lesiones cerebrales en un gato, demostraron que la formación reticular, una estructura ubicada en el tronco del encéfalo, contenía circuitos de neuronas de los que dependía el nivel de alerta y activación *(arousal)* del animal. Con este hallazgo se introdujo el principio de la organización vertical de todas las estructuras cerebrales —hasta el momento se consideraba que la actividad psíquica era responsabilidad de la corteza—; se descubrió la primera unidad funcional del cerebro, responsable de regular el tono cortical y el estado de vigilia; y se reorientó la investigación de aquellos que pretendían localizar el substrato anatómico de la atención (*Carlson*, 1994; *Luria*, 1982).

Ya con *Luria*, que es otro de los clásicos sobre el tema, se perfiló la idea de que la atención no es un proceso unitario, sino que está dividido en diferentes componentes. Cada uno de ellos es regulado por zonas cerebrales específicas que trabajan de forma integrada. Las lesiones cerebrales pueden afectar a uno de estos componentes y expresarse por tanto en déficit en la función atencional. *Luria*, en específico, propuso tres:

- **Volumen**. Número de señales o asociaciones que pueden mantenerse en el centro de la conciencia lúcida.
- **Estabilidad**. Permanencia con que los procesos pueden conservar su carácter dominante.
- **Oscilaciones**. Naturaleza cíclica del proceso, mediante la cual los contenidos pueden adquirir un valor dominante o perdido.

Al diferenciar las zonas cerebrales relacionadas con la atención, *Luria* distinguió entre atención involuntaria y voluntaria. La primera se refiere a lo que *Pavlov* había denominado *reflejo de orientación*, o sea, la atracción que ejerce sobre el organismo un estímulo biológicamente significativo. La segunda, a las formas más complejas de atención, que permiten orientarse hacia un objeto, situación o fin de forma consciente e independientemente de las características del medio. La formación reticular ascendente es responsable de las formas más elementales de la atención: el estado generalizado de vigilia.

Sin embargo, las formas más complejas de atención voluntaria, que necesitan que se reconozca selectivamente un estímulo y se inhiba la respuesta correspondiente a estímulos irrelevantes, involucran estructuras del córtex límbico y la región frontal; esta última que se encuentra estrechamente conectada a los tractos descendentes de la formación reticular es de importancia capital en la regulación de los estados de activación que se realizan con la participación del lenguaje (*Luria*, 1977; *Luria,* 1982).

Michael I. Posner, que comienza sus estudios en la segunda mitad del presente siglo a partir de la *teoría del procesamiento de la información*, es más específico al hablar de los substratos anatomofuncionales de los componentes de la atención. Este autor define la atención como la capacidad para controlar los procesos de información en el cerebro. Está integrada por cuatro componentes que él denomina:

- Selectividad. Mecanismo que "filtra" los estímulos que llegan al sistema nervioso y le permite atender solo a los importantes. Es una función del hemisferio izquierdo, predominantemente parietal, enriquecida con contribuciones temporales, frontales y límbico estriadas.
- Vigilancia. Capacidad para mantener la atención sobre un estímulo a lo largo del tiempo. Está relacionada con el lóbulo parietal derecho y sus conexiones circundantes.
- Amplitud. Cantidad de estímulos que se pueden atender al mismo tiempo. Depende del hemisferio izquierdo, dentro del lóbulo parietal si el estímulo es auditivo-verbal.
- Alerta. Capacidad de examinar y dejar de atender a un estímulo cuando aparece otro más importante. Involucra tres dispositivos anatomocognitivos para movilizar y orientar la atención visuoespacial:
  - **Desconexión**. Función del lóbulo temporal.
  - **Reubicación**. Función del mesencéfalo.
  - **Conexión**. Función del tálamo.

Plantea además que existe un segundo módulo atencional visual relacionado con el sistema cerebral que se encarga de procesar semánticamente el estímulo. Esto le hizo pensar que la atención está implicada en la selección de las operaciones que controlan la acción del sujeto. Por tanto, es una estructura modular interconectada, responsable del control cognitivo (*Gaviria*, 1995; *Mayor*, 1992; *Posner*, 1971; *Posner*, 1980).

Siguiendo esta misma línea de investigación, o sea, la definición de los componentes del proceso atencional, *Allan F. Mirsky*, por su parte, publicó, en 1991, una investigación donde utiliza grupos de pacientes neuropsiquiátricos y de controles sanos a los que les aplicó una batería de *tests,* entre los que se encontraban *test* de Stroop, Trail Making *test*, *test* de Ejecución Continuada (CPT) y el *test* de Wisconsin. Los resultados fueron sometidos a un análisis factorial que permitió aislar cuatro componentes principales de la atención. Estos fueron los siguientes:

- **Focalización**. Habilidad para seleccionar un blanco de información para iniciar el procesamiento. Regulada por el lóbulo parietal inferior, el temporal superior y regiones estriadas.
- **Sostenida**. Capacidad para mantener el foco o la alerta en el tiempo. Se deteriora al pasar este. Involucra el *tectum* y la

región mesopontina de la formación reticular más otras estructuras del tronco encefálico relacionadas también con el arousal.

- **Cambio**. Habilidad para cambiar el foco atencional, de manera flexible y adaptativa, de un aspecto a otro del estímulo. Responsabilidad de la corteza prefrontal y media y del giro cingulado anterior.
- **Codificación**. Capacidad para manejar información numérica. Involucra al hipocampo y a la amígdala (*Gaviria*, 1995; *Mirsky*, 1991).

Sunder, en 1992, propuso un modelo simplificado de la atención que intenta integrar todo el cúmulo de datos experimentales sobre el tema. Según él, el sistema reticular activador (SRA) alerta a la corteza cerebral; la corteza parietal derecha registra, elabora y procesa el aporte sensitivo, auditivo y visual para compararlo con el banco de memoria de experiencias previas. Las conexiones con los lóbulos frontales influyen sobre las funciones de motivación y activan la orientación, la conducta motora y al SRA; se inhiben así estímulos distractores y se presta atención a los importantes (*Gaviria*, 1995). Pero aún la investigación experimental no ha demostrado por completo su modelo.

Todas las contribuciones descritas le permiten hoy a las neurociencias, explicar con alguna nitidez el mecanismo por el cual un individuo puede centrar su atención sobre ciertos estímulos e ignorar otros. Sin embargo, las contradicciones son evidentes al analizar las definiciones teóricas y los substratos fisiológicos propuestos por los diferentes autores. Las causas de estas contradicciones pueden ser varias:

- El alcance de nuestras hipótesis está limitado por los métodos de investigación que poseemos. No siempre se utilizan los mismos instrumentos para medir procesos idénticos y la selección puede depender tanto de razones científicas como meramente comerciales.
- La evaluación conductual de pacientes con lesiones cerebrales exige total seguridad sobre la capacidad que ha sido dañada y el área que se ha lesionado.
- Las regiones cerebrales están interconectadas y ninguna estructura aislada es la única responsable de una función. Además, el deterioro de una capacidad no tiene que depender linealmente de la estructura afectada, sino puede depender de la lesión de los axones que pertenecían a otra estructura y que pasaban por la lesionada.
- A menudo se puede producir la recuperación parcial de la función. ¿Cómo saber si se debe a que otra estructura asumió el déficit o a que se restablecieron las sinapsis dañadas?

Quedan también algunas preguntas por responder, por ejemplo:

- ¿Cuáles son los mecanismos que permiten la selección de un estímulo por encima de los otros? Y más concretamente:
- ¿Cuál es la relación entre la atención y las funciones motivacionales?

Además:

- ¿Cómo se resuelve el conflicto entre la necesidad de concentrarse en un estímulo y permitir que lleguen otros a nosotros que puedan ser objeto del procesamiento de la información?
- ¿Cómo se forman los tipos de atención más complejos en el hombre?

Las investigaciones en este sentido, que ya se han iniciado, permitirán explicar cómo la atención se dirige hacia el mundo exterior y cómo se realiza la integración con los demás procesos psíquicos, para producir la unidad funcional que es la conciencia.

MEMORIA

El proceso que llamamos memoria no es más que una palabra abstracta que describe la información que hemos adquirido por diferentes vías y que sirve de base para la regulación de la conducta presente y la planificación de la futura. La memoria es posiblemente la manifestación más evidente de la plasticidad del cerebro. La información derivada del aprendizaje formal e informal y de la experiencia social común constituye el contenido de la memoria.

Las particularidades de este proceso han sido objeto de estudio desde el inicio del pensamiento científico, y en específico los correlatos entre los componentes eminentemente psicológicos y el substrato anatómico. Pero solo recientemente se han podido identificar áreas funcionales estrechamente vinculadas a la memoria. Los primeros estudios con rigor científico acerca de la memoria, datan de 1885 con los trabajos de *Ebbinghaus* (1850-1909). Este autor utilizó tareas de memorización de listas de palabras sin sentido para evaluar los procesos de evocación de la información y variaba factores como número de palabras, de repeticiones, intervalos, etc. (*Finger*, 1994).

La memoria fue considerada como un proceso único del cerebro hasta los años 30. Los trabajos de *Lashley, Hebb* y *Penfield* sugirieron que en realidad se trataba de un conjunto de procesos interrelacionados (*Goldman-Rakie*, 1996; *Baddeley*, 1996; *Bear*, 1996). Los avances en la neurocirugía permitieron establecer

parcialmente las intrincadas relaciones anatomofisiológicas de la memoria. En 1950, se demostró que los daños en el hipocampo afectaban el aprendizaje y la memoria. Pero no fue hasta 1966, cuando la clínica y la neurocirugía superaron la fase de identificación neuroanatómica, que se pudo demostrar experimentalmente que si se aplicaban estímulos de alta frecuencia a las neuronas del hipocampo, se producía un aumento de los potenciales excitatorios postsinápticos que se prolongaban durante días (*Goldman-Rakie*, 1996).

BASES NEUROANATÓMICAS

El estado de los conocimientos actuales permite formular la hipótesis acerca de cómo se forma un evento mnémico. Después que un estímulo sensorial activa la amígdala y el hipocampo, los circuitos de memoria recorren un intrincado camino de retroalimentación para regresar al área sensorial. Esta retroalimentación posiblemente fortalece y almacena la representación neural del evento sensorial que acaba de ocurrir. Es posible que estas vías sean mediadas por el diencéfalo —tálamo, hipotálamo, subtálamo y epitálamo— y por el cerebro basal anterior con la corteza prefrontal. Las sinapsis de esta red neuronal cambian de tal forma que preservan el patrón de la conexión y la transforman en una memoria duradera (*Goldman-Rakie*, 1996).

Una descripción detallada y actualizada sobre las vías neurofisiológicas y neuroendocrinas implicadas en estos procesos está fuera del alcance de este material introductorio. Sin embargo, un breve bosquejo puede servir de referencia general. La información se transmite en estas estructuras, fundamentalmente mediante el sistema colinérgico del cerebro basal anterior. Diferentes vías de neurotransmisores están implicadas en este proceso, por ejemplo, la serotonina presináptica puede actuar como un primer mensajero y las proteinquinasas postsinápticas como segundo mensajero para facilitar la apertura de canales para el Ca^{++}. Por otra parte, la activación de los sistemas betaadrenérgicos median la memoria emocional y los efectos vegetativos asociados (*McGaugh et al.*, 1996; *Cahill et al.*, 1995). La difusión de otras sustancias como el glutamato, GABA, 5-HT, etc., puede ser consultada en la extensa bibliografía existente.

CLASIFICACIÓN

La memoria no es un proceso homogéneo. Es posible analizarla desde diferentes puntos de vista. Existen al menos tres categorías de análisis: temporal, secuencial y dominio (*De Vega*, 1994; *Wheeler et al.*, 1997), aunque es necesario aclarar que dado el avance de las neurociencias no puede asegurarse que estas clasificaciones no envejezcan con rapidez.

La clasificación temporal de la memoria establece tres categorías: memoria sensorial —proceso que maneja información sensorial durante cientos de milisegundos—; memoria a corto plazo o inmediata —manejo de información durante decenas de milisegundos— y memoria a largo plazo —manejo de información de minutos a años—. La memoria a largo plazo no es necesariamente una prolongación de la de corto plazo, sino que pueden ser capacidades mnémicas paralelas.

El principal substrato anatómico de la memoria a corto plazo es la zona dorsolateral del córtex prefrontal más las zonas parietales, temporales u occipitales. Estas últimas dependen de la modalidad de la memoria particular. Además involucra las áreas asociativas y sobre todo las atencionales, que regulan en gran medida la calidad de la memoria a corto plazo. El proceso fundamental que subyace en la memoria a corto plazo es la memoria de trabajo (*working memory*), que es el modo de operar o trabajar de esta memoria (*Salmon et al.*, 1996).

La memoria a largo plazo, por su parte, se compone de la memoria declarativa o explícita y de la no declarativa o implícita.

La declarativa es la memoria para palabras, escenas, caras, historias, etc. Su afectación es lo que llamamos amnesia. Se conoce también como memoria relacional, consciente e intencionada. Se sustenta en circuitos interrelacionados de estructuras límbico-diencefálicas —hipocampo, giro dentado, subiculum y córtex entorrinal, cuerpos mamilares y núcleos talámicos— y corticales —zona prefrontal, córtex cingulado y zonas asociativas posteriores del neocórtex— (*Squire*, 1992).

La memoria no declarativa o implícita es a la que nos referimos cuando hablamos de habilidades y aprendizajes, como manejar un automóvil, montar bicicleta, etc. Este tipo de memoria puede estar conservado en casos de amnesia. El cerebelo es una de las estructuras involucradas en su substrato anatomofuncional (*Schachter*, 1993). Esta clasificación, si bien tiene un valor de orientación, carece de valor heurístico, porque no ayuda a explicar el problema conceptual subyacente.

ENFOQUE CLÍNICO DE LA MEMORIA

No todas las alteraciones de la memoria se deben a orígenes neurológicos. Gran parte de ellas obedecen a causas psicógenas o a la interferencia de otros procesos psicológicos. No obstante, desarrollaremos aquí básicamente las relacionadas con su substrato anatómico.

Es necesario tener en consideración algunos elementos fundamentales para el examen de la memoria del paciente. Primero, es muy útil tener alguna fuente de información alternativa para verificar la precisión de la información dada. En segundo lugar, debe conocerse el nivel educacional e intelectual premórbido del paciente para poder evaluar justamente las preguntas de

conocimiento general e histórico. Es también muy importante el grado de cooperación, así como conocer si existen alteraciones de la conciencia, de la atención o de funciones sensoriales o del lenguaje. Condiciones psiquiátricas como trastornos de la afectividad, psicosis o ansiedad y el consumo de medicamentos con acción sobre el sistema nervioso central, pueden interferir con el resultado de las pruebas realizadas.

Las alteraciones de la memoria no declarativa se pueden presentar en enfermedades como el Parkinson, o en la enfermedad de Huntigton, entre otras (*Schachter*, 1993). Las de la memoria declarativa, las amnesias, pueden clasificarse de manera gruesa en seis categorías de tipo sindrómica etiológicas: amnesia de envejecimiento, amnesia tipo enfermedad de Alzheimer, amnesia global o pura, amnesia global transitoria, amnesia diencefálica (tipo síndrome de Korsakoff) y amnesia frontal (*Squire*, 1992).

Los conocimientos actuales sobre la memoria son lamentablemente incompletos y dependen todavía del desarrollo de nuevas tecnologías que permitan corroborar muchas de las hipótesis y modelos establecidos. El desarrollo de las neurociencias y de la imagenología funcional permitirá aclarar este confuso y retador problema.

4. Proceso afectivo

Colectivo de autores

El hombre reacciona de formas muy disímiles frente a lo que le rodea e incluso frente a sus propias acciones. Por otra parte, ante un mismo objeto, estas reacciones afectivas son generalmente muy variadas entre las diferentes personas, rnientras que unas se alegran, algunas se entristecen, otras sienten miedo y otras admiración.

La alegría, la tristeza, la cólera, el miedo, son distintos estados afectivos y, por lo tanto, diferentes formas de sentir provocadas por los objetos —situaciones, fenómenos, personas, etc.— con los cuales se relaciona e interactúa el hombre en su actividad cotidiana.

La enfermedad, por ejemplo, está descrita en la literatura médica, pero en los enfermos hay una gran variedad, tanto con respecto a sus síntomas particulares, como en sus formas de reaccionar afectivamente frente a la enfermedad, el personal que lo atiende y el tratamiento.

BASE FISIOLÓGICA DEL PROCESO AFECTIVO

El proceso afectivo, al igual que cualquier fenómeno psíquico, surge sobre la base de la actividad del cerebro frente a las variaciones del medio social. La información que llega a la corteza cerebral, a partir de la estimulación de los receptores, origina en esta un proceso de excitación que se generaliza en distintos centros subcorticales y llega desde allí, por vía aferente, a los diversos órganos del cuerpo, tales como glándulas, músculos, corazón, estómago, etc. Esto provoca diferentes reacciones como aumento de adrenalina en sangre, taquicardia, contracción muscular, enrojecimiento de la cara, sudación y otras muchas manifestaciones fisiológicas que suelen acontecer durante la afectividad y que se relacionan, por supuesto, con la intensidad y la significación que tiene el estímulo para el sujeto concreto.

Se conoce que en el proceso emocional desempeñan un importantísimo papel los centros subcorticales y, en especial, el sistema hipotálamo-límbico y la formación reticular.

En la figura 2 se muestra la intervención del sistema límbico en el proceso emocional. Analizando el esquema, comprenderemos mejor por qué los estímulos emocionales mantenidos pueden afectar funcionalmente nuestro organismo e incluso llegar a causar lesiones anatomofisiológicas, como ocurre, por ejemplo, en los casos de úlcera gástrica.

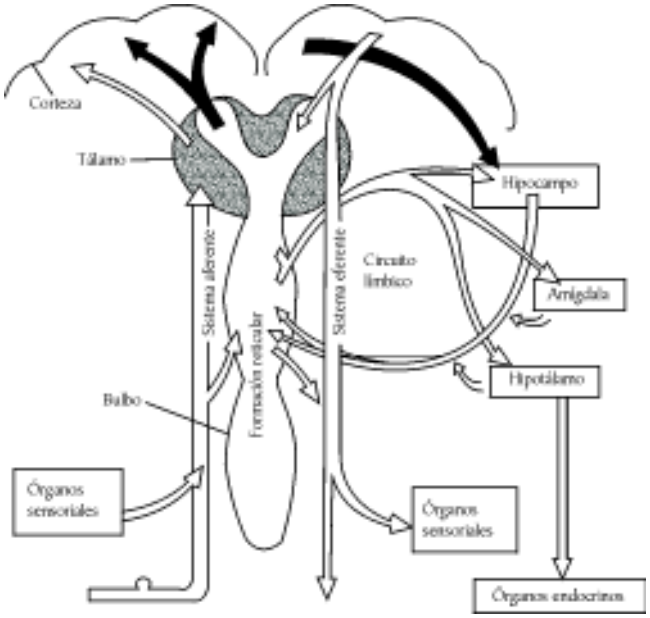


Fig. 2. *Intervención del sistema límbico en el proceso emocional.*

Las conexiones nerviosas corticosubcorticales con todos los órganos del cuerpo fueron descubiertas por un neurofisiólogo ruso, *Bykov*, en el siglo pasado.

También, por tensiones emocionales, se pueden producir estados de hipertensión arterial, asma bronquial, distintas afecciones de la piel, etc. Existe una gran variedad de entidades médicas conocidas como *funcionales* por el médico internista, las cuales tienen en su base estados emocionales mantenidos. Se les da ese nombre porque en ellas no se evidencian afecciones en órganos ni aparatos, sino que se trata del funcionamiento inadecuado de estos.

Un ejemplo de lo anteriormente explicado se puede encontrar en el llamado síndrome de adaptación, descrito por *Selye* en 1956 ante el estrés o tensión emocional. Dicho síndrome se caracteriza por un cuadro de reacción de la médula suprarrenal, y la actividad posterior de la corteza suprarrenal, debido a la estimulación provocada por la hormona de la hipófisis anterior. Esto tiene lugar ante una alarma, y sirve de respuesta emergente

al organismo para resistir la tensión y responder más enérgicamente frente al estímulo externo que desencadenó el proceso. Cuando este estado de emergencia se mantiene o se prolonga demasiado, se produce el agotamiento neuroendrocrino con graves consecuencias para la salud del individuo.

ESTADOS AFECTIVOS. ASPECTO DINÁMICO DEL PSIQUISMO Y CARÁCTER REFLEJO

Los estados afectivos reflejan la relación que existe entre las necesidades y motivaciones, los deseos y aspiraciones del hombre, por una parte, y por otra los objetos y fenómenos que lo rodean y satisfacen o impiden la satisfacción de sus necesidades. Los procesos afectivos expresan el valor, el significado y la importancia que las cosas adquieren para el individuo. Estos valores se forman a lo largo de la vida personal como consecuencia de las experiencias y el aprendizaje social del hombre, de acuerdo con su ideología y su personalidad.

La afectividad influye, penetra, se difunde por toda la vida psíquica del sujeto y tiñe con un rico colorido la totalidad del campo de la conciencia humana. Cualquier proceso intelectual o volitivo se desarrolla, necesariamente, sobre un fondo de sentimientos, los cuales constituyen, sin lugar a duda, los aspectos más profundos de la conciencia, los más difíciles de verbalizar totalmente, los más dinámicos y motivadores de la conducta y el pensamiento.

Las cualidades de la vida afectiva pueden variar incesantemente. De este modo, se modifica la intensidad y aun el carácter peculiar del sentimiento total; pero la vida afectiva jamás desaparece, pues es el reflejo en el cerebro humano de sus relaciones vitales, de las relaciones de cada hombre en particular con sus peculiaridades y deseos, con los objetos y fenómenos del medio en que vive, objetos y fenómenos del medio social tienen para cada hombre específico un valor determinado, un significado.

CUALIDADES BÁSICAS DE LOS ESTADOS AFECTIVOS

Teniendo en cuenta la infinita variedad de situaciones que existen y en las que la persona puede verse envuelta socialmente, podría parecer quizás algo imposible pretender analizar las cualidades generales que pueden poseer los diferentes estados afectivos, determinados necesariamente por las situaciones específicas en que cada persona se encuentra, por su experiencia anterior y su personalidad.

Sin embargo, es posible destacar las siguientes cualidades básicas de los estados afectivos si se considera la relación de ellos con la satisfacción o insatisfacción de las necesidades, los deseos y las aspiraciones del sujeto.

ESTADOS AFECTIVOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Se consideran *estados afectivos positivos* aquellos que reflejan la satisfacción de las necesidades del hombre, y *estados afectivos negativos*, cuando expresan su insatisfacción. A continuación se exponen algunos ejemplos de estados afectivos positivos y negativos.

El estudiante, que tras un gran esfuerzo intelectual, aprueba un examen difícil, evidencia un estado afectivo de alegría, de felicidad, que varía en intensidad según el esfuerzo realizado y la preocupación que dicha prueba causara previamente en él. Su estado afectivo puede ser clasificado indiscutiblemente como positivo, pues expresa la satisfacción que le produce el cumplimiento de sus deseos mediante su esfuerzo personal. En esa misma situación, otro estudiante, que suspenda el examen, sufre un estado afectivo negativo, que puede variar igualmente en intensidad desde la tristeza hasta la desesperación o la angustia, lo cual depende, por supuesto, del esfuerzo realizado y de la significación que el estudiante atribuya a dicho suspenso. El estado afectivo refleja, en este caso, la insatisfacción-frustración de los intereses y necesidades del joven estudiante.

El joven enamorado, que es correspondido en su afecto, experimenta un estado afectivo positivo que lo puede llevar desde la alegría hasta el éxtasis de felicidad, según la importancia y el valor que para él tenga ese éxito. El joven, que no es correspondido amorosamente, sufre un estado afectivo negativo que varía igualmente en intensidad según lo que dicho fracaso represente en su vida personal.

Las experiencias del ser humano suelen ser extraordinariamente complejas, y reflejan estados afectivos que no siempre pueden ser reducidos, de forma simple, a la satisfacción o insatisfacción de una necesidad específica. En estos casos, el estado afectivo se clasifica de dual o ambivalente.

ESTADO AFECTIVO DUAL O AMBIVALENTE

Son estados complejos en los que la satisfacción y la insatisfacción coexisten simultáneamente en contraposición polar. De este modo, la afectividad se mueve en ellos del placer al dolor, de la excitación a la calma, de lo agradable a lo desagradable, del amor al odio, o viceversa. A continuación se describen dos ejemplos de estas complejas modalidades afectivas.

Un estudiante de biología, que tiene que realizar la vivisección de un animal para estudiar la fisiología del aparato digestivo, afectivamente se encuentra motivado por el deseo de aprender, y al mismo tiempo le puede resultar penoso realizar dicha operación, por lo que su estado afectivo es dual.

Una joven se encuentra entusiasmada ante la idea de participar en un trabajo investigativo que requiere su presencia durante varios meses en un lugar apartado, pero que resulta de gran importancia para su formación profesional. La joven afectivamente se mueve entre la alegría de dicha posibilidad y la pena de tener que separarse de su esposo e hijo pequeño durante esa etapa de su trabajo. En ambos casos nos encontramos ante estados afectivos ambivalentes o duales.

SORPRESA

En ocasiones, el hombre sufre un estado afectivo de orientación primaria o indeterminación afectiva frente a un objeto desconocido e incomprendido por él. Cuando el hombre se enfrenta con algo que no sabe cómo relacionar con sus necesidades básicas, es decir, desconoce si resultará beneficioso o dañino a su persona, se produce un estado afectivo llamado *sorpresa*, que se caracteriza por ser poco estable y asociarse al interés, la curiosidad y el asombro.

Esta cualidad afectiva de sorpresa tiende a derivar hacia estados afectivos positivos o negativos en cuanto se relaciona el objeto en cuestión que lo provoca, con la satisfacción o insatisfacción de nuestras necesidades.

Un ejemplo de sorpresa es cuando un sujeto con muy poca cultura médica entra en la consulta de un médico, donde se encuentra, además del esperado escritorio con sus sillas, un equipo de ultrasonido. La primera impresión del paciente es de sorpresa, pues no sabe la relación que dicho aparato puede tener con sus necesidades de salud; no sabe, además, si resulta doloroso o molesto para él entrar en relación con dicho equipo. La curiosidad y el asombro cederán rápidamente ante cualquier explicación del médico que resuelva el desconocimiento del paciente con respecto a su relación específica con el instrumento.

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS. SU INTERRELACIÓN DIALÉCTICA

Como se ha explicado, los elementos que conforman la situación afectiva comprenden una variada gama de fenómenos, entre los que se encuentran las necesidades, los deseos, las intenciones, los objetivos, los valores, etc., formados durante la experiencia individual de cada sujeto y que conforman el campo o espacio vital en el que se mueve una personalidad dada. En el surgimiento y la evolución de todo estado afectivo, desempeñan un papel importantísimo tanto la situación específica como la personalidad del sujeto, que le dan una dinámica, un colorido e intensidad variados.

Existen estados afectivos de igual denominación, que por sus características específicas, desempeñan papeles diferentes en la vida de una persona. Por ejemplo, el estado afectivo de miedo puede presentarse como emoción o como sentimiento.

En la emoción de *miedo*, al igual que en todas las emociones, predomina la relación con las necesidades biológicas. Se vivencia con mayor intensidad cuando el sujeto siente en peligro su vida. Esta emoción moviliza todos los recursos del organismo y lo prepara para la lucha; además, se caracteriza por su gran intensidad y brevedad. Un ejemplo de la emoción de miedo es el que siente alguien al estar en el mar y ver que se acerca un tiburón.

La emoción se asocia con intensos cambios fisiológicos y neuroendocrinos. El papel de la subcorteza en la emoción es decisivo, como ya se vio en el inicio del capítulo, al estudiar la base fisiológica de los estados efectivos.

El sentimiento de *miedo*, al igual que todos los sentimientos, se relaciona con las necesidades sociales. Puede producirse, por ejemplo, cuando un sujeto teme quedar mal ante sus amigos, hacer el ridículo y ser rechazado por su grupo. Este tipo de estado afectivo es mucho más duradero y estable que la emoción, aunque de menor intensidad. En el sentimiento, los cambios psicofisiológicos son menos evidentes y drásticos que en la emoción, y el papel de la corteza cerebral predomina obviamente sobre el de la subcorteza.

En el estado afectivo amoroso, por ejemplo, coexisten en realidad emoción y sentimiento. Cuando aparece la relación sexual en la pareja, impera el amor como emoción. Fuera de la actividad sexual, los lazos amorosos que unen al hombre y a la mujer enamorados son fundamentalmente sentimentales.

Los estados afectivos sufren una transformación continua; son estados dinámicos y cambiables en alto grado. Por esta razón, puede ocurrir, por ejemplo, que de un sentimiento de amistad surja una emoción amorosa e incluso una pasión intensa.

La emoción de *ira* hacia lo que nos impide una satisfacción puede ser el origen de un sentimiento de odio hacia aquello que nos ha provocado una frustración. En este caso, el idioma nos ayuda con dos palabras distintas que diferencian los estados afectivos de emoción y sentimiento, mientras que no sucede así en el caso del amor y del miedo.

Los estados afectivos del hombre son sumamente complejos y tienen una gran importancia en el equilibrio social y la vida psíquica del individuo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES

- Los estados emocionales se relacionan, fundamentalmente, con las necesidades biológicas (hambre, sed, etc.).
- Aparecen brusca y repentinamente.

- Se manifiestan con gran intensidad.
- Su duración es relativamente corta.
- Siempre se acompañan de cambios somáticos ostensibles.
- Hay predominio subcortical, en el que desempeña un papel fundamental el hipotálamo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SENTIMIENTOS

- Los sentimientos se relacionan con motivaciones sociales aprendidas a través del proceso de adaptación del hombre al medio.
- Se van instalando lentamente a través de la interacción del hombre con su medio social.
- Son de prolongada duración y pueden, incluso, una vez formados, perdurar toda la vida del sujeto.
- Son de menor intensidad que las emociones.
- No se presentan acompañados de cambios somáticos ostensibles.
- Predomina la actividad cortical.

EMOCIONES PRIMARIAS

Las emociones primarias son *el miedo, el amor y la ira*, y son consideradas así por constituir los estados afectivos más primitivos, tanto desde el punto de vista filogenético como ontogénico.

En el desarrollo filogenético aparecen muy tempranamente y las conductas que provocan pueden ser observadas en muchos animales inferiores. En cuanto al desarrollo ontogénico, se manifiestan en el recién nacido, a los pocos días de vida.

Aunque estos estados afectivos fueron utilizados anteriormente para explicar la interrelación dialéctica entre emoción y sentimiento, a continuación se van a resaltar sus características fundamentales:

En la emoción de miedo, el sujeto siente que el objeto puede destruirlo, y la conducta es de huida.

En la emoción de ira, el sujeto siente que el objeto es peligroso, pero que él puede destruirlo; en este caso la conducta es de ataque.

En la emoción de amor, el objeto es fuente de satisfacción, y la conducta del sujeto es la de interrelacionarse con aquel.

EMOCIONES SECUNDARIAS

Estas emociones son, por sus características, un paso intermedio entre las emociones primarias y los sentimientos. Son la *tristeza, la alegría y la ansiedad*.

La tristeza es un estado afectivo desagradable de insatisfacción. Se produce por la pérdida del objeto amado, es decir, de aquello que garantizaba la satisfacción de una necesidad. El mejor ejemplo en el caso de nuestra profesión, por presentarse comúnmente en los pacientes que atendemos, es la tristeza provocada por la enfermedad que impide que se satisfagan las necesidades de salud. La tristeza provoca una óptica pesimista que propicia, a su vez, estados afectivos negativos, y puede presentarse como un estado anímico que no se relaciona conscientemente con un fenómeno concreto como causa desencadenante; pero que, no por ello, pierde su condición de reflejo de determinadas situaciones frustrantes, o de fracasos que han afectado el nivel de tolerancia frente a situaciones de la vida diaria, y que hacen disminuir la confianza en las propias fuerzas.

La alegría es un estado afectivo placentero, de agrado y satisfacción, es un estado anímico contrario a la tristeza. El sujeto alegre aumenta su nivel de actividad; predominan en él los estados afectivos positivos y encuentra la vida fácil y agradable. Tiende a escapar de los aspectos serios o profundos de la vida, y a manifestarse afectivamente de manera voluble y superficial.

El estado de ansiedad, tensión o estrés, se produce ante una situación conflictiva, frustrante, frente a la posibilidad de peligro o de inseguridad. Todo ello implica una desagradable impaciencia, un sentimiento de desasosiego e intranquilidad que si se intensifica, llega a hacerse intolerable para el equilibrio del sujeto. El grado máximo de la ansiedad es la angustia. La ansiedad repercute intensamente sobre el funcionamiento fisiológico del individuo que la padece y está en la base de múltiples afecciones psíquicas y orgánicas —la neurosis de ansiedad, la hipertensión arterial, la úlcera gastroduodenal, etc.— El mecanismo por el que la ansiedad repercute sobre el organismo del sujeto está explicado al inicio del capítulo, al estudiar la base fisiológica de la afectividad.

SENTIMIENTOS SUPERIORES

Son aquellos sentimientos que surgen de necesidades culturales y tienen un marcado predominio intelectual, por lo cual los elementos afectivos tienden a ocultarse detrás de razonamientos o ideas. Por ejemplo, la vocación por determinada profesión suele ser explicada con razones, pero en esa selección existe sin duda una carga afectiva a veces no muy clara para el propio sujeto que se orienta vocacionalmente. El patriotismo se fundamenta en conceptos de la ideología, pero una vez que el sujeto experimenta esas ideas o ideales como suyos propios y se identifica con ellos, surge el amor a la patria.

Si bien es cierto que en todos los sentimientos existe un componente en ideas o imágenes a los que se suele asociar el

pensamiento abstracto, puede afirmarse que donde más predomina este último es en el sentimiento superior.

PASIONES

Son estados afectivos en los que se mezclan características de los sentimientos y las emociones. Se caracterizan por dominar toda la vida psíquica del sujeto y dirigir, por tanto, su conducta social.

Las pasiones constituyen el centro de la vida del sujeto que las siente; como estados afectivos son intensas y, a la vez, duraderas. Pueden relacionarse con motivaciones biológicas o sociales, indistintamente. Por supuesto, se encuentran en el límite entre la normalidad y la patología. En ocasiones, son capaces de brindar un sentido positivo a la vida de un hombre, y de conducirlo a actos heroicos o a descubrimientos trascendentales. Un ejemplo de esta pasión creativa se puede encontrar en la vida de muchos grandes hombres, científicos y revolucionarios que han vivido solamente para su obra social y, por ello, han conseguido hacer grandes aportes a la humanidad. Si las pasiones se asocian a sentimientos superiores, son, por regla general, altamente beneficiosas a la humanidad. Sin embargo, una pasión también puede tener un carácter negativo, destructivo, como ocurre, por ejemplo, en los celos patológicos que pueden dominar la vida de un individuo y llevarlo, incluso, hasta el crimen.

Es bueno conocer que no todas las personas son capaces de experimentar la pasión. La mayoría de los hombres desconocen este estado afectivo absorbente y obsesionante, que puede hacerse eje de una vida psíquica y dominar toda la conducta.

ESTADOS AFECTIVOS RELACIONADOS CON ESTÍMULOS SENSORIALES DIRECTOS

Los estados afectivos relacionados con estímulos sensoriales directos son *el disgusto, el placer y el dolor*.

DISGUSTO

Cuando entramos en contacto con algunos elementos de nuestro medio a los que culturalmente hemos aprendido a asociar con fenómenos desagradables, como los residuos orgánicos en descomposición, se puede despertar en nosotros un estado afectivo de repulsión, disgusto, tendencia a la evasión, etc., acompañado, en ocasiones, de náuseas y sensaciones de malestar en nuestro cuerpo. Un ejemplo de este tipo de estado afectivo es el que se experimenta cuando se siente una cucaracha caminando sobre la piel.

El disgusto también se produce por situaciones de orden espiritual, como por ejemplo, cuando nos llaman la atención y nos muestran su desagrado personas que son significativas para nosotros.

El sentimiento de disgusto puede variar desde una leve irritación o molestia, hasta el miedo que se produce cuando la persona se siente incapaz de resolver una estimulación negativa que valora como terrible desde el punto de vista de sus patrones culturales.

PLACER

Determinadas sensaciones como los roces suaves sobre la piel, algunos colores, sabores, sonidos, etc., de intensidad moderada, que resulten culturalmente agradables, pueden producir una vivencia de bienestar y llegar incluso hasta una emoción intensa, como sucedería en un éxtasis de placer.

Al igual que ocurre con el disgusto, el placer también puede ser producido por situaciones espirituales.

DOLOR

El dolor físico es una estimulación violenta que conduce a un estado afectivo displacentero, que puede incrementarse si el dolor es intenso, y producir agitación y tensión en el sujeto que lo padece. La emoción dolorosa se asocia generalmente al miedo y ambos aumentan, si el sujeto no encuentra la manera de enfrentar y bloquear la estimulación dolorosa. En caso contrario, cuando el sujeto sabe localizar la fuente de su molestia y se siente en condiciones de aliviarla, el estado afectivo que acompaña la estimulación dolorosa será mucho menos intenso.

ESTADOS AFECTIVOS RELACIONADOS CON LA AUTOESTIMA DEL SUJETO

Son estados afectivos propios del proceso de socialización del hombre, y están relacionados directamente con los patrones culturales existentes en diferentes condiciones socioeconómicas y que han sido incorporados por el sujeto.

El niño pequeño, por ejemplo, carece del sentimiento de pena y mucho menos de remordimiento. Él llega a experimentar estos estados afectivos solamente como un resultado de patrones culturales aprendidos durante su socialización.

Cuando se incumple con la conducta que uno considera correcta de acuerdo con los valores que se poseen, es agredido directamente el concepto que tiene el sujeto sobre sí mismo; y éste experimenta algunos de estos estados afectivos, entre los cuales se encuentran los sentimientos de culpabilidad, fracaso y pena, entre otros. Por el contrario, cuando el sujeto actúa

eficientemente de acuerdo con sus patrones culturales, surgen en él sentimientos de éxito y de orgullo.

SENTIMIENTOS DE ÉXITO O DE FRACASO

Para poder entender ambos estados efectivos, es necesario tener en cuenta el nivel de aspiración de cada persona y su percepción acerca de si ha logrado o no alcanzar determinadas metas.

El éxito propicia estados afectivos positivos, alegría y autosatisfacción con uno mismo, y facilita el sentimiento de orgullo ante lo logrado.

El fracaso se presenta como un estado afectivo negativo que provoca la tristeza y el desánimo. En algunas ocasiones, el sentimiento de fracaso se debe a la excesiva altura en que el sujeto sitúa su nivel de aspiración, y resulta inexplicable para la mayoría de las personas el por qué se siente fracasado.

Más adelante, al analizar lo referente a frustración y conflicto, se verá cómo el sentimiento de fracaso es un conflicto para la autovaloración de la persona, y puede dar origen a mecanismos de defensa que también serán estudiados.

SENTIMIENTOS DE ORGULLO O DE PENA

Estos estados afectivos se asocian a los estudiados en el epígrafe anterior, ya que el orgullo surge en la autoevaluación del sujeto que ha logrado alcanzar un éxito en la vida y que se siente satisfecho consigo mismo; por ello, un ejemplo de este estado afectivo es el del joven médico que se siente orgulloso de haber salvado una vida con sus conocimientos y esfuerzos.

El sentimiento de pena se produce conjuntamente con la pérdida de algo valioso para nosotros o ante un fracaso en la obtención de una meta. Se puede sentir pena cuando la autovaloración que de sí mismo hace el sujeto es negativa, como le ocurre, por ejemplo, a la joven adolescente que la invitan a bailar y no sabe cómo hacerlo. La pena de esta joven será tan intensa como la importancia que ella atribuya a ese hecho.

SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD Y REMORDIMIENTO

Estos estados afectivos evocan, necesariamente, un juicio moral o ético sobre la conducta del hombre que se autoevalúa. Puede ir desde una ligera molestia consigo mismo hasta un sentimiento de culpabilidad angustioso y autotorturante. El sentimiento de culpabilidad puede estar claramente centrado en un hecho concreto realizado por el sujeto en contra de sus principios y valores, como por ejemplo, el estudiante que incumple injustificadamente una guardia médica, o puede, por el contrario, presentarse como un sentimiento vago de culpabilidad, que no se asocia directamente a nada concreto, sino que matiza toda la vida psíquica del sujeto afectado. En este último caso, el sujeto siente que él es una "mala persona", sufre y se autocastiga, sin entender claramente de qué se acusa a sí mismo.

El sentimiento de culpabilidad puede estar asociado o no al sentimiento de pena anteriormente explicado. Por ejemplo, una joven puede sentir pena de su figura extremadamente delgada, pero no sentirse culpable de ella.

El remordimiento se refiere a un sentimiento de culpabilidad proyectado hacia el pasado, es decir, que surge cuando evocamos nuestra vida y acciones pretéritas. No quiere eso decir que en el momento de realizar el acto que hoy nos provoca remordimiento hayamos sentido pena o culpa de hacerlo, pero ahora, retrospectivamente valorado el hecho, nos llena de pesar el haber realizado o el haber dejado de hacer algo en aquella etapa analizada.

Un ejemplo de ello es el de un joven que hizo que su pareja abandonara sus estudios para casarse, y que al cabo de los años siente remordimiento por el error cometido.

ESTADOS AFECTIVOS RELACIONADOS CON OTRAS PERSONAS

Los estados afectivos de *amor, celos, envidia y odio*, son provocados en la interacción de unos hombres con otros.

AMOR

El amor fue estudiado anteriormente desde el punto de vista de los estados afectivos primarios, pero el amor como respuesta afectiva tiene muchas formas e intensidades diversas. Se relaciona, por supuesto, con la estimulación sensorial en su manifestación sexual, pero no se agota ni como emoción primaria, ni en la estimulación sexual.

Los estados afectivos amorosos varían en calidad e intensidad según el objeto que los provoque y las necesidades que se evoquen o se satisfagan en él. Por ejemplo, se habla del amor como un sentimiento superior —amor a la patria, a la ciencia, etc.— y del amor maternal rodeado de ternura y protección, que siente la madre por su hijo. También se puede hablar del gran amor que sintió *José Martí* hacia todos los niños del mundo y, en especial, hacia los de América.

El amor en la pareja humana tiene, como hemos visto, de sentimiento y de emoción, estados afectivos que en este caso forman una unidad dialéctica inseparable. El amor se caracteriza, en sentido general, por un deseo de acercamiento y devoción hacia el ser amado, un sentimiento y una necesidad de compartir

la vida de este, y de ayudarlo y recibir su apoyo en todas las dificultades diarias.

El amor es un estado afectivo positivo que resulta agradable y placentero, que varía de intensidad de acuerdo con las circunstancias y con el tipo de relación amorosa que se establezca dentro de un medio social dado.

CELOS Y ENVIDIA

Los celos son una vivencia afectiva que suele acompañarse de otros estados afectivos como la ira y el odio. Es un estado afectivo y se presenta con un aumento de tensión emocional y sentimiento de fracaso personal o pérdida de un objeto amado.

El celoso teme constantemente perder a su ser querido. Percibe real o falsamente la presencia de un rival en su amor, así como la no reciprocidad del afecto depositado. Sufre en su autoapreciación y se siente rechazado y maltratado por el ser que ama. Con cierta frecuencia vemos en el celoso cómo la intensidad del estado afectivo es desproporcional al estímulo que la provoca, ya que este tiende a ser exagerado por la persona celosa. Por otra parte, los celos varían en su intensidad de acuerdo con múltiples factores de personalidad y con las condiciones sociales que causan el hecho. También la intensidad del amor que siente el sujeto hacia la persona que provoca sus celos tiene importancia en la intensidad de estos.

Los celos son una vivencia afectiva negativa y constituyen un índice de inmadurez y de inseguridad del que los experimenta. Asumen un valor éticamente negativo cuando se asocian a la envidia que puede producir, por ejemplo, el hecho de que una persona cercana a nosotros obtenga el afecto de alguien que amamos, o un objeto deseado de manera intensa por nosotros, especialmente cuando este es difícil de obtener.

La envidia y los celos son estados afectivos incompatibles con una personalidad madura y equilibrada socialmente; demuestran mezquindad y egoísmo, cualidades que desde el punto de vista ético son indeseables y que están presentes, sobre todo, en la envidia.

ODIO

Lo esencial en este estado afectivo es el deseo de destruir un objeto que percibimos como amenazante. El odio es un estado emocional intenso, capaz de convertirse en una pasión que centre la vida psíquica del sujeto. Suele asociarse con la ira y se dirige siempre hacia un objeto de gran significación para el sujeto, y con el cual no puede convivir. Por ser un estado afectivo intenso, se acompaña de tensión emocional y actividad destructiva hacia el objeto odiado. El odio, cuando se justifica socialmente y se orienta en forma racional, no de forma impulsiva, ayuda a movilizar al sujeto en contra de la injusticia y de las agresiones que dañen su integridad y dignidad humanas.

EXPRESIÓN DE LOS ESTADOS AFECTIVOS

Debe distinguirse entre la vivencia afectiva que es el fenómeno subjetivo e *interno* mediante el cual el hombre siente y experimenta un estado emocional; y la expresión del afecto, o aspecto *externo*, es decir, la forma en que se manifiestan los estados afectivos.

Los estados emocionales se muestran en los movimientos del rostro y del cuerpo mediante los cuales comunicamos —primer sistema de señales— nuestras vivencias afectivas. Además de la mímica y la pantomima, expresivas de un estado afectivo, este se expresa también en modificaciones del funcionamiento de los órganos internos y en cambios aún más profundos en la composición química de la sangre, como resultado de la secreción de diversas glándulas que se movilizan en los estados de tensión.

Los estados emocionales se manifiestan verbalmente —segundo sistema de señales—, mediante expresiones verbales de acuerdo con la intensidad y las peculiaridades del proceso afectivo.

El individuo en estado de emoción puede sudar, temblar, llorar, hablar con un lenguaje entrecortado o perder momentáneamente el habla; también puede verbalizar de manera incoherente, gritar, etc. El conjunto de gestos, movimientos involuntarios unos y voluntarios otros, así como las diversas manifestaciones ya señaladas, constituyen el aspecto expresivo y comunicativo de los estados emocionales.

Analizando todo lo dicho hasta aquí, se puede comprender que un estado emocional forma una unidad dialéctica con su correspondiente gesto expresivo o las verbalizaciones que la acompañan, una unidad inseparable, algo así como los dos polos de un mismo proceso psíquico que se refuerzan mutuamente, ya que la conciencia de los cambios fisiológicos provocados en nosotros por un estado afectivo puede llegar a producir un incremento del propio estado afectivo que diera lugar a ellos. Ejemplo de esto se observa en el sujeto que se apena porque le llaman la atención por un error cometido por él, y a consecuencia de esa pena su cara se enrojece. Cuando el sujeto comprende que se ha enrojecido, por la sensación de calor que siente en el cuello y las orejas, se apena aún más por el temor de que sus amigos noten el fenómeno.

Existe una íntima correspondencia y un esquema único de comportamiento entre las vivencias afectivas como actividad de la conciencia del hombre, y los modos de expresión de estos estados emocionales. Cuando el hombre siente que suda y llora, tiene dificultades para coordinar sus ideas, y el corazón le late aprisa, se

refuerza en él el estado emocional que dio origen a todas esas manifestaciones; es decir, se emociona aún más de lo que ya estaba, y evidencia con ello la unidad inseparable entre el estado emocional subjetivo y su expresión objetiva.

CONTROL DE LAS EXPERIENCIAS EMOCIONALES. SU EDUCACIÓN

Los estados afectivos en el hombre se encuentran socialmente condicionados como toda actividad psíquica. El proceso de socialización y de formación de la personalidad deja una huella en el proceso emocional de un individuo dado. De este modo, existen culturas que tienden a que el sujeto inhiba la expresión de algunos o de todos sus estados afectivos, y que hasta sienta pena o vergüenza de reconocer su existencia.

En otras culturas, en cambio, se estimula la intensidad de la expresión emocional como demostración de la "sensibilidad", interés o preocupación que una persona puede experimentar en una situación dada.

Debe tenerse en cuenta que es mucho más sencillo controlar la expresión externa/verbal o extraverbal de las emociones, que los cambios internos que ocurren en nuestro organismo —taquicardia, peristaltismo, etc.—; y que aún es más fácil controlar las expresiones verbales que las extraverbales, por una razón obvia, estas últimas ocurren frecuentemente de modo involuntario en el sujeto.

Los estados afectivos y la actividad cortical, con la cual mantienen una interacción constante, son decisivos en la vida del hombre. La afectividad propicia la necesaria motivación y energía para encauzar nuestras acciones hacia la solución de nuestras necesidades, refuerza placentera o displacenteramente la relación con los fenómenos que nos rodean, y nos permite de este modo, con esta función señalizadora, orientarnos en la vida. No obstante los estados afectivos pueden ser también un obstáculo para el hombre, ya que pueden producir un fuerte bloqueo en el raciocinio y con sus efectos impulsivos afectar nuestra vida en sociedad. Ya hemos visto cómo estados de tensión emocional mantenidos pueden incluso afectar nuestra salud física y mental. Nadie niega en estos momentos la importancia que tiene la tensión emocional en el desarrollo de innumerables y graves enfermedades.

Se puede comprender fácilmente, pues, la gran importancia que tienen el aprendizaje y la socialización de la vida afectiva de acuerdo con la correcta conjugación de los intereses, necesidades y motivos personales y sociales.

El proceso de educación de la afectividad comienza desde épocas muy tempranas de la vida de un niño, y es tarea conjunta de las diferentes instituciones sociales: la familia, la escuela y el estado. La educación de la afectividad se relaciona muy estrechamente con la educación de las motivaciones y necesidades del niño, así como con la expresión de sus estados afectivos de acuerdo con los valores de nuestra sociedad.

Queremos añadir que los estados afectivos, en indisoluble unión con los contenidos cognitivos, son la base donde se va formando, durante el desarrollo de la personalidad, el componente de esta que se conoce como **sentido personal;** a su vez, en la personalidad adulta, el subsistema **sentido personal** ya formado, regula la aparición e intensidad de los estados afectivos.

5. El hábito como actividad conscientemente automatizada

Colectivo de autores

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN DE LOS HÁBITOS

Los hábitos como formas de actividad están constituidos también por acciones y movimientos que responden a un fin consciente previamente propuesto.

En toda acción existen componentes motores, sensoriales y centrales que realizan funciones de ejecución, regulación y control respectivamente.

Mediante el aprendizaje y la ejercitación, el hombre llega a realizar los movimientos de forma automatizada, y la conciencia queda liberada de ejercer el control en las operaciones motrices, sensoriales e intelectuales que componen las acciones.

El hábito es la automatización parcial de la ejecución y regulación de los movimientos dirigidos hacia un fin. Es una forma de llevar a cabo las acciones como resultado de un aprendizaje, en el cual se han establecido conexiones nerviosas temporales que son la base fisiológica de los hábitos. La formación del *sistema de conexiones temporales*, también llamado estereotipo dinámico, permite que las acciones se realicen con rapidez y con precisión, eliminando movimientos innecesarios y el gasto de energía.

En la formación de los hábitos desempeñan un importante papel:

- La dirección del aprendizaje por personas de experiencia.
- La imitación de los modelos de acción.
- La ejercitación y el entrenamiento encaminados al perfeccionamiento.

El proceso de aprendizaje de los hábitos se realiza por etapas, y se descompone la actividad en partes que requerirán no solo de la ejercitación, sino también de la corrección de los errores encaminada al perfeccionamiento. En este proceso tiene un gran valor la calidad de las orientaciones que recibe el sujeto, pues ello garantiza que el hábito se forme correctamente, y responda al fin de la actividad. Por ejemplo, antes de aprender a escribir con letra cursiva, el niño aprende las letras y forma con ellas palabras; de la misma forma que antes de leer de corrida, identifica las letras, aprende a unirlas y forma palabras con ellas.

Al imitar el modelo de acción, el sujeto se apoya en la observación consciente de dicho modelo, y llega a la formación de la imagen ideal de este con ayuda del lenguaje, lo cual le permite la ejecución consciente encaminada a un fin. Por ejemplo, el corredor aprende los pasos de la arrancada observando el modelo que le presenta el instructor, descomponiéndolo en sus partes integrantes, y formándose una imagen ideal, lo cual le permite su reproducción y enlace.

El ejercicio también interviene en el proceso de formación de los hábitos, pero el ejercicio no puede concebirse como una simple repetición, ya que ello conduce a la reproducción mecánica de la actividad; la meta del ejercicio es el perfeccionamiento y la eliminación de los movimientos innecesarios, para la formación correcta del hábito. Por ejemplo, el corredor en el proceso de ejercitación para la formación del hábito correspondiente va mejorando progresivamente su ejecución hasta llegar a realizarla completa y sin errores.

Cuando el hábito ha sido elaborado cuidadosamente y con interés, el individuo actuará luego con rapidez, eficiencia y calidad. Por ejemplo, el estudiante que en los primeros años de su vida escolar aprendió a leer bien y a interpretar lo leído, o sea, formó bien el hábito, en las etapas posteriores de su formación, su estudio se hará más eficiente y de mayor calidad, si se compara con otro estudiante que posee hábitos defectuosos de lectura, y que además no muestra interés por mejorarlos. Igualmente ocurre con la escritura; existen estudiantes que tienen una letra ilegible, pero que no tratan de corregir los errores en la formación de ese hábito, ocurridos en la etapa inicial de la formación de estos.

CAMBIOS ESTRUCTURALES DE LA ACTIVIDAD EN LA FORMACIÓN DE HÁBITOS

Petrovski señala que la formación de hábitos produce los siguientes cambios estructurales de la actividad:

- Cambios en los procedimientos para la ejecución de los movimientos. Los movimientos simples se unen e integran, sistematizándose, a la vez que se eliminan los que resultan innecesarios, y la acción se realiza más rápida y eficientemente. Por ejemplo, realizar la arrancada por pri-

mera vez, por el corredor, y ejecutarla cuando ya se ha fijado el hábito correcto después del ejercicio y el entrenamiento.

- Cambios en los medios de control sensorial sobre las acciones.
  - El control sensorial se desplaza de un analizador a otro. Por ejemplo, una vez que se aprende a escribir a máquina, el control de las acciones pasa del analizador visual al cinético, o sea, que el sujeto escribe sin ver el teclado.
  - Se forman síntesis sensoriales; ya no se controlan aspectos aislados de las acciones, sino que el sujeto entrenado realiza un control simultáneo de los diferentes aspectos que componen la actividad, labor que se realiza con más calidad y eficiencia. Por ejemplo, el cirujano experto, a la vez que realiza la intervención quirúrgica, está atento a la volemia, a los signos vitales, al estado general del paciente y a los recursos técnicos y materiales que debe utilizar para concluir la actividad.
  - Cambios en los métodos de la regulación central de la acción. Al desplazarse la conciencia hacia el logro de los objetivos y resultados de las acciones, el sujeto se anticipa a estos y toma las medidas necesarias para que la tarea acabe exitosamente. Por ejemplo, el piloto realiza los ajustes necesarios en el plan de aterrizaje, de acuerdo con los cambios observados en el tiempo; el cirujano experimentado toma las medidas necesarias durante la intervención del paciente, para disminuir los riesgos que tal situación puede acarrear.

DIFERENCIAS ENTRE HÁBITO Y COSTUMBRE

El hábito y la costumbre tienen en común que son repetitivos, es decir, sus acciones se realizan frecuentemente. Sin embargo, la repetición en el hábito significa ejercitación, entrenamiento —durante el proceso de adquisición— y economía en la actividad —rapidez y calidad— una vez ya formado.

La costumbre es una actividad que el hombre repite porque le resulta placentera, pero no implica el propósito de perfeccionarla para su automatización; no obstante, puede darse el caso, según la personalidad del sujeto, que llegue a automatizarse aun sin que este sea consciente de ello. Por ejemplo, si pudiéramos observar diariamente a un sujeto al lavarse los dientes por la mañana, veríamos que estas acciones constituyen un "ritual" en él, pues siempre lo hace en idéntica forma: tantas cepilladas hacia arriba, tantas hacia abajo, etc.. Lo mismo ocurre en el mal llamado hábito de fumar.

Por otra parte, cuando la costumbre no se realiza, esto lleva implícito, en mayor o menor grado, desagrado para el sujeto, pues se relaciona con sus necesidades y motivaciones. La costumbre generalmente significa búsqueda de una situación placentera.

Entre hábito y costumbre existen diferencias que se pueden observar en el cuadro 3.

Ir a visitar los pacientes a la sala los domingos puede ser una costumbre en el médico, que le satisface por sí misma, pero el hábito que se manifiesta en el uso del esfigmomanómetro para medir la tensión arterial le satisface por la utilidad de los resultados que obtiene, y no por las acciones que lleva implícito este hábito.

Si el médico no puede ir a la sala un domingo se siente molesto, pero si no usa el esfigmo durante su trabajo, es sencillamente porque no lo necesita.

Cuadro 3. *Diferencias entre hábito y costumbre*

	Hábito	*Costumbre*
Funciones que frecuentemente se realizan	Sí	Sí
Llegan a automatizarse	Sí	No necesariamente
Su objetivo	Medio en la búsqueda de eficiencia para la actividad	Fin en sí mismo, satisface una motivación
Si no se realiza el individuo sufre	No	Sí

TIPOS DE HÁBITOS

Petrovski señala que existen tres tipos de hábitos, según qué aspecto de la acción esté parcialmente automatizado. Estos tipos son: hábitos sensoriales, motores e intelectuales.

Hábitos sensoriales. Están vinculados con las sensopercepciones y los distintos órganos de los sentidos, y son resultado de la experiencia obtenida mediante la ejercitación y el perfeccionamiento. Por ejemplo, la discriminación por el médico de los ruidos cardíacos o del murmullo vesicular mediante el estetóscopo; la discriminación de sabores en los degustadores, o la diferenciación de los matices de los colores en los pintores. Estos hábitos alcanzan su máxima perfección en los tipos profesionales, como críticos de arte, pintores, médicos, etc.

Hábitos motores. Se trata de la automatización de los componentes motores de las acciones. Por ejemplo, caminar, escribir, etc., y en los atletas los hábitos motores específicos para el salto, el volibol, el baloncesto, etcétera. Estos hábitos se combinan con acciones sensoriales y se les llama sensitivomotores. Por ejemplo, conducir un auto, dibujar, palpar el abdomen, etc.

Hábitos intelectuales. También existen los llamados hábitos de pensamiento, que son resultado de la actividad del pensamiento y se elaboran mediante su desarrollo. Por ejemplo, cuando el médico ausculta a un paciente, se evidencian hábitos sensoriales —discriminación auditiva—, motores —manipulación del estetóscopo— e intelectuales —interpretación semiológica de lo escuchado.

Los hábitos y el proceso de su formación no pueden entenderse aisladamente, sino en sus interrelaciones, y en esto desempeña un importante papel la experiencia del hombre.

INTERACCIÓN DE LOS HÁBITOS

Es cierto que toda acción nueva se realiza al inicio de manera imperfecta, con evidente torpeza en la ejecución del que la realiza. Sin embargo, el hombre siempre se apoya en su experiencia, unas veces favorece el aprendizaje de lo nuevo, otras veces lo obstaculiza, y en algunas ocasiones transforma lo ya existente. Este proceso se llama interacción de los hábitos, y demuestra que los hábitos en el hombre no existen aislados, sino formando un sistema.

Cuando hay similitud en las acciones de un hábito ya establecido con las de otro que se pretende adquirir, entonces se habla de una *transferencia positiva* de los hábitos, aunque no exista similitud de objetivos, de objetos o de condiciones entre las dos acciones. Por ejemplo, al estudiante de piano le resulta más fácil aprender a escribir a máquina que al que no posee este hábito.

Contrariamente puede ocurrir que exista similitud de objetivos, objeto y condiciones, y que sin embargo, los medios de acción difieran, lo cual produce una interferencia de hábitos o *transferencia negativa*. Por ejemplo, aprender a escribir en una máquina con colocación de acento antes de la letra, y con tecla de retroceso a la derecha, y utilizar otra con una ubicación contraria de estos mecanismos.

La transferencia negativa o interferencia se resuelve más satisfactoriamente si el hombre conoce de antemano lo que hay de común o de diferente entre las dos acciones que componen los hábitos. Por ejemplo, a un atleta que tenga formado el hábito correspondiente para realizar el salto alto, y se le quiere entrenar como saltador largo, tendría que mostrársele objetivamente lo común y lo diferente de ambas actividades, si se desea éxito en su entrenamiento.

De este modo cambia el control central de la acción, se transforma en operación intelectual, y con ello se elimina un mayor número de errores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, E (1993): *Psicología Médica Universal Central de Ecuador,* Facultad de Ciencias Médicas, Quito.

Allport, G (1971): *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Ediciones Revolucionarias, Instituto Cubano del Libro, La Habana.

AMS CIE (1992): *10 trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico,* ed. en español, López Ibor, J, Ed. Meditor, Madrid.

Andreasen, N y Black D (1991): *Introductory Textbook of Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington.

APA (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th. ed., American Psychiatric Press, Washington D.C.

Baddeley, A (1996): *The fractionation of working memory.* Proc Natl Acad Sci USA, 93: 13453-9.

Ballesteros, S (1994): *Psicología general II: un enfoque cognitivo,* Ed. Universitas SA, Madrid.

Barraquer, L (1967): *Neurología Fundamental*, Ediciones Revolucionarias, Instituto Cubano del Libro, La Habana.

Basin, F (1972): *El problema del inconsciente*, Ed. Granica, Buenos Aires.

Bear MF (1996): *A synaptic basis for memory storage in the cerebral cortex.* Proc Natl Acad Sci USA, 93:13453-9.

Borroto, R y Aneiros R (1996): *La comunicación humana y la actuación profesional en la práctica clínica.* Ponencia al evento La Medicina a las puertas del siglo XXI, OPS, La Habana.

Bustamante, J (1966)]: *Psicología Médica*. Ed. Universitaria, La Habana.

Cahill, L; Bainsky, R; Markowitsch HJ y Mcgaugh JL (1995): *The amigdala and emotional memory,* Nature, 377: 295-6.

Carlson, N (1994): *Fisiología de la conducta humana,* Ed. Ariel SA, Barcelona.

Conn, D (1991): *Delirium and other organic menthal disorders*. In Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry, ed. by Sadavoy, J; Lazarus, L; L, Jarvic American Psychiatric Press, Washington D.C.

Chaio, J (1964): *Desarrollo biopsíquico del niño*. Ed. Escuela Argentina, Buenos Aires.

De Vega, M (1994): *Introducción a la Psicología cognitiva,* Alianza Editorial SA, Madrid.

E y H (1969): *Tratado de Psiquiatría*, Ed. Toray Masson, Barcelona.

Eccles, JC y Zeier, H (1985): *El cerebro y la mente*, Ed. Herder, Barcelona.

Finger, S (1994): *Origins of neuroscience. A history of explorations into brain function,* Oxford University Press, Oxford.

Freud, A (1965): *The Ego and the Mechanism of Defense.* International University Press. New York.

Gallo G. *La Gnoselogía, la lógica y la metodología de la dialéctica Marxista Leninista como fundamento teórico práctico de la Psicología y la Psiquiatría* Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Gaviria V y Téllez V (1995): *Neuropsiquiatría: imágenes del cerebro y la conducta humana,* Nuevo milenio, Colombia.

Goldman-Rakie, P (1996): *Memory: recording experience in cells and circuits. Diversity in memory research*, Proc Natl Acad Sci USA 93: 13435-7.

González, R (1989): *Psiquiatría para Médicos Generales.* Ed. Científico-Técnica, La Habana.

——(1973): "*Sobre un criterio estructural y funcional de la conciencia,*" Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana 14(3): 448-459.

——(1974): "*La conciencia la personalidad y el medio*" Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana 15(2): 27-32.

—— (1984): *Psicología para médicos Generales II*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

—— (1996): *Psicoterapia de alcohólicos y otros toxicómanos.* Ed. Científico-Técnica, La Habana.

—— [en prensa]: *Clínica Psiquiátrica Básica Actual.* Ed. Científico-Técnica, La Habana.

——[en prensa]: *La alianza terapéutica con alcohólicos y otros toxicómanos.* Ed. Oriente, Santiago de Cuba.

——[en prensa]: *Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual.* Ed. Ciencias Médicas, La Habana.

Heidbreder, E (1964): *Psicologías del Siglo XX*, Ediciones Revolucionaria, La Habana.

James, W (1964): *Compendio de Psicología,* Madrid.

Kaolan, H y; Sadock Pocket B *(1990): Handbook of Clinical Psychiatry Williams and Wilkins* Ed. Baltimore.

Kupfermann, I y Kandel, ER (1996): *Aprendizaje y memoria.* En Kandel, ER; Shwartz, JH y Jesell, TM eds. *Neurociencia y Conducta,* Prentice Hall Madrid p. 695-714.

Luria, A (1977): *Funciones corticales superiores en el hombre*, El Orbe, La Habana.

——(1977): *Las funciones Corticales Superiores del Hombre.* Ed. Orbe, La Habana.

——(1982): *El cerebro en acción,* Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Mayor, J y Pinillos, JL (1992): *Tratado de Psicología general: atención y percepción,* Alhambra Longman SA, Madrid.

McGaugh, JL; Cahill, L y Roozendaal, B (1996): *Involvement of the amygdala in memory storage: interaction with other brain systems,* Proc Natl Acad Sci USA 93: 13508-14.

Mirsky, AF; Anthony, B; Duncan, C y Abhearn, MB (1991): "*Analysis elements of attention. A neuropsychological approach*", Neuropsychol Rev.; 2: 109-45.

Perez Villar, J (1967): *Etapas del desarrollo y trastornos emocionales del niño.* Instituto Cubano del Libro, La Habana.

Posner, M (1971): "*Components of attention*", Psychological Review, 78:391-408.

—— Snyder, Ch y Davidson, B (1980): "*Attention and detection of signals*", Journal of experimental psychology, 1(109)2:160-170.

Rodríguez Rivera, A (1994): "*El reaprendizaje problémico: un factor común a las diferentes escuelas y técnicas psicoterapéuticas*", Rev. del Hosp. Psiq. de La Habana 32(1):23-28.

Rojo, M (1982): *Psicopatología de la conciencia en Psiquiatría*, ed. por Ruiz, C; Barcia D y López Ibor Aliño J. Ed. Toray S.A. Barcelona.

Rosental M y Ludin P (1981): *Diccionario Filosófico* Ed. Política, La Habana.

Rubinstein, S (1960): *El ser y la conciencia.* Ed. Pueblos Unidos Montevideo.

Rubinstein, J (1977): *Principios de psicología general,* Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Salmon, E; Van der Linden, M; Collete, F; Delfiore, G; Maquet, P et al. (1996): *Regional brain activity during working memory tasks.* Brain 119: 1617-25.

Scheiber, S (1988): *Mental Status Examination un Textbook of Psychiatry,* ed. by Talbot, J; Hales R; Yudolfsky S, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Shachter, DL; Peter Chiu, C y Ochsner, KN (1993):"*Implicit memory: a selective review*", Annu Rev Neurosci, 16: 159-82.

Squire, LR (1992): *Declarative an nondeclarative memory multiple brain systems supporting learning and memory,* J. Cogn Neurosci, 4: 232-43.

Tune, L Ch (1994): Ross Delirium in Coffey. In Cummings CJ. *Textbook of Geriatric* Neuropsychiatry, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Velasco-Suarez, M (1999): "*Plasticidad cerebral, perspectivas de su desarrollo*", Archivos de neurociencias 4(2): 98-100.

Vidal, G y Alarcón, R (1986): *Psiquiatría,* Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.

Von Bertalanffy, L (1986): *Perspectivas en la teoría general de sistemas,* Alianza Editorial, Madrid.

Vigotskij, L (1987): *La Historia del Desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores.* Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.

Wheeler, MA; Stuss, DT y Tulving, E (1997): *Toraerd a theory of episodic memory: the frontal lobes an autonoetic consciousness,* Psychol bull 121:331-54.

Wolman, B (1967): *Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología,* Ediciones Revolucionarias, La Habana.

Yudofsky S y Hales R (1994): *Synopsis of Neuropsychiatry*, American Psychiatric Press: Washington D.C.

PARTE II. LA PERSONALIDAD COMO SISTEMA REGULADOR DE LA CONDUCTA

6. La personalidad como sistema regulador de la conducta

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Es de todos conocido que la personalidad regula la actividad de cada individuo. Intentaremos, en los siguientes capítulos, analizar los componentes de la personalidad con el fin de explicar cómo es que se produce la regulación de nuestra conducta.

Para ello seguiremos un esquema que considera como partes integrantes del sistema personalidad, cinco subsistemas que son los siguientes:

- Imagen del mundo.
- Autoimagen (imagen de sí mismo).
- Sentido personal.
- Motivación.
- Cualidades volitivas.
- Toma de decisiones, que se halla en un nivel superior de integración de los subsistemas.

Como técnica pedagógica, analizaremos cada uno de los subsistemas por separado y explicaremos la influencia de cada uno de ellos en la regulación de la conducta.

Durante la explicación del primer subsistema –imagen del mundo–, intentaremos que no aparezca la influencia de los otros subsistemas en las conductas que se explican, y de ahí en adelante al explicar los siguientes subsistemas, iremos incluyendo las interrelaciones dialécticas entre ellos.

En el último capítulo de esta parte, abordaremos la toma de decisiones como nivel superior, donde se evidencia las interrelaciones dialécticas entre todos los subsistemas.

Se comprenderá que el análisis independiente de cada uno de estos subsistemas es artificial, y está solo destinado, como recurso pedagógico, a que se entienda la importancia del subsistema dentro del todo. En el capítulo 14, con el análisis de las interdependencias, confiamos que se entienda que, como en todo sistema, al lograr cambio en alguno de sus componentes (subsistemas), se origina la necesidad de búsqueda de un nuevo equilibrio; y, por tanto, se producen también modificaciones y adecuaciones en los otros subsistemas para lograr este nuevo equilibrio.

CONCEPTO DE PERSONALIDAD

La personalidad se encuentra determinada por las relaciones sociales existentes en el medio durante el período en que se forma y desarrolla. No obstante este condicionamiento social de la personalidad, esta no es un reflejo directo de las relaciones sociales; no es en modo alguno el reflejo mecánico de la vida social transferido a la vida de la persona.

La influencia de la sociedad sobre la personalidad es indirecta y está mediatizada por las condiciones internas del individuo –por su propio psiquismo–, las que a su vez, se han formado bajo influencias sociales. Este proceso de interacción de los factores externos e internos del desarrollo de la personalidad es extremadamente complejo y en él intervienen múltiples factores.

ESTRUCTURA Y FORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD

El niño nace individuo y deviene personalidad a través del proceso histórico de su interacción social. Cuando el niño nace, viene al mundo con un conjunto de condiciones neurofisiológicas aportadas genéticamente como resultado de la influencia del desarrollo filogenético y ontogenético. El contacto del niño con su medio social y su interacción con este van desarrollando en él a la persona. El niño va adquiriendo de este modo aquellos rasgos y cualidades distintivas que lo caracterizarán en el futuro.

La personalidad es una unidad indivisible y es siempre única e individual. No hay, ni habrá nunca, dos personalidades exactamente iguales. La combinación de los subsistemas que la componen, y que constituyen la estructura dinámica de la personalidad, es complejísima e irrepetible: única en cada sujeto concreto. Ello se debe a que las condiciones internas de cada sujeto siempre van a ser tan diversas como las externas.

CONCEPTO DE ACTIVIDAD HUMANA

La actividad es el proceso de interacción consciente del hombre con la realidad, originado y dirigido por la necesidad y su satisfacción; durante este proceso se produce la autorregulación de las propias acciones.

La actividad posee un carácter *consciente* y *autorregulado*. Es consciente porque se desencadena a causa de fines prefijados intencionada y conscientemente por el individuo, y es autorregulado porque la actividad del hombre no es ciega e inmodificable; por el contrario, el hombre es capaz de elegir los medios y métodos conscientemente para lograr el fin deseado, así como también, de ir modificando sus acciones para vencer las dificultades en la consecución del objetivo final.

Para hablar de actividad en el ser humano, los fines tienen que ser conscientes, aunque pudiera ser inconsciente la necesidad. Cuando no hay conciencia del fin que se quiere lograr, no puede haber autorregulación de la propia conducta y estamos en presencia de lo que se denomina *conducta impulsiva* –regulada únicamente por las emociones, como la ira–, y no de actividad propiamente dicha. Aunque este tipo de conducta puede observarse en el ser humano bajo determinadas circunstancias, lo que caracteriza al hombre es la conducta racional, la actividad.

COMPONENTES DE LA ACTIVIDAD QUE SE DERIVAN DE SU CARÁCTER CONSCIENTE

El carácter consciente y autorregulado de la actividad le permite al hombre tener su conducta, aun cuando ésta no implique la satisfacción inmediata de la necesidad. Ello es posible porque la actividad no es solamente conducta en el plano externo, sino también en el interno. La actividad del hombre es tanto externa (física) como interna (psíquica).

La actividad interna consiste en la conciencia del fin, la planificación de las acciones para lograrlo, la motivación inductora para la acción y los conocimientos adquiridos.

La actividad externa reside en la conducta motora, que son las acciones con objetos y los movimientos –posturales, expresivos, de traslación, verbales, etc.–, que dependen tanto de las características del fin como de las condiciones en que se realiza.

El hombre, antes de llevar a cabo sus acciones, las planifica mentalmente. El artista, el escritor, el artesano, el científico, el médico, "construyen" su obra mentalmente antes de desencadenar su actividad práctica.

Al plano interno corresponde la preparación del modelo que se debe ejecutar en el plano externo, pero entre ambos se establece una interrelación dialéctica, pues constantemente las acciones y los movimientos prácticos se confrontan con el modelo planificado, lo que permite ir haciéndole las correcciones necesarias en estas acciones. No obstante, también las dificultades encontradas pueden determinar la posibilidad de establecer variaciones en este modelo original. La autorregulación o el autocontrol durante la actividad se caracteriza por la flexibilidad.

Aclarados ya los conceptos de personalidad y actividad, podemos añadirle la relación dialéctica que existe entre ambos; la personalidad se desarrolla en la actividad, pero, a su vez, ella (la personalidad) regula las actividades que serán la causa de su futuro desarrollo.

Siendo la modificación y perfeccionamiento de las conductas de salud de la población que atiende, una de las principales responsabilidades, tanto del médico como de todos los demás profesionales que trabajan en esta esfera, se hace evidente que es imprescindible para la realización exitosa de nuestro trabajo, el conocimiento que pueden aportar estos capítulos para la comprensión de el por qué de las conductas que encontramos en los pacientes y las acciones que se deben realizar para modificarlas.

Antes de continuar desarrollando el tema sobre la regulación de la conducta, se hace necesario exponer algunas ideas sobre la personalidad y la actividad.

CARÁCTER SISTÉMICO DE LA PERSONALIDAD

El hombre es un producto de la sociedad y necesita de ella para desarrollarse como tal y para formar su personalidad.

Cualquier fenómeno que vaya a estudiarse científicamente tiene que analizarse a partir de su constante interrelación e interacción con las otras partes del mundo. Las diversas partes que integran un todo se coordinan también entre sí en el cumplimiento de determinadas funciones específicas de ese todo o sistema. Este proceso de concatenación universal incluye desde las más pequeñas subpartículas del átomo hasta la totalidad del macrocosmos y el universo.

La personalidad es un complejo y monolítico sistema. Cuando un sujeto piensa, siente y actúa, responde con su personalidad como un todo. Sus elementos se hallan en unidad y fuerte interacción, los separamos solamente para poderlos estudiar y actuar sobre ellos, de la misma forma que hacemos con los aparatos respiratorio, cardiovascular, genitourinario, etc., a pesar de que ninguno tiene existencia al margen de los demás, pues el funcionamiento de todos es lo que conforma la fisiología humana.

7. Subsistema imagen del mundo

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Ya hemos visto que a partir del proceso cognoscitivo –sensopercepción y pensamiento– entendemos, o al menos creemos entender, la realidad objetiva que nos rodea. Este "conocer" pasa a formar parte de nuestra personalidad y es a lo que llamamos *imagen del mundo*, que incluye la imagen de cada una de las cosas que conocemos.

Aunque con nuestras percepciones y la capacidad de nuestro pensamiento de desentrañar esencias descubrimos muchas cosas, la mayor parte de nuestros conocimientos son aprendidos a partir de los conocimientos ya logrados por la cultura en que estamos inmersos.

A través del proceso de socialización, desde las etapas más tempranas en el seno de la familia y más tarde en la escuela y demás instituciones sociales, el grupo al que pertenecemos intentará que esa parte tan importante de la personalidad, que es la imagen del mundo, no difiera mucho de la del resto de los componentes de dicho grupo.

La imagen del mundo se compone, pues, de las ideas, opiniones, criterios, convicciones, creencias e ideología que posee –como parte de su personalidad– cada sujeto sobre el significado de las cosas.

Es importante comprender, por tanto, que una buena parte de las cosas que estamos seguros de que son así y que deben hacerse de esa manera, son producto de opiniones, criterios y creencias del grupo en que fuimos socializados de pequeños, cuando aún creíamos que aquellos que nos enseñaron lo sabían todo.

Pero el determinismo no es el único principio en el desarrollo de nuestra conciencia. Gracias al principio de la práctica social transformadora, el ser humano va descubriendo con frecuencia, que algunas de las formas en que según su conocimiento debe comportarse no funcionan bien fuera de los marcos de su grupo, y a veces, incluso, ni siquiera dentro del mismo colectivo que lo ha socializado; al mismo tiempo aparece la duda de que pudieran haber formas más efectivas de comprender la realidad y modos más eficaces de actuar, tanto de grupos humanos muy diferentes –de otros pueblos, ideologías y clases sociales cuyas diferencias son muy marcadas–, como de sus propios grupos. En la casa de al lado, y aun en el seno de su propia familia, puede encontrar pequeñas diferencias que pueden ser muy importantes para el individuo de cómo pensar sobre algo o hacer las cosas.

El sujeto va escogiendo –con frecuencia sin tener plena conciencia de ello– de quién aprende más y de quién menos; y después, de adulto, a partir de las convicciones que ya ha hecho suyas a lo largo de su historia, participa en la selección de los grupos que continuarán teniendo una mayor influencia en su imagen del mundo.

IMAGEN DEL MUNDO Y SALUD

Nos parece que ha quedado claro que las ideas, opiniones y criterios que tengamos sobre aspectos de la salud influirán inevitablemente en nuestra conducta de salud; y que también se ha evidenciado, que esas opiniones y criterios en cada uno de nuestros pacientes no dependen en la mayoría de los casos de aprendizajes procedentes de estudios científicos, sino de grupos sociales de muy diverso nivel cultural en relación con la salud; y que en cada uno de esos grupos, la imagen del mundo sobre algunos de estos aspectos están muy próximos al criterio científico, mientras que en otros casos difieren notablemente de los conocimientos que reflejan la realidad, lo que los conduce de manera obvia a conductas impropias. Veamos diversos ejemplos de cómo la imagen del mundo influye en la conducta de salud:

De acuerdo con la imagen del mundo que se tenga –opiniones y criterios– sobre la capacidad de su médico de familia y el equipamiento que se necesitará para curarlo, el sujeto se comportará de una u otra manera: mientras un sujeto pasará primero por la casita del médico para que este le diga si puede esperar al día siguiente, o si no necesita ir al hospital porque allí resuelve su problema, o por el contrario, para que lo acompañe con urgencia al policlínico o al centro hospitalario; otro sujeto con diferentes criterios y opiniones obviará este paso y se dirigirá directamente al hospital, quizá sin que ello sea necesario.

De igual manera, algunos pacientes tienen la idea de que los medicamentos inyectados son más efectivos, y tratan en ocasiones, a espaldas del médico que lo atiende, cambiar el tratamiento indicado; mientras que la conducta de otros pacientes será exactamente la opuesta: buscar recetas del medicamento en forma oral para no tener que inyectarse, porque cree que el efecto es el mismo y se evita molestias. Asimismo, de acuerdo con lo que crea saber el paciente, dejará para después una operación quirúrgica o la atención de su dentadura, que según él pueden esperar.

Nuestros criterios sobre la necesidad de algunos medios diagnósticos hacen que presionemos –muchas veces con éxito– para que se nos realicen exámenes complementarios que realmente no hacía falta realizar; mientras que en otras ocasiones, dejamos de hacernos análisis indicados con la convicción de que ese riesgo calculado no nos pondrá en peligro.

Es evidente, pues, que nuestra manera de ver las cosas –nuestra imagen del mundo– influye en nuestra conducta hacia las acciones de salud. No solo existen criterios sobre la importancia de la salud en general, sino también sobre la importancia de cada sistema y órgano del cuerpo en la salud.

Así, por ejemplo, a la hora de buscar ayuda y orientación, no solo tendrá el individuo criterios sobre las posibilidades de resolver problemas de salud de la medicina en general, sino del desarrollo, que el puede considerar disparejo, de las especialidades médicas, y de las posibilidades que tienen –o no tienen– frente a determinadas enfermedades. Y por último, tendrá criterios sobre el desarrollo del lugar donde se realiza su atención y el equipo de salud que lo atiende. Si en dos personas, uno o varios de estos criterios son diferentes, ¿no es lógico pensar que la conducta de salud es poco probable que sea igual?

Sin embargo, no necesariamente se trata de posiciones absolutas "de que esto debe hacerse y esto no debe hacerse", o de que "esto siempre es útil o esto no siempre es útil". Para entendernos, sin mezclar hasta donde nos sea posible, en esta etapa del análisis, los distintos subsistemas de la regulación de la conducta, vamos a crear el término operativo de *jerarquía de criterios*.

Resulta evidente que el sujeto tendrá opiniones y criterios –una imagen del mundo– de qué cosa debe priorizar en su atención de salud. Esta jerarquía de criterios personal, que desde luego está influida por la jerarquía de criterios de los grupos en que se ha socializado, es la que nos permite conocer más fielmente cómo influye este subsistema en la conducta de salud.

Para entender por qué el paciente A hace –o deja de hacer– cosas positivas y negativas para su salud, una de nuestras tareas, a lo largo de las conversaciones que con él tenemos y de las observaciones que en él realizamos, es la de conocer en la mayoría de los aspectos que se relacionan con la medicina y la salud, la jerarquía de criterios que sobre estas cosas tiene el paciente; pero el que haga algo malo para su salud no necesariamente implica que crea que no es malo; puede simplemente indicar que, aunque piense que sí es malo, crea que dejar de hacerlo es peor para su salud o para otros aspectos de su vida, que según su criterio tienen más importancia.

Es por ello que alertamos una vez más que aunque informar bien es necesario, no siempre es suficiente; y que para lograr cambios de conductas influidas por este subsistema, se hace indispensable lograr modificaciones en el orden jerárquico de sus criterios. Mientras no consigamos que lo que le proponemos que haga o deje de hacer se convierta dentro de la jerarquía de criterios de nuestro paciente en algo más importante que los obstáculos que le impiden hacerlo o dejar de hacerlo, difícilmente lograremos el cambio de conducta de salud deseado.

CRITERIO DE AMENAZA: CRITERIOS DE SERIEDAD Y RIESGO

Le dedicamos espacio especial a estos criterios por la marcada influencia que tienen en las conductas de salud de todas las personas.

Podríamos decir que el criterio de amenaza –grande o pequeña– surge como resultado de la combinación de los criterios de riesgo y seriedad. Cada persona tiene su criterio de cuál es el riesgo en relación con todas y cada una de las enfermedades que conoce, es decir, qué posibilidades tiene –según su opinión– de padecer una enfermedad en un momento dado.

Es evidente que durante una epidemia, la mayor parte de las personas pensarán que el peligro de contraer esa enfermedad –a no ser que estén inmunes– es mucho más alto que en épocas en que solo se producen casos aislados. De igual manera, las personas cuyos familiares cercanos han muerto a causa de una misma enfermedad se sienten mucho más en riesgo de padecerla, que las personas que no tengan ningún familiar que haya sufrido dicha enfermedad.

Se llama *criterio de seriedad* a la opinión que tienen los sujetos sobre la gravedad de una enfermedad determinada. El criterio de seriedad es alto cuando la persona piensa que la enfermedad es incurable, o que aunque sea curable en ocasiones, puede matarlo; también será alto, si se trata de una enfermedad crónica que lo afectará por muchos años, o que dejará secuelas graves producto de la enfermedad en sí o de los tratamientos requeridos para evitar que lo mate.

Como es lógico, cuando el paciente cree que el riesgo de sufrir la enfermedad es pequeño y, además, que la enfermedad es de muy poca seriedad, su criterio de amenaza será prácticamente nulo; si por el contrario piensa que las posibilidades de contraerla son muy grandes, que difícilmente escape de sufrirla y al mismo tiempo cree que es una de las enfermedades más graves y peligrosas, su criterio de amenaza será enorme.

Sin embargo se comprenderá que la influencia de estos criterios sobre las conductas de salud no se deben solo al subsistema imagen del mundo, sino que el componente afectivo –miedo, ansiedades, etc.– que acompaña a estos pensamientos, y que estudiaremos en el subsistema sentido personal, tiene una influencia igual o mayor como responsable de la regulación de las conductas de salud, al sentirse el individuo tan intensamente amenazado. Pero permítasenos continuar el análisis como lo venimos realizando.

El primer factor que vamos a considerar es que los miembros del equipo de salud no deben suponer que los criterios de riesgo y seriedad, y por tanto de amenaza, de cada uno de sus pacientes coincide con el criterio científico que ellos, como expertos, tienen. Pueden haber dos respuestas totalmente distintas ante la misma pregunta con diferentes enfoques: "¿cuál es el riesgo que tiene este paciente obeso, sedentario, fumador, sometido a estrés constante, de 48 años de edad y que consume en su dieta grandes cantidades de colesterol, de sufrir un infarto del miocardio?", o "¿cual es el criterio de riesgo que tiene este paciente, sobre la posibilidad de sufrir un infarto del miocardio?"

En el primer caso, estamos indagando sobre el riesgo objetivo (real) de acuerdo con las estadísticas médicas, y que con toda seguridad coincidiría con la opinión de los expertos de salud que lo atienden. La segunda pregunta va dirigida a saber la opinión de la persona que atendemos (criterio subjetivo) que puede coincidir o no con la nuestra.

La necesidad de conocer el riesgo real para poder orientar al paciente y ayudar a prevenirlo no necesita argumentación; pero con frecuencia los médicos y el resto del personal de salud olvidan que lo que regula y dirige la conducta de ese hombre no es nuestra jerarquía de criterios, sino la de él. Si el paciente no se siente en riesgo, no realizará acciones de salud para evitar algo en lo que él no cree, y para que cambie su criterio, no siempre es suficiente con decirle que crea en lo que nosotros le decimos que debe creer. Por lo regular, no se cambian las opiniones que han ido estableciéndose a lo largo de 48 años, con una simple frase o párrafo que, probablemente, ya haya oído y desechado en más de una ocasión.

Igual sucede con el criterio de seriedad. Un paciente que ha visto en su familia casos de diabetes no insulino-dependientes, que se han compensado al controlar los alimentos y que no han padecido ninguna de las terribles secuelas posibles, puede tener incluida esta enfermedad entre las de muy baja seriedad; al recibir el diagnóstico, se sentirá muy poco amenazado, lo que, desde luego, puede influir en su conducta como paciente.

El próximo paciente al que tengamos que informarle este mismo diagnóstico puede que tenga en su historia una experiencia muy distinta: seres queridos que por culpa de la enfermedad quedaron ciegos, sufrieron de úlceras que no curaban y tuvieron numerosos episodios de urgencia en estado de coma y con serio peligro para su vida. El diagnóstico de que él también es diabético, lo estará enfrentando, en este caso, a algo que según su criterio es terrible, y es muy probable que su conducta en relación con el tratamiento, y en general con todos los aspectos de su rol de paciente, no se parezca a la del enfermo anterior.

En el trabajo de prevención de conductas que pueden conducir a la enfermedad a sujetos que todavía se encuentran en estado de salud, trabajo que es tan importante y priorizado para el especialista en medicina general integral, los criterios de amenaza, seriedad y riesgo influyen en la conducta de sus pacientes, como los síntomas en la conducta de los pacientes agudos. Los miembros de la población que atiende encontrarán lógicos los esfuerzos que él les pide que realicen en aras de la salud, cuando se correspondan con sus criterios subjetivos de que estos esfuerzos valen la pena, con tal de evitar aquellas dolencias que creen que los amenazan.

Si no somos capaces de conocer la jerarquía de criterios de la población que atendemos, ni de influir para que estos criterios coincidan, o al menos se aproximen cada vez más, con los criterios científicos que tratan de transmitirles el equipo de salud, nuestras orientaciones preventivas rara vez serán cumplidas.

8. Subsistema imagen de sí mismo

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Lo que planteamos en el acápite anterior en relación con la formación del subsistema imagen del mundo de la personalidad es aplicable a la formación del subsistema imagen de sí mismo, ya que este último no es más que la parte de la imagen del mundo que se refiere a la propia persona, pero por su importancia en la regulación de la conducta la tratamos como un subsistema aparte.

La imagen que tenemos sobre nosotros mismos, tanto la ideal –cómo quisiéramos ser– como la que suponemos real –cómo creemos que somos–, influirá en nuestra toma de decisiones y en nuestra conducta.

Las opiniones y criterios sobre lo que perjudica nuestra autoimagen y –como veremos en capítulos posteriores– nuestra autoestima son aprendidos del grupo a partir del proceso de socialización. Si este proceso de aprendizaje ha sido bien logrado, el sujeto no solo hará –o dejará de hacer– algo para evitar lo que cree que provocaría rechazo de su grupo, sino que sentirá rechazo por sí mismo en el caso de hacer o dejar de hacer dichas cosas.

ACCIONES DE SALUD QUE COMPROMETEN EL ESQUEMA CORPORAL

Cuando nos vemos obligados a plantearle al paciente acciones terapéuticas que pueden dejar secuelas en su físico, sabemos que surgirá un conflicto entre el daño que provocaremos a su autoimagen y la necesidad de dicho tratamiento; y aunque al final tendremos que aceptar su decisión, debemos estar preparados para ayudarlo a decidir entre dos acciones que afectan su calidad de vida, aun cuando sepamos que en algunos pacientes el daño provocado en su autoestima puede ser mayor que el problema que intentamos resolver. Veamos algunos ejemplos:

Para todos los seres humanos, pero en nuestra cultura más para las mujeres, las acciones que puedan dejarle marcas en el cuerpo resultan un precio alto que pagar, sobre todo si son en la cara y pueden desfigurarla. Ordenar la extracción de los incisivos y caninos sin la posibilidad de una prótesis inmediata, probablemente provoque que se demore el cumplimiento de la acción de salud.

Mucho más grave para la autoestima resultan las amputaciones mayores, pero esto no quiere decir que la mayor parte de los pacientes no sean capaces de enfrentar estas terapias con tal de salvar la vida, sino que ello nos alerta que su rehabilitación no se limita a la prótesis del miembro amputado, pues también incluye la rehabilitación psicológica por la probable pérdida de autoestima.

AUTOIMAGEN Y OTRAS ACCIONES DE SALUD

Muchas otras acciones de salud que no tienen relación con el esquema corporal pueden ser inadmisibles o, al menos, de muy difícil cumplimiento para la autoimagen del sujeto.

Así, un testigo de Jehová puede no aceptar una imagen de sí mismo en que por miedo a la muerte traicione la voluntad de su dios si se trasfunde sangre; o un católico que decide someter a la criatura por nacer a terribles padecimientos por no suspender un embarazo, y soportar verse a sí mismo como asesino de su propio hijo. De igual manera, un abakuá se niega a que le hagan el tacto rectal porque según su autoimagen no podría considerarse nunca más como "hombre".

Como se comprenderá, los hechos de creer que es voluntad de Dios no trasfundirse sangre, o que suspender un embarazo es un asesinato, o que permitir un tacto rectal modifica la esencia masculina, son producto de la socialización del sujeto en sus respectivos grupos, y, por tanto, no coinciden con la jerarquía de criterios con la que se intenta socializar a los trabajadores de la salud.

Sin embargo, es importante que comprendamos que no estamos autorizados a imponerle nuestros criterios científicos a los pacientes, y mucho menos lanzarlos a la calle y negarles nuestra ayuda si no se avienen a nuestra manera de ver las cosas.

Debemos, cuando sea posible, buscar alternativas que nos permitan brindarles la mayor ayuda mientras intentamos que revaloricen algunos de sus criterios, sin abandonarlos ni exigirles conductas incompatibles con su autoimagen, que podrían producir largas y peligrosas depresiones y sentimientos de culpa.

Al desconocer estas realidades, en ocasiones provocamos serios conflictos que podrían evitarse. Nuestras reglas deben ser flexibles. Cuando está en riesgo la vida, no tenemos más remedio que enfrentar al sujeto al conflicto psicológico entre lo que él cree que debe hacer y la solución que le planteamos, pero

en otras circunstancias no es lógico crearle conflictos mayores que la ayuda que queremos brindarle. Es sorprendente haber presenciado terribles discusiones que afectaron seriamente la relación médico-paciente, al exigirle un tacto rectal a un enfermo de 20 años que venía a operarse de las amígdalas, con el fin de buscar una posible neoplasia de próstata, porque así estaba normado para confeccionar la *historia clínica*.

Más adelante, cuando tratemos la interrelación dialéctica de los distintos subsistemas, veremos como la relación entre autoimagen y nivel de aspiraciones puede provocar conductas que repercutan en la salud del individuo.

9. Subsistema sentido personal

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

El subsistema sentido personal forma parte de nuestra personalidad. Como ya hemos visto, el proceso afectivo –emociones, sentimientos y estado de ánimo– nos permite saber qué sentido tiene para nosotros cada una de las cosas que conocemos. Las percepciones e ideas con las que conocemos el mundo objetivo van siempre acompañadas de respuestas afectivas que nos dan nuestro sentido personal; es decir, el sentido que tiene para nosotros lo que percibimos y pensamos: el significado afectivo que tienen para nosotros las cosas.

No es difícil, a partir de lo anterior, comprender la importancia de este subsistema en la regulación de nuestra conducta. Al existir afectos positivos que nos producen una sensación de bienestar y afectos negativos que nos producen sensaciones desagradables, es lógico que la conducta de los seres humanos intente no producir acciones que sabe que lo harán sentir mal, y, por tanto, deberá repetir cada vez que le sea posible acciones que le produzcan bienestar.

Esto que es tan lógico, sin embargo, se complica cuando las personas, al madurar, comprenden que, en muchas ocasiones, las acciones que provocan afectos positivos de placer y bienestar en el momento en que se realizan pueden traer como consecuencia en un futuro de horas, días o años, afectos negativos de gran displacer y malestar.

Aun cuando el sujeto conozca e identifique algunas de estas acciones, se requerirá de otros componentes de su personalidad para que sea capaz de renunciar al placer inmediato que está en sus manos alcanzar, para evitar el probable displacer futuro.

En los casos en que el sujeto ya haya sufrido en carne propia esos efectos a partir de sus conductas anteriores, le resultará más fácil medir cuánto perdió y cuánto ganó, y podrá comparar la duración e intensidad de los afectos positivos y negativos de la acción realizada. Por ejemplo, el sujeto que ha ingerido bebidas alcohólicas en una fiesta y ha sentido durante una parte de esta que la ha disfrutado más que si no hubiera bebido, luego deberá soportar los afectos negativos provocados por los malestares de la borrachera y la resaca. La mayor parte de los seres humanos tratarán de controlar la cantidad de alcohol ingerido, de tal manera, que el placer durante ese episodio sea mayor que el displacer por venir.

Pero hay otras ocasiones en que el displacer futuro solo se conoce intelectualmente, como una posibilidad que llegará algún día; pero el sujeto no ha sentido lo que se siente frente al diagnóstico de cirrosis hepática, o en el caso de un fumador, cáncer del pulmón, o lo que se siente afectivamente con los síntomas de esas enfermedades. Él solo supone que esos afectos deben ser muy malos, pero no los ha sentido. Le resulta, en estos casos, mucho más difícil sacar la cuenta de si la cantidad de pequeños placeres recibidos vale la pena o no, en comparación con los grandes sufrimientos que se está buscando.

Otra contradicción que no hace fácil aplicar la sencillísima regla de que la persona hará aquello que le produzca afectos positivos y evitará las conductas que le produzcan afectos negativos, es que con gran frecuencia los grupos humanos deciden prohibir, con razón o sin ella, acciones que son placenteras; y, por tanto, al existir tal prohibición, la realización de estas acciones conlleva el rechazo y la pérdida de prestigio en el grupo.

El hecho de ser rechazado o castigado por el grupo, o por personas afectivamente muy importantes para nosotros, que representan los criterios de ese grupo –madre, padre, hermano, esposa e hijo– puede producir afectos negativos más intensos y duraderos que el placer logrado con la realización de la acción y, por lo tanto, inhibirla.

Ambas situaciones evidencian que para entender cómo el sentido personal influye en la conducta de nuestros pacientes, el análisis no puede ser tan simple.

Lo primero que tenemos que comprender es que los afectos, emociones y sentimientos también están siendo socializados, que se nos van enseñando qué emociones debemos sentir y en qué circunstancias pueden ser expresadas con libertad y comprendidas por el grupo y cuáles deben ser reprimidas; y desde luego, los sentimientos, que tienen una mayor relación con la corteza cerebral, serán enseñados, estimulados y en ocasiones exigidos. De igual forma, nos entrenarán a sentir grandes sentimientos de culpa si desarrollamos sentimientos inaceptables según el criterio del grupo. La sociedad hace, pues, un intento bastante exitoso de lograr que sintamos lo que toca sentir, y no tengamos sentimientos o emociones positivas a partir de lo que considera perverso.

Se crea, de esta manera, una jerarquía de afectos que está en estrecha relación con la jerarquía de criterios a la que habíamos hecho referencia en el capítulo sobre imagen del mundo, ya que se supone que las cosas que consideramos más importantes cognoscitivamente sean las que tienen más sentido personal para nosotros y viceversa, las cosas con más cargas afectivas y que tienen más sentido

personal para nosotros, es prácticamente imposible que no tengan un lugar privilegiado en nuestra jerarquía de criterios.

Por tanto, lo que estamos separando pedagógicamente es, en realidad, una unidad indivisible entre el componente cognoscitivo *imagen del mundo* o *jerarquía de criterios* y el componente afectivo *sentido personal* o *jerarquía de afectos*. De lo que estamos hablando es de la formación de la *jerarquía de valores* a partir de estos dos subsistemas. De la jerarquía de valores, cuyo conocimiento nos ayuda a comprender la conducta de otros seres humanos, hablaremos más adelante. A continuación desarrollaremos algunas ideas sobre la importancia del subsistema sentido personal para la regulación de la conducta y en especial, para la regulación de las conductas de salud.

SENTIDO PERSONAL Y CONDUCTA DE SALUD

Pensamos que ya ha quedado clara la importancia del conocimiento de qué afectos aparecen en el sujeto y cuál es la jerarquía que estos tienen para él, a la hora de atender las diversas situaciones preventivas, curativas o rehabilitadoras que se relacionan con las acciones de salud.

En nuestras conversaciones y observación del sujeto, tenemos que conocer la resultante y la magnitud de los afectos positivos y negativos que producen en él, las acciones que le estamos proponiendo que realice y las decisiones que, después de informarle, le estamos pidiendo que tome.

Lo primero que tenemos que saber es que la relación profesional de la salud-paciente, estudiada con más frecuencia como relación médico-paciente, tiene un alto componente afectivo y puede llegar a ocupar un lugar importante en la jerarquía de afectos del paciente. Cuando esto no se logra, la posibilidad de producir cambios de actitudes hacia la salud en nuestros pacientes es prácticamente nula, y aun cuando se logra, debemos estar conscientes de que con frecuencia estamos tratando de competir con otros afectos, a veces muy intensos, que obstaculizan el cambio de actitud que estamos proponiendo.

El miedo, emoción o sentimiento, es un afecto que aparece constantemente en el ejercicio de nuestra práctica en las personas enfermas que atendemos. En ocasiones el miedo a la muerte, la cronicidad y las secuelas, ayudan a que el individuo realice acciones afectivamente desagradables si estas consiguen aliviar su temor, mientras que en otras ocasiones las acciones que le proponemos le producen miedo en un grado tal que son incapaces de realizarlas, a pesar de sus deseos de aliviar los síntomas que padece.

Es un gran error suponer que la intensidad del miedo del paciente coincidirá con lo que nos parece lógico que sienta, o con el de la mayoría de las personas que conocemos. Cada persona tiene sus miedos, la intensidad del miedo no es igual en cada individuo y, sobre todo, no cuenta con los mismos recursos en los otros subsistemas de su personalidad para vencerlo.

Nuestro trabajo incluye detectar la magnitud de los afectos negativos que van a entrar en juego, así como tener habilidades para ayudar al paciente a tomar las decisiones más correctas y a enfrentar las acciones que deberá realizar a favor de su salud.

Durante el trabajo en prevención primaria, donde no están presentes los afectos negativos producto de los síntomas, ni son frecuentes las emociones de miedo en personas que se sienten bien, los sentimientos de temor que acompañan a los criterios de amenaza, riesgo y seriedad pueden ser los que motiven a la realización de acciones preventivas, que en la mayor parte de los casos no llevan en sí mismas la producción de afectos placenteros y con frecuencia, por el contrario, conllevan a renunciar a acciones que producen un placer inmediato.

Con frecuencia hemos escuchado la frase "todo lo que es rico es lo que hace daño". Los que así hablan parecen desconocer que esas cosas llegaron a ser agradables a partir de un entrenamiento, y han olvidado lo difícil y desagradable que fue aprender a aspirar el humo de un cigarro fuerte que le producía tos; pero los afectos positivos producto del reconocimiento social de que ya no era un niño y podía hacer "cosas de adulto" eran más intensos que los afectos negativos provocados por el displacer físico. Igual podría ejemplificarse con la ingestión de bebidas alcohólicas fuertes (en *straight*), o con los hábitos alimentarios: el uso predominante de grasa de puerco y de comida frita está más relacionado con las tradiciones y costumbres de un grupo humano, influido en la mayoría de los casos por la accesibilidad y el costo del producto, que por una abstracta superioridad de sabores. Las carnes preferidas, los condimentos y los olores de la comida con frecuencia son insoportables al pasar de una cultura a otra. De hecho, en cada grupo lo que se asocia con frecuencia a resolver los malestares de la falta de alimento o se utiliza en las fiestas de grandes ocasiones, termina teniendo en el sentido personal de esas personas una carga importante de afectos positivos.

Conocer esto puede ayudarnos a no transmitir nuestros juicios y errores de salud en la alimentación a las nuevas generaciones, que pudieran encontrar, ya adultos, más "rico y agradable" lo que no hace daño. El gran obstáculo está en el mal ejemplo, si predicamos y no hacemos lo que predicamos, es probable, si nos quieren, que al crecer, nuestros descendientes quieran ser como nosotros y no como tratamos que sean.

La relación de nuestro sentido personal con la conducta de salud puede ser directa: no queremos ir a ese médico porque nos cae mal, nos hace sentir mal con su falta de interés o con sus maltratos y nos produce sentimientos de inseguridad.

A estas emociones y sentimientos negativos, le añadiremos explicaciones cognoscitivas para justificar por qué evitamos atender nuestros males a tiempo, sobre todo cuando el acceso a otro médico se hace difícil. También nuestra conducta es influida directamente, cuando a pesar de que confiamos en los que nos dice el médico y queremos resolver nuestro problema de salud, la solución que nos propone nos produce un miedo que no podemos superar; con mucha frecuencia, aparecerán mecanismos de defensa que provocarán que la acción de salud no se realice.

También puede suceder que lo que nos propone el médico nos haga renunciar a "placeres" que no estamos listos para suprimir, o que nos esté incitando a adoptar conductas que sabemos que provocarán en nosotros una gran ansiedad. En otras ocasiones, nuestro sentido personal interviene de manera más indirecta: las recomendaciones médicas pueden entrar en conflicto con otros aspectos sociales de alta jerarquía en nuestro sentido personal. Hay sujetos que dejarán para las vacaciones soluciones médicas que deberían atenderse de inmediato, con tal de no faltar a su trabajo, y sujetos que esperarán que pasen las vacaciones antes de someterse a un ingreso desagradable. Estas decisiones no solo tendrían que ver con su imagen del mundo, sino con las cargas afectivas que en él se despiertan al tomar una decisión u otra.

Lo mismo puede suceder en relación con lo que afecta nuestra decisión de salud a familiares queridos. En ocasiones, por no defraudarlos y evitarles sufrimientos, aceptaremos acciones de salud que, de no existir ellos, no hubiéramos realizado; mientras otras veces, por amor a ellos, abandonaremos acciones de salud personales para no dejarlos desprotegidos durante un tiempo.

De igual manera, cuando las acciones de salud pueden provocar el rechazo del grupo a que pertenecemos, por tratarse de algo prohibido según la moral de ese grupo, los afectos negativos que nos puede producir el sentir que hacemos algo pecaminoso, o el ser separados del grupo al que pertenecemos pueden ser tan intensos que estemos dispuestos incluso a poner nuestra vida en riesgo.

No queremos abandonar el tema de cómo los afectos intervienen en la regulación de la conducta sin recordar que la afectividad interviene en la salud humana, no solo *cuando regula nuestras acciones de salud*, sino también directamente: *cuando, por medio de descargas neurovegetativas y hormonales, la afectividad participa en la producción de las llamadas enfermedades psicosomáticas; y cuando estos afectos provocan una disminución de nuestras defensas inmunológicas*, lo que favorece la aparición de enfermedades infecciosas.

Estos dos últimos aspectos serán desarrollados en capítulos posteriores.

10. Jerarquía de valores en la regulación de la conducta

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Todo grupo humano establece los valores sociales que desea que posean los individuos que lo componen. De esta manera, para el grupo se convierte en un valor social ser honrado, honesto, valiente, sincero, justo, bondadoso, etc. Valores como estos, que son reconocidos por casi todos los grupos humanos, pueden ser considerados como *valores universales*. Junto a estos y otros muchos valores universales se encuentran otros que, para el grupo en cuestión, pueden tener igual importancia que los anteriores, y varían de un grupo a otro según sus costumbres, tradiciones, creencias religiosas, etc.

Prácticamente desde que nacemos, el grupo, a través de la familia, la escuela y demás instituciones sociales, comienza un trabajo sobre sus nuevos miembros para que hagan suyos los valores sociales de ese grupo. A ese proceso de enseñanza-aprendizaje se le llama *proceso de socialización*, y dura prácticamente hasta la muerte del sujeto.

El objetivo del grupo es lograr que el sujeto incorpore dichos valores de tal manera que los sienta como propios. No basta que piense: "mi mamá cree que el que no se baña todos los días es un cochino y por eso yo debo hacerlo", sino que tiene que llegar el momento en que piense "yo creo que el que no se baña todos los días es un cochino, me sentiría mal si no me bañara."

Como vemos en el ejemplo anterior, la verdadera incorporación de un valor social se produce cuando ya el grupo no tiene que vigilar al sujeto, ni amenazarlo con castigos para lograr la conducta que desea. Mientras haya que cuidar un aula de examen para evitar el fraude académico, será evidente que los alumnos no han incorporado esta prohibición como un valor.

Cuando a través de la socialización los valores sociales se han convertido en valores personales, estos funcionarán como un elemento de gran importancia en la regulación de la conducta del individuo.

Basados en el esquema que venimos desarrollando, podemos darnos cuenta de que este aprendizaje no se ha producido solo en la formación de los subsistemas imagen del mundo y autoimagen, sino que en esa socialización ha sido decisiva la formación del subsistema sentido personal. Los afectos negativos que se originarán en el caso de romper con nuestros propios valores son los verdaderos guardianes, de que nuestra actuación se rija por los principios del grupo.

Cuando la socialización no se ha logrado en su totalidad, pero el individuo conoce (imagen del mundo) la reacción negativa del grupo ante una conducta determinada, y está suficientemente bien socializado como para que en su sentido personal sean más intensos los afectos negativos que produciría la pérdida de prestigio y los castigos morales o físicos que pueda sufrir, que el placer que le produciría la conducta prohibida, pueden obtenerse resultados similares para la regulación de su conducta, salvo en aquellas ocasiones en que cree que no va a ser descubierto.

Este análisis se complica cuando nos damos cuenta de que en el gran grupo social hay muchos subgrupos, y que las diferencias de los valores de un grupo a otro en ocasiones son pequeñas, pero en otras incluyen valores de los considerados universales. En estos casos, el sujeto socializado en uno de estos grupos puede realizar públicamente acciones que a la mayoría de la población le parecen extrañas o impropias, pero que su propio grupo –cuyos valores el sujeto ha hecho suyos– considera positivas y premia.

Veamos algunos ejemplos de conductas relacionadas con la salud:

Un sujeto puede pedir que no se le trasfunda sangre a su hijo; otros, que consideran que el aborto es un asesinato, pueden llegar a prohibirlo sin tener en cuenta situaciones médicas que lo hagan aconsejable, del mismo modo que pueden oponerse al uso de preservativos para evitar las enfermedades de transmisión sexual; poblaciones enteras con serios daños para la salud por déficit en la ingestión de proteínas, pueden exigirle, a los individuos que las componen, morir de hambre antes de utilizar como fuente de alimento el puerco o la vaca.

JERARQUÍA DE VALORES

Las cosas se complican aún más cuando aplicamos un pensamiento dialéctico; aunque el sujeto haya incorporado una serie de valores importantes que hacen posible la convivencia del grupo, se presentarán situaciones en que por cumplir con un valor tendrá que incumplir con otro, y esto exige que la socialización del sujeto incluya la jerarquía de los valores, de manera que evite en lo posible que aparezcan en él afectos negativos en las situaciones especiales en que el grupo, en aras de un valor mayor, le exige que realice una conducta que en otras circunstancias estaría prohibida.

No matar a otro ser humano es un valor que aparece prácticamente en todos los grupos; sin embargo, cuando la supervivencia del grupo está en peligro –cuando la patria es agredida– no solo está permitido matar al enemigo, sino que se premia al que mejor lo haga.

Si utilizamos ejemplos relacionados con la salud, podemos ver, por ejemplo, que la asistencia al puesto de trabajo o a clases se considera un valor importante que el individuo debe incorporar; sin embargo, no hacerlo porque hubo que llevar al hijo o a la madre gravemente enfermos al hospital es comprendido prácticamente por todos; si se abandonan a su suerte por cumplir el sujeto con sus deberes cotidianos, probablemente sería objeto de comentarios muy desfavorables, al menos en nuestra cultura.

Si lograr que todos los subgrupos en un país determinado compartan todos los valores ya es difícil, conseguir que el sentido personal y la imagen del mundo de cada uno de sus componentes coincida a la hora de jerarquizar los valores, es prácticamente imposible. Es por esto que para el personal de salud que aspira a entender el por qué de la conducta de los individuos de la población que atiende, le es imprescindible tratar de conocer la jerarquía de valores de cada sujeto, al menos en lo que a la salud se refiere, y no puede partir de la presunción de que coincide con la suya, ni siquiera cuando es un miembro de su propio subgrupo.

Por la gran carga de sentido personal que también tiene la jerarquía de valores utilizamos el término jerarquía de criterios para intentar darle un sentido más cognoscitivo; pero en realidad estábamos analizando situaciones de salud que de hecho responden a la jerarquía de valores del sujeto, porque la separación de la resultante de lo cognoscitivo (imagen del mundo) y lo afectivo (sentido personal) solo puede hacerse como análisis pedagógico en cuanto a regulación de la conducta se refiere, ya que en la práctica es un todo indivisible. Nuestro sentido personal depende de lo que conocemos o creemos conocer, y lo que no tiene sentido para nosotros difícilmente pasará a integrarse a nuestra imagen del mundo.

11. Subsistema motivación

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Uno de los factores que intervienen en la regulación de la conducta humana es la motivación. Esta surge de las necesidades e impulsa al hombre a realizar actividades para satisfacerlas. Las necesidades crean tensiones psicológicas que requieren de objetos para ser satisfechas; estos objetos se convierten así en motivos para la conducta, y llamamos *motivación* a la carga afectiva que nos producen estos motivos.

Aunque no es nuestro interés clasificar los distintos tipos de necesidades, es útil para el profesional de la salud conocer que hay un grupo de necesidades directamente relacionadas con el equilibrio del organismo para mantener la vida; a estas se les llama *necesidades biológicas* –comer, dormir, respirar, conservar la temperatura, etc–. Estas necesidades, obviamente por su importancia, tienen una gran fuerza motivacional, pero si las contabilizamos veremos que el número de ellas es muy pequeño.

El hombre como ser social, inmerso en una cultura determinada, va aprendiendo durante su proceso de socialización que para cumplir con las reglas de ese grupo humano y alcanzar seguridad y prestigio, no le basta con realizar actividades para conservar su vida, y, así, junto con las necesidades biológicas, surgen las motivaciones sociales.

Mientras que las necesidades biológicas son unas pocas, las motivaciones sociales son incontables, porque los objetos –incluyendo las relaciones humanas– que pueden convertirse en motivos debido a que el grupo los considere valiosos y producen para él satisfacción de necesidades dirigidas a mejorar la calidad de vida, no solo incluyen los objetos ya existentes, sino que aumentarán su número con cada nuevo invento y también con las nuevas experiencias del sujeto.

Si comparamos la incidencia de necesidades biológicas, motivaciones sociales en la conducta humana y su jerarquía en la escala de motivos de cualquier persona, veríamos que aunque es cierto que en situaciones extremas de carencia total que ponen la vida en riesgo, el hombre puede llegar a abandonar las reglas enseñadas por la sociedad, como comer carne humana durante una situación límite como un naufragio, la civilización organiza la vida de sus miembros para que raramente aparezcan estas motivaciones extremas.

El hombre siente la necesidad de ingerir alimentos mucho antes de estar realmente en una situación de emergencia, y, de hecho, se alimenta en los horarios del día que el grupo le enseña. La sociedad le impone con qué instrumentos debe comer, en qué horario, quiénes deben acompañarlo a la mesa o no y qué tipo de alimentos puede utilizar y cuáles no, para satisfacer su necesidad biológica.

Esta necesidad de cumplir con los preceptos rituales aprendidos es tan fuerte que aun en las grandes hambrunas, los hombres mueren y dejan morir a sus hijos sin que se vuelvan caníbales, ni coman el animal prohibido; la repulsión socialmente aprendida y el compromiso con el grupo resultan más fuertes que la motivación de supervivencia. Asimismo, los seres humanos que logran hacer suyos sentimientos superiores, que el proceso de socialización intenta transmitirles, como la idea de patria, por ejemplo, pueden ir en su regulación de conducta por encima de sus necesidades biológicas cuando la situación lo requiera, a favor de esta motivación social.

Pero no siempre las personas alcanzan totalmente el nivel de socialización humana que los distingue de las conductas de otros mamíferos, ni tampoco esta fuerza mayor que pueden alcanzar las motivaciones sociales está siempre a favor de la salud. En muchas culturas, y sobre todo en la sociedad de consumo, es frecuente que el hombre resulte desorientado en la búsqueda de objetos (motivos), ya que le han hecho creer que son importantes para mejorar su calidad de vida, algunas cosas que en ocasiones están en franca contradicción con las acciones necesarias para conservar y mejorar su estado de salud.

El esquema de cómo la motivación participa en la regulación de la conducta sería muy sencillo:

El hombre siempre siente una necesidad; se despierta en él una motivación que lo impulsa a la actividad para la búsqueda y obtención del objeto (motivo) que satisface dicha necesidad. Si lo logra quedará satisfecho, si no lo logra sufrirá una *frustración* al quedar insatisfecho. Podemos añadir a este esquema inicial que, en ocasiones, la duda sobre qué objeto satisface mejor la necesidad o si vale la pena el "precio" que hay que pagar para satisfacerla, pone al sujeto en la situación de *conflicto*, que de no resolverse, le impedirá realizar las actividades que podrían satisfacer la necesidad en cuestión y aparecerá la *frustración*. El análisis de los conceptos *frustración* y *conflicto* lo realizaremos en el capítulo 12.

Sin embargo, este esquema de base, si bien imprescindible, no es suficiente para entender la conducta humana a partir de la motivación.

ESCALA DE MOTIVOS

Lo primero que tenemos que comprender es que las necesidades no llegan al hombre de una en una, para irlas satisfaciendo. En cualquier momento de su vida, el ser humano está sometido

a las tensiones psicológicas de muchas necesidades, unas más inmediatas y otras a más largo plazo.

Las motivaciones, en relación con la importancia que el individuo le conceda a estas necesidades, no tienen la misma intensidad y, obviamente, tampoco la misma prioridad. Es por ello, que cada cual, a partir de su aprendizaje social, tiene una escala de motivaciones que lo orienta a decidir la satisfacción de a cuál necesidad va a dirigir su actividad en cada momento, y a cuáles dedicará un tiempo mayor.

Así podríamos hablar de motivaciones centrales de la personalidad de un sujeto. Mientras algunas necesidades cotidianas se pueden satisfacer con una o pocas acciones, otras necesidades a las que el sujeto le da gran valor requieren años de esfuerzo mantenido para lograr satisfacerlas –pensemos por ejemplo en la obtención del título de una carrera universitaria–, y algunas llegan a ocupar gran parte del horario de la vida de un sujeto durante toda su adultez. No hay que insistir en la diferencia de la magnitud de una frustración cuando se fracasa en satisfacer una necesidad de poca trascendencia, que cuando el fracaso se produce en una de las motivaciones centrales de la vida de un individuo.

Debemos también tener en cuenta que la escala de motivos del sujeto se va modificando en las distintas edades, por lo que las cosas más importantes para sentirse satisfecho no son las mismas para el niño, para el adulto joven o para una persona de la tercera edad.

Por último, es evidente que aunque las motivaciones centrales mantengan su importancia, la escala de motivos para dirigir nuestra actividad va sufriendo cambios, a medida que logramos satisfacer aquellas necesidades que mantienen un ritmo de frecuencia. Mientras pasen más horas de las usuales sin que un sujeto satisfaga su necesidad de alimentación o de sueño, el aumento de las tensiones psicológicas motivadas por esto hará que ganen en jerarquía en su escala de motivos, hasta el punto de hacerlo abandonar actividades que son usualmente para él de un interés mayor. Sin embargo, el mismo sujeto después de dormir o alimentarse adecuadamente, puede priorizar por encima del alimento o el sueño, motivaciones que él considera de menos importancia.

En cada cultura, la sociedad organiza horarios para que el sujeto dedique su actividad para resolver distintos tipos de necesidades, y logra que, independientemente de la escala de motivos del individuo, este se organice de tal manera que no prioriza dormir a la hora del trabajo o de clases, alimentarse fuera de su horario de comida, ni recibir visitas en sus horarios de sueño, etc. Pero aun así, son múltiples las decisiones que debe tomar durante el día, en las que el subsistema motivación desempeña un papel importante.

En primer lugar, el hecho de que estemos en un tipo de trabajo o de estudios y no en otro, puede haber tenido mucho que ver con nuestras motivaciones, así como el alimento que escogemos para los horarios de comida, y a quiénes recibimos o visitamos y a quiénes no. Pero además de eso, las condiciones de automatización de la sociedad moderna van dejando una mayor cantidad de "tiempo libre" para satisfacer otras necesidades.

Creo que aquí es importante detenernos en algunas consideraciones. La diferencia de poder económico en las distintas sociedades, clases sociales e individuos en particular, permite asegurar que no solo es suficiente la cultura general, o en nuestro caso particular, la buena educación para la salud, que permite conocer la necesidad y los medios más efectivos para satisfacerla, sino que, además, es imprescindible que esos medios estén a nuestro alcance. Todavía hoy, más de la mitad de la población del planeta tiene que invertir un desproporcionado número de horas de trabajo físico como único medio de satisfacer su necesidad de supervivencia, y aún peor, algunas decenas de millones no alcanzan ni siquiera esta posibilidad, y mueren de desnutrición y enfermedades previsibles.

Sobre estas mayorías en lucha desigual por la supervivencia, poco o nada se habla, en las explicaciones sobre la importancia de la motivación para regular la conducta, en los textos que tocan el tema en nuestra sociedad occidental. Estos grupos humanos casi nunca pueden estudiar o trabajar en las cosas que más los motivan, sino en aquellas que sus condiciones de vida le permitan, e igual les sucede a la hora de escoger los alimentos, el tipo de vivienda, etc.; a pesar de vivir en un mundo cada vez mejor informado de las posibilidades de opción en las sociedades económicamente ricas.

Volviendo a otros aspectos sobre el tema, una de las características exclusivas del ser humano al tratar de entender su escala de motivos es que tiene conciencia no solamente de sus necesidades inmediatas, y, por ello, es para él tan importante, y con frecuencia más importante, realizar actividades que garanticen sus necesidades futuras, ya que el ser humano está en condiciones de preverlas. Por esa razón, el hombre es capaz de arar la tierra, sembrarla y esperar la cosecha que garantizará sus necesidades del próximo año, o trabajar todo el mes para cobrar un sueldo que utilizará el mes próximo, o estudiará durante años para tener acceso a un trabajo mejor remunerado o más acorde con sus necesidades espirituales de realización personal.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que no debemos caer en la trampa de considerar la jerarquía de valores como la escala de los principios y deberes positivos para con el grupo, y la escala de motivos como el lugar donde se jerarquizan nuestras "malacrianzas" y deseos individualistas. Más adelante explicaremos la estrecha relación dialéctica que existe entre ambas –jerarquía de valores y escala de motivos–, y cómo son capaces de influirse y provocar modificaciones cada una de ellas en la otra en distintas circunstancias de la vida. Pero queremos que ya en el

tratamiento de este tema quede claro que la escala de valores de todo ser humano bien socializado, los símbolos y abstracciones relacionados con sentimientos superiores, y la necesidad de realizar actividades no solo para sí, ocupan una alta jerarquía en su escala de motivos, y con frecuencia tienen una estrecha relación con sus motivaciones centrales.

El hecho de ser aceptado, reconocido y apreciado por las personas que ama, la necesidad de satisfacer las necesidades de estos seres amados, y luchar por su supervivencia y calidad de vida pueden ser una motivación tan poderosa como la de la supervivencia y la calidad de vida personal.

Buscar en la escala de motivos de un sujeto y en sus motivaciones centrales elementos jerárquicos que indican falta de egoísmo e individualismo, y encontrar que ha trascendido, en sus motivaciones por las necesidades ajenas, cada vez más lejos de sus afectos cercanos, por lo que incluye como satisfacción personal la de la familia, el grupo, la patria y la humanidad, es probablemente el mejor instrumento de medida de la calidad de un sujeto como ser humano.

NECESIDAD OBJETIVA Y SUBJETIVA DE SALUD

Dentro de la escala de motivos de cada sujeto se encuentran sus motivaciones de salud. Estas motivaciones, como todas, surgen de la necesidad, en este caso de la necesidad de salud. Sin embargo, si analizamos estas necesidades veremos que podemos clasificarlas en *necesidades objetivas* y *necesidades subjetivas de salud*.

La necesidad objetiva es la necesidad real; la que existe tengamos conciencia de ella o no. La necesidad subjetiva es la que el paciente siente y hace consciente; es la que puede despertar en él motivaciones y desencadenar acciones de salud para satisfacer dicha necesidad. Es por ello que no importa cuán intensa sea una necesidad real, ya que mientras el paciente no la reconozca como necesidad, esta no influirá en su conducta.

Como es lógico suponer, en muchas ocasiones los síntomas y malestares permiten al paciente reconocer su necesidad real, y buscar ayuda cuando realmente la necesite; pero también puede suceder que enfermedades graves produzcan síntomas poco molestos o, incluso, ningún síntoma, mientras que enfermedades de pronóstico benigno, provoquen en el paciente, con sus síntomas, la sensación de que se enfrenta a una pérdida de salud peligrosa.

Es por eso que no es raro ver en los cuerpos de guardia y en las consultas, pacientes con una motivación muy alta en su escala de motivos y dispuestos a cumplir con cualquier acción de salud que les proponga el médico, por agresiva que esta sea, cuando en realidad su necesidad objetiva no merece tanto; mientras otros encuentran en su escala de motivos múltiples conductas que deben priorizar antes que la acción de salud propuesta, por no reconocer la magnitud de la necesidad real de salud que deben satisfacer.

Por esta razón, una de las tareas fundamentales de los trabajadores de la salud, y en especial del especialista de MGI, es lograr un nivel de educación para la salud de la población a su cuidado, que permita una coincidencia cada vez mayor entre la necesidad objetiva que él es capaz de diagnosticar, y la necesidad subjetiva que sienten sus pacientes. Es esta última la que hará que el paciente se convierta en sujeto de su propia salud. Solo con esta correspondencia entre necesidad objetiva y subjetiva, las distintas motivaciones de salud de cada persona ocuparán el lugar que realmente les corresponde en la jerarquía de motivos, sin alarmas exageradas innecesarias y sin descuidos o indiferencias peligrosas.

Debemos recordar también que, aunque es cierto que en las personas existe una mayor o menor motivación general hacia la salud como un todo, en la práctica, lo que enfrentamos es la magnitud de su motivación hacia aspectos particulares de la salud.

Un sujeto puede comportarse hacia las enfermedades del corazón de manera casi hipocondríaca. Siente necesidades subjetivas intensas ante cualquier microsíntoma, y visita al cardiólogo con mucha frecuencia en busca de pronóstico y ayuda. En su escala de motivos, la atención de salud a problemas cardíacos ocupa uno de los lugares más altos. Sin embargo, este mismo sujeto puede estar a punto de perder su dentadura, porque deja siempre para mañana la atención de su boca; o soporta un proceso "catarral" por más de 20 días sin que por su mente pase la posibilidad de necesitar ayuda médica, ni que se trata de una enfermedad más grave. En la escala de motivos de este sujeto, la atención a las enfermedades de la boca o de las vías respiratorias ocupa un lugar exageradamente más bajo que las enfermedades cardiovasculares.

Debemos recordar una vez más que la escala de motivos no es rígida, y se modifica, de hecho, con la aparición de nuevas necesidades de salud. En cualquier sujeto sano, las motivaciones que lo impulsan hacia acciones de salud ocuparán un lugar más bajo que cuando empiece a sentir síntomas y molestias de enfermedad, o cuando reciba informaciones que producen un incremento en su criterio de amenaza, como sucede al aparecer una epidemia.

LA MOTIVACIÓN PARA LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Lo explicado en el epígrafe anterior hace evidente que el trabajo del equipo de salud, destinado a mantener en un alto lugar jerárquico las motivaciones hacia la salud de un sujeto que se siente bien, es mucho más difícil que cuando se enfrenta a pacientes con enfermedades agudas. La educación para la salud es la que

puede producir en los sujetos la necesidad subjetiva de prevenir las enfermedades antes de que estas aparezcan.

Como vimos en el capítulo 7, subsistema imagen del mundo, los criterios de amenaza, riesgo y seriedad de las enfermedades, pueden sustituir, para reconocer la necesidad y la aparición de la motivación, a los síntomas y signos detectados por las personas enfermas.

También la presión social, que al reconocer la indiferencia hacia las acciones de salud, por parte de algunos individuos como un riesgo de salud para todo el grupo, puede lograr que en el individuo surjan otras motivaciones –no necesariamente de salud–, que lo impulsen a realizar las acciones de salud correctas para no enfrentar el rechazo y aislamiento por parte del grupo. En la mayor parte de los individuos, no caer en esa situación, con respecto al grupo al que pertenece, ocupa un lugar importante en su escala de motivos.

Asimismo, en muchas culturas, algunas de las acciones de salud forman parte de los valores sociales del grupo, y se incorporan por la mayor parte de los individuos durante el proceso de socialización. En Cuba, por ejemplo, la higiene personal es un valor importante, y su ausencia, un motivo de rechazo y desagrado por todos los que nos rodean. Es muy probable que la mayoría de los sujetos que realizan meticulosamente esta acción de salud, lo hagan mucho más motivados por el placer que les produce y por el displacer que sería el ser señalados como "cochinos", que por el temor a las enfermedades que puede producir la falta de higiene.

Lograr que el grupo que atendemos vaya incorporando como valores de su cultura, varias de las acciones de salud que preconizamos, y que critique a los que no le dan importancia a esas acciones –alto consumo de alcohol, acciones que favorecen la proliferación de vectores, etc.– resultan un buen complemento, en la esfera motivacional, a las motivaciones individuales de salud de cada sujeto.

12. Frustración y conflicto

Ya vimos en el esquema para explicar el subsistema motivación de regulación de la conducta, que llamamos *frustración* al fenómeno psicológico que se produce cuando la actividad realizada no logra la satisfacción de la necesidad.

Esto puede suceder por la aparición de barreras u obstáculos que impiden que el individuo logre su objetivo. Estos obstáculos pueden ser de dos tipos: *internos* y *externos*. Los internos son aquellos que surgen del propio individuo, como por ejemplo, el miedo, la subvaloración de sus posibilidades, etc. Mientras que los externos se deben a las condiciones reales que obstaculizan el logro del objetivo, por ejemplo, tiene sed y no hay agua en el lugar donde se encuentra, etc.

Cada sujeto tiene un umbral de tolerancia a la frustración. Pasado ese límite su conducta puede desorganizarse, y en lugar de continuar en la búsqueda de nuevas acciones que permitan satisfacer la necesidad en cuestión, o al menos dedicar su actividad a la satisfacción de otras necesidades también importantes; puede abandonarse a su sufrimiento y sentirse derrotado.

Para entender y tratar de valorar la magnitud de una frustración en otra persona, hay que tener en cuenta no solo cómo nos sentiríamos en esa circunstancia, o cómo se sentirían la mayor parte de los individuos de esa cultura, sino que tenemos que tener también el conocimiento particular de cómo reacciona el sujeto en esa área de necesidades ante la frustración, de acuerdo con su jerarquía de motivos y nivel de aspiraciones. La carencia de algo que para algunos puede ser una catástrofe, para otros puede ser una frustración menor e, incluso, aunque nos parezca increíble, no es percibida por el sujeto como una necesidad, y, por tanto, no le produce ningún tipo de insatisfacción.

De ahí que si queremos prever y pronosticar las consecuencias de una frustración en las personas que atendemos, con el fin de brindarles ayuda, estamos obligados a conocerlas mejor; y eso solo se logra si se dedica tiempo a conversar con ellas, y se usan técnicas profesionales de la RMP. El especialista de MGI que convive con la población que atiende desarrolla su trabajo en condiciones privilegiadas para lograr esto.

Si ya habíamos estudiado que dentro de la multitud de necesidades que se han de satisfacer y las motivaciones que estas despiertan, podemos distinguir que en los individuos existen motivaciones pequeñas y grandes, se nos hace evidente que encontraremos de no satisfacerlas, pequeñas frustraciones, más o menos frecuentes, y en ocasiones, frustraciones de enorme magnitud.

En ambos casos, la respuesta más normal a las frustraciones es la aparición de afectos negativos. Probablemente la primera reacción se encuentre en el marco de una emoción primaria de ira más o menos intensa y más o menos duradera; a continuación puede aparecer una emoción secundaria de tristeza, cuya intensidad y duración pueden ser mayores o menores.

La regulación de estos estados afectivos negativos, mantenidos en ocasiones como estados de ánimo durante meses y a veces años, deben ser motivo de preocupación y objeto de trabajo del equipo de salud; ya que por una parte ocasionan una disminución de las defensas inmunológicas que protegen contra las enfermedades infecciosas, y por otra, provocan respuestas somáticas en órganos y sistemas que favorecen, junto a otras causas, la aparición de enfermedades orgánicas entre las que usaremos como ejemplo, por ser las más conocidas, las enfermedades psicosomáticas.

CONFLICTO

Se llama *conflicto*, al fenómeno psicológico que se produce cuando el sujeto no puede decidir entre dos o más motivaciones, o entre las acciones que serían necesarias para satisfacer una necesidad.

La esencia del conflicto siempre está dada porque al satisfacerse una necesidad, dejaría de satisfacerse otra u otras que tienen una jerarquía similar en la escala de motivos.

Según la clasificación de *Lewin*, puede producirse conflicto entre dos objetivos deseables o positivos igualmente motivantes, pero que el hecho de escoger uno, implica renunciar al otro. También puede haber conflicto entre dos estímulos desagradables o negativos, en los casos en que evitar uno significa enfrentar el otro. Al primer caso lo llamó *conflicto de aproximación-aproximación*, y al segundo, *conflicto de evitación-evitación*.

Una tercera forma de conflictos serían los *conflictos de aproximación-evitación*, que pueden presentar dos variantes distintas: el *conflicto de aproximación-evitación simple*, en el que el objetivo en sí tiene cosas positivas y negativas al mismo tiempo, lo que desencadena en la persona un estado afectivo dual o ambivalente; y el *conflicto de aproximación doble o múltiple*, que se produce al

tener que escoger entre dos o más objetivos y cada uno de ellos tiene elementos positivos o negativos.

El conflicto, como fenómeno psicológico, siempre va cargado de afectos negativos como son la ansiedad y la inseguridad, pero debemos estar alertas ya que podemos encontrarnos con conflictos de muy poca trascendencia y con conflictos de tal magnitud que provoquen angustias insoportables y se prolonguen durante largos períodos, por lo que llegan a producir daños psicológicos importantes en los sujetos.

Las personas en cuyas cualidades volitivas predomina la indecisión sobre la firmeza estarán sumidas en conflicto con mucha más frecuencia a la hora de tomar decisiones, e, incluso, frente a situaciones que a la mayoría de las personas no les parecen que sean de conflicto; pero incluso personas sin dificultad en sus cualidades volitivas para la toma de decisiones pueden verse enfrentadas a situaciones donde la mayor parte de las personas sufrirían este desagradable fenómeno psicológico.

Un ejemplo de conflicto de aproximación-aproximación sería cuando nos encontramos indecisos frente al menú de un restorán o cuando al escoger cuando se compra la factura del mes, debemos elegir entre dos alimentos deseados. Pero estas situaciones rara vez provocarán un conflicto real en un sujeto con una personalidad normal, ni su intensidad y duración serán suficientes como para llevar a la angustia y provocar una frustración, al poder satisfacer el sujeto su necesidad con una de las soluciones posibles. Sin embargo, otro caso sería en este mismo tipo de conflicto, el de una joven que debe decidir entre dos pretendientes con cualidades similares, el compañero para el resto de la vida; queda implícito que el aceptar a uno significa renunciar al otro, y ello puede producir una situación de conflicto más o menos prolongada.

Los conflictos de evitación-evitación pueden ser de mayor o menor intensidad. En nuestra profesión nos toca, con cierta frecuencia, ver a las familias que atendemos en situaciones de conflicto realmente dramáticas. Por ejemplo, cuando una madre tiene que decidir entre autorizar la amputación de un miembro del hijo, o arriesgarse a que en los próximos días, la enfermedad evolucione hacia un altísimo riesgo de muerte.

Si bien en el primer tipo de conflicto, una vez tomada la decisión, no solo se sentirá el alivio de los afectos negativos provocados por el conflicto en sí, sino que las perspectivas de la decisión ya tomada son agradables; en el segundo caso se librará la ansiedad al tomar la decisión y desaparecerá la situación de conflicto, pero solo para enfrentar otros tipos de afectos negativos provocados por la decisión.

Los conflictos más frecuentes son los de aproximación-evitación, ya que en la vida real, la mayor parte de los objetos que satisfacen nuestras necesidades conllevan un "precio" que no siempre se paga con placer. Frente a la necesidad de salud, el sujeto debe renunciar a muchas cosas que le son agradables, o en caso de que mantenga estos hábitos y costumbres placenteros, debe enfrentar las consecuencias que a corto o largo plazo producirán en su organismo; así encontraremos fumadores que no están en conflicto porque no se han planteado el esfuerzo de proteger su salud, u otros ya exfumadores, que vencieron la etapa de conflicto y ejecutaron con éxito la toma de decisión de dejar de fumar; pero una buena parte de los que hoy fuman, y que conocen mucho mejor que antes el daño que el tabaquismo produce, se enfrentan a los efectos ambivalentes que les produce el cigarro y, por consecuencia, a tomas de decisiones fallidas y recaídas sin salir a veces de esta situación durante meses y años.

Según hemos planteado, el conflicto y sus afectos negativos desaparecen con un gran alivio cuando se produce la toma de decisiones; de ahí que en lo adelante, el sujeto puede que sufra las consecuencias de la decisión tomada, pero ya no estaría en conflicto. Sin embargo, en la práctica vemos con cierta frecuencia que conflictos que parecen superados reaparecen. Mientras hay situaciones en que la toma de decisiones impide la posibilidad de una marcha atrás, en otras, mantener la decisión tomada depende de la firmeza, perseverancia y autodominio del sujeto, que para mantener su decisión debe vencer obstáculos internos causados por sus miedos y deseos. Una cosa es prever lo mal que me voy a sentir si decido esto, y otra cosa es vivirlo en carne propia y soportarlo, después de tomada la decisión. No es raro, pues, que las personas reconsideren lo decidido y recaigan en la situación anterior, probablemente gracias a mecanismos de defensa que lo hagan pensar que ahora va a ser distinto, cuando en realidad, en la mayoría de los casos, se verán de nuevo en la misma situación de conflicto que parecían haber superado.

Como ya hemos visto en capítulos anteriores, la escala de motivos no tiene una estructura rígida, y hay motivos que suben y bajan en la escala cuando la necesidad se satisface. Así, a un sujeto puede parecerle fácil tomar una decisión a favor de otras motivaciones cuando dicha necesidad está satisfecha, y a medida que aumenta la carencia y se acumulan las *pulsiones* provocadas por esa necesidad insatisfecha, puede pensar que es un buen negocio renunciar a todas las otras necesidades y motivaciones con tal de satisfacer una necesidad que antes había pensado que no merecía un "precio" tan alto.

Todo esto ayuda a explicar por qué a algunos individuos con escala de motivos distinta a la nuestra, les cuesta trabajo salir de una situación de conflicto que a nosotros nos parece ilógica. Mientras no seamos capaces de ayudarlo a reconstruir su escala de motivos en las situaciones que tienen relación con la salud, difícilmente lograremos que los conflictos de salud se resuelvan de forma satisfactoria.

Posiblemente los conflictos de mayor seriedad para la regulación normal de la conducta por la personalidad, sean aquellos que se producen cuando surge una discrepancia entre la jerarquía

de valores de un sujeto y su escala de motivos. Cuando el sujeto desea mucho lo que cree que no debe hacer, está en presencia de un conflicto realmente serio, que solo encontrará solución si logra modificar su jerarquía de valores o su escala de motivos; y cuando ese deber y ese deseo se hallan en una alta jerarquía en esas dos escalas, no resulta nada fácil mover uno de ellos, sea el valor o la motivación, hacia jerarquías inferiores, para que entonces sea fácil decidir entre algo que sigue siendo importante y algo que ya no lo es tanto.

Con la solución de todo conflicto, es decir, con la decisión del sujeto de ir por uno u otro camino, se produce en él un verdadero alivio de la tensión y se logra de nuevo el equilibrio perdido. Esto ocurre independientemente de que la solución sea la mejor o no en cada circunstancia específica. El nivel de alivio tensional y de la satisfacción experimentada en cada caso estarán relacionados con la intensidad del conflicto, y con el tiempo que permaneció el sujeto sometido a este.

13. Subsistema voluntad

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

A partir del momento en que se hizo clara la importancia del subsistema motivación en la regulación de la conducta humana, las ideas sobre la importancia de la voluntad, que habían tenido gran fuerza hasta entonces, perdieron credibilidad. Parecía entonces que la voluntad dependía de la motivación. Los sujetos que mostraban gran voluntad resultaban ser simplemente sujetos muy motivados, y cuando creíamos ver falta de voluntad para hacer las cosas, lo que estábamos viendo en realidad era falta de motivación.

Pero esta ilusión de haber conseguido simplificar el esquema para la comprensión de la conducta duró poco. Se comenzó a observar cómo algunos sujetos frente a necesidades que reconocían como importantes y que mostraban real interés por resolverlas, se detenían ante pequeños obstáculos, o se "cansaban" cuando la tarea requería diversas acciones a lo largo del tiempo; mientras otros sujetos, frente a tareas que confesaban y se hacía evidente que le eran desagradables, eran sin embargo, capaces de enfrentarlas con éxito.

Se retomó, entonces, el estudio de las cualidades volitivas de la personalidad. Sin dudas, el subsistema voluntad no era solo una resultante de los otros cuatro subsistemas estudiados, sino que había en él elementos propios que participaban en la regulación de la conducta.

Analizaremos cuatro de dichos componentes: independencia, firmeza, perseverancia y autodominio, y dejaremos para el capítulo 14 el estudio más profundo de la actividad volitiva y de la toma de decisiones como resultante final de la regulación de la conducta.

INDEPENDENCIA

Antes de comenzar el análisis, es importante señalar la influencia decisiva que tiene el proceso de socialización en estas cualidades volitivas. Los grupos humanos, según la importancia que le conceden, enfatizan con mayor o menor fuerza la consolidación de estas cualidades en la educación de los miembros del grupo.

La *independencia* es la capacidad de tomar decisiones y ejecutar acciones por sí mismo; y su opuesto, *la dependencia*, estaría dada por la necesidad de que otros sujetos tomen las decisiones o realicen las acciones por nosotros.

Una independencia total, en que el sujeto desconozca por completo las reglas y orientaciones de la sociedad en que vive, no es deseable, como tampoco lo sería una autosuficiencia notable que lo llevara a no consultar con expertos antes de tomar sus decisiones. Por otra parte, un adulto sin déficit mental que tuviera una dependencia de tal magnitud que necesite ser bañado o que le laven los dientes, es prácticamente imposible de imaginar, como trastorno de esta cualidad volitiva, sin que la explique una enfermedad más grave.

Descartados estos extremos, resulta evidente que el predominio de la independencia sobre los rasgos dependientes es deseable en todo adulto normal.

En nuestras tareas como trabajadores de la salud, es imprescindible conocer la magnitud de los rasgos dependientes de las personas que atendemos, y en qué área de su actividad se expresan con más fuerza, ya que en cada ser humano la relación dependencia-independencia no se expresa por igual en los distintos roles que desempeña de acuerdo con los múltiples *status* sociales que tiene.

Así, podemos encontrar sujetos que muestran independencia o iniciativa en su área laboral o matrimonial y, sin embargo, mantengan conductas dependientes con sus padres y hermanos mayores, o viceversa. De igual forma encontramos sujetos que mientras en estado de salud mantienen un equilibrio a favor de la independencia, al enfermar, muestran una conducta francamente dependiente con el personal de salud o con los familiares.

Como lo que más nos interesa para el análisis son los rasgos dependientes en relación con las acciones de salud, pongamos algunos ejemplos que nos ayuden a comprender las conductas de nuestros pacientes y nos permitan actuar de forma más efectiva para corregirlas.

En nuestro trabajo, sobre todo cuando promovemos acciones de prevención primaria, podemos encontrar que en la casa en cuestión existe una "autoridad" extremadamente dominante, que es la que decide si se hierve el agua y todos tendrán que tomarla así, si las botellas se guardan boca abajo para evitar que haya mosquitos y se encargará de que todos las pongan de esa manera. Si no es a esta persona a la que logramos convencer y motivar, la acción de salud difícilmente se realizará en ese hogar; de hecho, los demás han aceptado no ser independientes, ni tener decisiones discrepantes que cuestionen la jefatura de ese colectivo en relación con este tipo de acciones.

También es frecuente que un sujeto convencido y motivado deje de asistir a una consulta que consideraba importante, porque la persona que iba a acompañarlo no pudo hacerlo ese día. Si no detectamos que esta fue la causa, podríamos insistir en nuestro trabajo para convencerlo y motivarlo más, lo que probablemente será una pérdida de tiempo. En lo que habría que trabajar, en realidad, sería en disminuir las dependencias que le impiden acudir solo, o dedicar el esfuerzo a crear esas convicciones y motivaciones alrededor de la importancia de dicha consulta, prueba auxiliar diagnóstica o intervención quirúrgica, en el sujeto cuya compañía resulta imprescindible para el paciente, tal y como se hace normalmente en el trabajo de pediatría.

FIRMEZA

La *firmeza* se manifiesta cuando el hombre adopta sin vacilación sus decisiones y las lleva a cabo. Se considera un rasgo positivo, siempre que las decisiones estén bien fundamentadas y se realicen en el momento oportuno.

Su contrario, *la indecisión*, se manifiesta no solo en las dudas y vacilaciones durante la toma de decisiones, sino también durante la ejecución de la decisión tomada.

En el sujeto que posee la firmeza como cualidad volitiva, una vez que queda clara para él la necesidad que debe priorizar, expresada por la motivación de mayor jerarquía en su escala de motivos en un momento dado, y que establece un plan de acciones para llevar a feliz término la satisfacción de dicha necesidad, mantendrá, gracias a su firmeza, la motivación inicial sin que esta decaiga. El indeciso, por el contrario, dada su falta de firmeza no solo tendrá dificultad para identificar la motivación triunfante, sino que durante la ejecución puede seguir atormentado por los pro y los contra de la decisión tomada, a tal punto, que la motivación que permitió elaborar el plan de acciones que viene ejecutando puede decaer y, por tanto, ser superada por otros motivos que lo incitan a dirigirse hacia otras acciones. Por lo general, este sujeto terminará sin conseguir la satisfacción que se había propuesto.

Cuando se trata de motivaciones relacionadas con la salud –necesidades subjetivas de salud–, al médico y al personal de salud, en general, le es muy importante conocer la cualidad firmeza-indecisión del paciente que atiende en relación con el aspecto de salud que se trate.

Está claro que todo ser humano tiene áreas de su vida donde muestra más firmeza que en otras, y dentro de la propia área de salud, hay aspectos de salud donde sus indecisiones resultan más frecuentes que en otras. Sin embargo, un análisis general sobre firmeza-indecisión nos sirve de orientación general para predecir la influencia de esta cualidad volitiva en la regulación de la conducta, frente a un problema específico.

El profesional de la salud no debe confiarse, por tanto, de que su trabajo de convencimiento o apoyo hacia una decisión correcta por parte del paciente en relación con una acción de salud ha concluido, cuando se trata de pacientes con deficiencias en esta cualidad volitiva. Los sujetos que ha detectado como indecisos necesitan que él mantenga su trabajo de apoyo y convencimiento, hasta que las acciones programadas sean ejecutadas en su totalidad.

Debemos recordar que esta cualidad de la voluntad, al igual que las otras, no es innata, sino que se ha ido aprendiendo a lo largo de la historia del sujeto, y que cuando logramos que las decisiones tomadas en conjunto por el médico y el paciente –tratamientos, etc.– lleguen a feliz término sin interrumpirse ni desviarse, y satisfagan la necesidad del paciente, estamos logrando poco a poco una mayor firmeza, al menos en el área de salud, en las decisiones que se producen a partir de la RMP.

Resumiendo, aunque hayamos mejorado la jerarquía de criterios de un enfermo en cuanto a la importancia de su decisión y esta tenga un mayor sentido personal para el sujeto, y como resultado de todo esto su motivación haya ganado un puesto jerárquicamente mayor en su escala de motivos, cuando estamos frente a un paciente donde la indecisión predomina sobre la firmeza no podemos confiar, como en los demás pacientes, en que la acción seguirá su curso lógico hasta completarse, por lo que debemos continuar ayudándole hasta que concluya con éxito lo que juntos nos hemos propuesto.

Ejemplos de esto abundan en nuestra práctica, y así sucede que pacientes que se han realizado todos los exámenes complementarios, incluso los más molestos, y tomado previsiones en el trabajo y en la casa para realizarse una intervención quirúrgica, aparezcan el día del supuesto ingreso con el nuevo plan de dejarlo para las vacaciones, o simplemente no se presentan.

Es importante que el equipo de salud no desespere, ni mucho menos que abandone al paciente; probablemente este tenga ahora una indecisión más para acercársenos de nuevo, debido a la pena de habernos fallado. Debemos buscarlo y ayudarlo a completar la acción de salud necesaria.

PERSEVERANCIA

La *perseverancia* está dada por la constancia con que se lleva a cabo el plan de acciones trazado por el sujeto a partir de la toma de decisiones, a pesar de los obstáculos externos que puedan presentarse en el logro de los objetivos. Su contrapartida, la *inconstancia*, hace que el sujeto abandone su objetivo a la menor dificultad.

Mientras que la firmeza depende de que la motivación inicial no decaiga, la perseverancia pudiera fracasar en inconstancia, aun-

que la motivación mantuviera de forma inalterable el interés del sujeto; en este caso, la inconstancia se produce al no querer "pagar el precio" –realizar esfuerzos mayores o soportar grandes incomodidades– a causa de obstáculos externos, cuya magnitud no había sido prevista.

Una de las formas para lograr el desarrollo de esta cualidad volitiva positiva, igual que con las otras ya analizadas –independencia y firmeza–, es el valor que le da el grupo en que el sujeto se socializa a poseerla, así como el rechazo mayor o menor del grupo a los que no la poseen. En el lenguaje popular de nuestro país, a la inconstancia se le llamaba "rajarse", y en aspectos relacionados con las actividades sociales revolucionarias estaba muy mal visto. Sin embargo, hemos visto como sujetos de probada perseverancia en tareas de este tipo parecen en ocasiones entrenar a sus hijos en la inconstancia.

A partir de determinadas necesidades sociales que existían en nuestro país, luego del triunfo revolucionario, se creó un plan coherente de desarrollo de cualidades volitivas positivas en sujetos jóvenes de la población, que se encontraban entre el final de la adolescencia y el principio de su etapa de adultos jóvenes. Ellos marcharon lejos de sus familias durante meses a realizar tareas como la alfabetización, recogida de café en Oriente y otras tareas agrícolas. Ahora, sin embargo convertidos en padres y abuelos creen conveniente visitar al "niño" todas las semanas y en ocasiones dos veces a la semana durante las etapas breves de la escuela al campo (30 ó 45 días), con cantidad de alimentos superiores a las que ingieren normalmente en sus casas. Peor aún, inventan todo tipo de turnos médicos o estomatológicos para separarlos del campamento, aunque sea por 1 ó 2 días, e incluso favorecen que no termine la etapa y no vaya con sus compañeros, en un intento de que no tenga que enfrentar y vencer obstáculos desagradables que son indispensables para lograr terminar con éxito esa tarea, con la que descubren que se puede sobrevivir sin depender constantemente de la tutela de los padres.

Para colmo, es frecuente que el joven no obtenga por esa conducta rechazo de su grupo, e, incluso, recibe el certificado de permanencia al encontrarse justificadas sus ausencias. ¿Será esta la manera más adecuada de desarrollar en ellos perseverancia, firmeza e independencia?

Al analizar el par dialéctico perseverancia-insconstancia debemos aclarar la diferencia entre perseverancia y obstinación (terquedad). Ambos, perseverantes y tercos, son constantes en la continuidad de la tarea que se han propuesto; la diferencia estriba en la flexibilidad de adecuar las acciones para lograr el fin, según los obstáculos que puedan aparecer.

Frente a un muro que interrumpe nuestro paso de forma imprevista, el perseverante normal puede escoger diferentes vías para vencer el obstáculo. ¿Habrá una puerta en el muro que le permita el paso a corta distancia, a su derecha o a su izquierda? ¿Será más económico escalarlo o buscar sus límites para rodearlo? ¿O hacer un túnel? ¿O abrir una brecha? ¿Retrocederá a buscar instrumentos que le permitan el escalo, la brecha o la construcción del túnel? Por su parte, el terco (obstinado) es posible que insista en la primera forma seleccionada sin alternativa de solución: al final puede quedar tan frustrado como el inconstante que se recostó al muro a llorar su desgracia y retornó derrotado por el obstáculo "invencible" para dedicarse a otras cosas. Lo increíble es lo pequeños que pueden llegar a ser los obstáculos "invencibles" del inconstante, y lo "fáciles" de algunas soluciones que el terco nunca ve.

La perseverancia en las acciones de salud reviste una enorme importancia para nuestros pacientes crónicos y también en todas las tareas de prevención primaria –higiene personal, higiene ambiental, costumbres alimentarias, etc.–, que debemos mantener a lo largo de toda la vida.

El trabajador de la salud desempeña un papel decisivo en su labor de estimular al perseverante, ayudar al inconstante a vencer pequeños obstáculos y enseñar al obstinado nuevas formas de llevar a feliz término las acciones de salud que se ha propuesto.

El hecho de que uno de nuestros pacientes viole una vez en el año la dieta que se le ha indicado no lo convierte en un inconstante, ni debe ser considerado una derrota nuestra, si antes de iniciar nuestro trabajo acostumbraba a violarla todos los meses o todas las semanas. El hecho de que la haya violado una sola vez en el año constituye, en este caso, una gran victoria y una prueba de perseverancia que debemos reconocerle.

AUTODOMINIO

El autodominio consiste en que el sujeto es capaz de dominar su propia conducta –vencer los obstáculos internos–, lo que resulta imprescindible para enfrentar con éxito los obstáculos externos.

El autodominio se expresa, sobre todo, en el control de los estados afectivos que pueden obstaculizar nuestra toma de decisiones y nuestra conducta. Por ejemplo, la mayor parte de las personas que deben someterse a una intervención quirúrgica tiene que vencer el miedo que esta le produce, y lo mismo sucede cuando tenemos que acudir al estomatólogo.

En su polo opuesto, *la inseguridad* no le permitirá llegar a ejecutar una decisión, aunque conozca el beneficio que esa acción le reportaría para su salud. Pero el miedo no es el único obstáculo interno que se debe vencer. Cuando las personas tienen que renunciar a conductas que le producen placer o a cosas cuya ausencia lo sume en grandes estados de insatisfacción, se comportan de forma muy similar a cuando enfrentan el miedo al dolor; es por eso que se requiere de un gran autodominio para alejarse de costumbres dañinas para la salud, como el tabaquismo o el alcoholismo.

Quizás de los cuatro aspectos tratados, sea este uno de los más difíciles de modificar cuando brindamos nuestra ayuda profesional al paciente, para lograr cambios positivos en sus actitudes hacia las acciones de salud. No obstante, debemos tener en cuenta que el temor frente a las distintas acciones de salud propuestas no tiene la misma magnitud, ni tampoco son iguales las frustraciones que se producen en los distintos sujetos, cuando estos tienen que renunciar, en aras de la salud, a conductas (costumbres) que le producen satisfacción. Es por esa razón, que el autodominio en la personalidad de nuestros pacientes puede ser suficiente para renunciar a la sal en las comidas, pero no a la costumbre de fumar o viceversa; esta "fuerza de voluntad" no está separada de las consecuencias que ya su salud viene sufriendo.

No es lo mismo apelar al autodominio cuando queremos prever un mal futuro cuando nos apoyamos en el criterio de amenaza del paciente, que si este ya ha sufrido un infarto del miocardio y le pedimos que renuncie al "placer de fumar", o cuando sus cifras de hipertensión ya le producen grandes molestias y temores, y se le recomienda por ello que renuncie al "placer" de comer subido de sal.

Como conclusión, recordaremos una vez más, que estas cualidades, al igual que la personalidad en general, se forman en el proceso de desarrollo del hombre desde la niñez hasta la senectud, y en dicha formación desempeñan un papel primordial el hogar, la escuela, el modo de vida del grupo humano en que se desarrolla, las organizaciones sociales y los medios masivos de comunicación.

14. Interrelación dialéctica de los subsistemas. La toma de decisiones

Fernando Núñez de Villavicencio y Zenaida Leal Ortega

Como en todo sistema, el de la personalidad tiende a mantener el equilibrio de sus componentes (subsistemas) en una estrecha interacción. La modificación de cualesquiera de ellos obliga a los demás a buscar un nuevo equilibrio, lo que quiere decir que constantemente se influyen y modifican unos a otros.

Lo primero que debemos aclarar es que en la realidad cada aspecto de la imagen del mundo viene acompañado del sentido que tiene para cada uno de nosotros. Es decir, que no solo sabemos qué es el objeto, sino que también conocemos los afectos que despierta en nosotros, y al entrar en relación con dicho objeto, sentimos estos afectos. Al tratar de explicar la conducta de un sujeto, resulta inseparable pues, lo que cree que debe o no debe hacer, de los afectos que siente cuando lo hace o deja de hacerlo.

Estos dos subsistemas se influyen constantemente el uno al otro, sea reforzándose cuando creemos que lo que debemos hacer nos produce satisfacción; sea tendiendo a modificarse cuando lo que nuestra imagen del mundo nos señala como actividad correcta nos produce un displacer al realizarla.

Para salir de esta situación de sufrimiento en ocasiones se producirán cambios en nuestra imagen del mundo, que verá como positivas acciones alternativas menos desagradables; también podrán ocurrir cambios en nuestro sentido personal, los que nos permitirán sentir compensaciones afectivas que sobrepasan los aspectos desagradables en el cumplimiento de la tarea. Un ejemplo evidente de estas influencias aparece en la catatimia, mecanismo de defensa del yo, que debido a una gran carga afectiva es capaz de distorsionar nuestras percepciones y los pensamientos que se derivan de ellas.

Cualquier sujeto sometido a cargas afectivas pasionales puede justificar y realizar acciones irracionales, que antes de estar sometido a estos afectos intensos o después de ellos, resultan incompatibles con su imagen del mundo y le parecerían absurdas. No cabe duda de que los estados afectivos pueden dificultar nuestra capacidad de razonamiento, y cuando se mantienen en el tiempo, pueden incluso modificar algunas de nuestras creencias.

De igual manera, cuando cambia la imagen del mundo del objeto amado y nos percatamos de los defectos que la catatimia no nos había dejado ver, o simplemente porque aparecen en él defectos que antes no tenía, la conciencia de esta nueva imagen puede modificar el sentido personal que para nosotros tenía.

Veamos ahora algunos aspectos en relación con la motivación. Lo primero que queremos señalar es que el orden necesidad, motivación, búsqueda del objeto, puede ser subvertido. Al encontrarnos con un objeto de carga positiva en nuestro sentido personal, puede aparecer la motivación, sin que antes tuviéramos priorizada esta necesidad en nuestra escala de motivos. La publicidad, las vidrieras de las tiendas y los supermercados, son pruebas evidentes de cómo el objeto puede despertar motivaciones, lograr que hagamos compras "innecesarias" e incluso crearnos nuevas necesidades.

La relación del subsistema motivación con los subsistemas imagen del mundo y sentido personal es evidente. La mayor parte de nuestras motivaciones y su posición en la escala de motivos dependen de que sean conscientes las necesidades que las producen en nuestra imagen del mundo, así como que estas necesidades tengan un sentido personal importante para nosotros. Siguiendo la dirección opuesta, resulta mucho más evidente aún que los objetos que nos motivan, debido a que resuelven nuestras necesidades básicas y producen una gran satisfacción al resolver esas necesidades y una gran frustración (afecto negativo) al no poder satisfacerlas, se cargan de una gran importancia en nuestro sentido personal e imagen del mundo.

La jerarquía de valores, que como ya hemos explicado se aprende a partir del proceso de socialización que los grupos de pertenencia o referencia ejercen sobre nosotros, se apoya fundamentalmente en la importancia que cada uno de estos valores tiene en nuestra imagen del mundo y en nuestro sentido personal; y marcha, dicha jerarquía de valores, en la mayoría de los casos, en buen acuerdo con nuestra escala de motivos, ya que la jerarquía de nuestras necesidades también ha sido marcadamente influida por la socialización que estos grupos ejercen sobre nosotros.

Pero, sea porque los grupos incorporan en nuestra escala de valores preceptos que son violatorios de necesidades biológicas o sociales, capaces de producir grandes satisfacciones, o porque las circunstancias someten a los sujetos a situaciones límites, en algunas ocasiones aparecen situaciones de conflicto entre nuestra jerarquía de valores y nuestra escala de motivos.

Aunque lo frecuente es que jerarquía de valores y escala de motivos se refuercen y consoliden una a la otra, en este

último caso de conflicto tenderán a modificarse; algunas veces, las motivaciones son de tal intensidad, que creamos justificaciones que nos hacen pensar que nuestra jerarquía de valores anterior estaba equivocada, por lo que consideramos que es aceptable algo que antes era malo, o que es inadmisible aquello que antes considerábamos como bueno. Pero otras veces los valores (principios) son tan fuertes, que el dolor y la culpa que nos produciría violarlos sobrepasan el placer que nos daría la satisfacción propuesta por nuestra escala de motivos, y es, entonces, la escala de motivos la que termina modificándose.

No cabe duda de que la modificación tanto de una escala, como de la otra, provoca sufrimientos en el individuo, pero estos pueden ser aún mayores mientras que el sujeto no logra el nuevo equilibrio y se limita a incumplir con una de las dos.

En cuanto a la autoimagen, unida al sentido personal, permite la autovaloración, y la autovaloración es capaz de producir y modificar el sentimiento de la autoestima.

Si recordamos que de la escala de motivos son sustraídas aquellas búsquedas de satisfacciones que nos parecen inalcanzables, comprenderemos que de la autoimagen, y en especial de la autovaloración, dependerán nuestras aspiraciones –que es una forma de motivación– y nuestro nivel de aspiración.

Es por ello que tiene una gran importancia que el sujeto no se autovalore por encima ni por debajo de sus capacidades reales, porque ello lo llevaría a realizar u omitir actividades, que en ambos casos lo conducirían a la frustración.

Como la autovaloración no es algo que se cambie todos los días y puede durar por largos períodos de la vida, las frustraciones provocados por una mala relación autovaloración-nivel de aspiración suelen ser de gran intensidad, lo que en ocasiones se expresa en las llamadas *crisis del adulto* y *crisis de la involución*.

Tanto en la selección de pareja, como en la selección de amistades, la autoimagen juega un papel importante, ya que las personas establecen sus relaciones más estables, con aquellas otras a las que consideran con cualidades equivalentes a las que se atribuyen a sí mismos en la autovaloración. Los sujetos que se autovaloran por debajo de sus cualidades reales asombran a los demás cuando escogen pareja y amigos. Lo mismo sucede con la selección de carreras de oficio y con la aspiración o negativa a ocupar cargos de importancia.

Todo lo anterior evidencia la estrecha interrelación del subsistema autoimagen con los subsistemas sentido personal, motivación y toma de decisiones en la conducta del individuo.

Resulta más difícil de comprender el hecho de que las personas, en su búsqueda de compañía, pasan una buena parte de su horario libre con personas que de forma reiterada agreden su autoestima, y esta conducta evidentemente patológica, ayuda poco al mejor equilibrio de su salud mental.

TOMA DE DECISIONES

Es en la toma de decisiones donde mejor puede ejemplificarse la interrelación dialéctica entre los subsistemas.

Hemos analizado en los capítulos anteriores el papel de la imagen del mundo, la autoimagen, el sentido personal y la motivación, en la regulación de la conducta. Cómo son ellos los que le dan la razón, sentido y motivo a la decisión que vamos a tomar.

Es de suponer que por estas razones, sentidos y motivos, es que tomamos una decisión y no otra, y que las cualidades volitivas nos permitirán llevar a la práctica las decisiones tomadas.

En la dinámica de su actividad, el hombre hace contacto con la realidad, la refleja en su conciencia y obtiene conocimientos e impresiones afectivas acerca de ella; pero al mismo tiempo, toma decisiones y actúa en una u otra dirección. Así se muestra la unidad e interdependencia entre los procesos cognoscitivos y afectivos y la voluntad. El estudio de la actividad volitiva y la toma de decisiones es a la vez, el estudio de la actuación, en cuya base se encuentran las necesidades del hombre, que aunque no guían directamente su actividad, porque están condicionadas por las exigencias sociales, constituyen su origen.

Las necesidades del hombre no permanecen estáticas, por el contrario, se modifican y amplían del mismo modo que lo hace el círculo de objetos capaces de satisfacerlas.

Cuando la necesidad se vuelve objetiva y el impulso se convierte en deseo hacia un determinado objeto, este se hace consciente, el hombre sabe lo que quiere, y orienta la actividad hacia la consecución de ese fin. Este proceso es premisa esencial de la actividad volitiva, y surge como resultado de la actividad práctica de los hombres. En ella van a participar de forma decisiva la escala de motivos y la jerarquía de valores del sujeto.

La toma de decisiones es una forma de actividad voluntaria que presupone la previa conciencia del fin, a diferencia de la actividad involuntaria, en la cual no hay plena conciencia de su finalidad.

Estas acciones volitivas son acciones conscientes, dirigidas a un fin consciente determinado, y relacionadas con esfuerzos realizados para vencer los obstáculos que se presentan en el camino. En la toma de decisiones, el hombre se subordina a los fines que persigue y que tienen para él una significación mayor. Todas las demás motivaciones que tienen una significación menor, no se expresan como conducta en ese momento. Para que la actividad volitiva se produzca, no es solo indispensable la conciencia de su importancia en nuestra jerarquía de intereses, sino también la valoración de que es alcanzable por parte del sujeto.

Sobre la naturaleza refleja de esta actividad, *Schenov* plantea que la causa primaria de todo acto humano se encuentra fuera del individuo. Este criterio se contrapone a las concepciones idealistas

que intentan negar el carácter causal de la voluntad, al no tener en cuenta que las decisiones las toma el sujeto gracias a la función reguladora de su personalidad, que lo hace apto para la autodeterminación.

La personalidad del hombre se forma de acuerdo con su actividad, la cual se corresponde con su modo de vida, con la época histórica y con el medio social en que se desenvuelve. Los estímulos del medio que actúan sobre él son procesados en relación con las condiciones internas que en él se han formado en el decursar de su vida; las causas externas intervienen a través de las condiciones internas (cuadro 4).

Cuadro 4. *Relación estímulo externo-condiciones internas-respuesta*

Estímulo externo -	Condiciones internas: Imagen del mundo Autoimagen Sentido personal Motivación Cualidades volitivas	- Respuesta

La manera de vivir y las circunstancias que rodean a los hombres están condicionadas causalmente por leyes objetivas del desarrollo social, las cuales, al ser conocidas por el hombre, son tomadas en cuenta en su actuación. En esto radica su verdadera libertad, que no es otra cosa que la capacidad para tomar decisiones con plena conciencia de lo que se trata.

Como se señalaba anteriormente, la jerarquía de valores con sus componentes de imagen del mundo y sentido personal y, en especial en la esfera motivacional del sujeto, están directamente relacionadas con la actividad volitiva de la personalidad.

En la toma de decisiones, el hombre responde a una jerarquía de motivos de entre los que tienen una mayor significación para él, por corresponderse con sus intereses y aspiraciones fundamentales. Con ello no se niega la posibilidad que tienen los hombres de tomar decisiones que respondan a un estado de ánimo pasajero o a motivos de menor significación jerárquica, con conciencia de su responsabilidad cuando estas decisiones afectan el cumplimiento de fines mayores que se ha trazado él o que el grupo espera de él.

La actividad volitiva del hombre presupone la capacidad de ejercer control sobre sí mismo y de reprimir impulsos y deseos que no respondan, en un momento dado, a sus intereses fundamentales.

Toda toma de decisiones para lograr la actividad volitiva presupone los aspectos siguientes:

– **La presencia de un fin consciente y el motivo de la actividad**. Supone la presencia de un objeto material o ideal que se desea. Los motivos pueden ser tanto sociales, como personales. En esta fase se supone que el sujeto haga una valoración de las posibilidades que tiene para alcanzar el fin propuesto.
– **Una fase de reflexión**. Se produce fundamentalmente cuando existen en un mismo sujeto motivos contradictorios con una magnitud parecida en su escala de motivos, debido a su significación (cognoscitiva) y sentido (afectiva) más o menos equivalente. También surge cuando existen varias vías para lograr el fin. En esta fase desempeña un papel fundamental el desarrollo de las cualidades morales de la personalidad (jerarquía de valores). Esto sucede, especialmente, cuando se trata de la lucha entre motivos individuales y sociales que generan conflictos en el sujeto. Por ejemplo, el estudiante ha conseguido una entrada para la función única de un gran espectáculo y tiene, a la vez, una guardia que no ha podido cambiar en el hospital.
– **La toma de decisión**. Puede transcurrir sin dificultades, cuando se produce en un momento en que no hay conflictos en su escala de motivos sobre lo que desea hacer, ni peros de intensidad suficiente en la jerarquía de valores que cuestionen la validez de la conducta que se quiere realizar –y de hecho, esto es lo más frecuente, sobre todo en las decisiones menores, ya que las personas no viven constantemente en conflicto. Pero además, para que no se presente el conflicto, hace falta que al sujeto se le haga evidente, que hay una conducta más lógica y conveniente que las otras conductas posibles para lograr los fines planteados.
– **La ejecución de la decisión**. Puede ser más fácil o más difícil, según la intensidad que haya tenido la lucha de motivos y de acuerdo con la diversidad de vías para resolver el problema, pues aun en este momento, las dudas pueden estar presentes.
– **El esfuerzo volitivo**. Ya que como acaba de señalarse, el solo hecho de tomar la decisión no garantiza que se hayan resuelto los conflictos. A veces ocurre que se requiere un gran esfuerzo de voluntad no solo para tomar la decisión, sino también para ejecutarla. El esfuerzo volitivo puede igualarse al vencimiento de obstáculos externos (objetivos) e internos (subjetivos). Muchas veces, con la sola comprensión de que la decisión tomada responde a principios morales o de utilidad social –conocimiento de la jerarquía de valores del grupo–, no se resuelven los problemas, si dichos principios no han sido incorporados por el sujeto, ni forman parte de sus criterios morales –jerarquía de valores personal.

El sentido (personal) del deber implica que los valores sociales se hayan interiorizado y se hayan transformado en convicciones (imagen del mundo) de la personalidad. Asimismo determina hacia dónde se inclina la balanza en la lucha de

motivos. El éxito alcanzado en esta lucha provoca un sentimiento positivo en el hombre (sentido personal), la conciencia del dominio de sí, de la posibilidad que posee de alcanzar cualquier otro objetivo que se proponga; presupone la superación de contradicciones, que equivale a decir, desarrollo de la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allport, GW (1977): *La personalidad. Su configuración y desarrollo.* Ediciones Revolucionarias, La Habana.

Bustamante, JA (1968): *Psicología Médica,* t.I y II. Ed. Ciencia y Técnica, La Habana.

Dezhidartan, IA (1980): *Acerca del lugar que ocupan las necesidades, las emociones y los sentimientos en la motivación de la personalidad,* Ed. Orbe, La Habana.

Gardner, LH; Frank, D; Amankwaa (1998): *A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases*, Ll Florida State University, School of Nursing, Tallahassee 32306-4310 USA. ABNF J 9(4):89-94, julio-agosto.

González R (1979): *Psicología para médicos generales*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

—— (1983): *Motivación moral en adolescentes y jóvenes,* Ed. Científico-Técnica, La Habana.

González Serra, DT (1972): *La teoría de J. Nuttin sobre la personalidad.* Ediciones Revolucionarias, La Habana.

Greene-J Bound & Nagged (1998) Hosp-Health-Netw, 72(3):24-6, febrero.

J Gerontol-Nurs (1988): "*Nurses know that to change behavior, more than information is necessary. Have you found any motivational strategies that are particulary successful?*" 24(4):51-3, abril.

J Pers Soc Psychol (1999): *Individual differences in social comparison: development of a scale of social comparison orientation.* Gibbons FX, Buunk BP. Department of Psychology, Iowa State University, Ames 50011-3180, USA. fgibbons@iastate.edu,76(1):129-42,enero.

Jorm, AF; Rodgers, B; Jacomb, PA; Christensen, H; Henderson, S et al. (1999): "S*moking and mental health: results from a community*", Med J Aust 18;170(2):74-7, enero ABNF J (1988) 9(4):89-94, julio-agosto.

Leontiev, AM (1971): *Necesidades, motivos y emociones*, Ed. Universidad de Moscú, Moscú.

—— (1981): *Actividad, conciencia, personalidad*, Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Núñez de Villavicencio, F (1987): *Psicología Médica*, t.I, Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Pérez Lovelle, R (1982): *El fin de las actitudes.* Actualidad en Psicología No.1, La Habana.

—— (1983): *Aspectos psicológicos del modo de vida en el marco del problema salud-enfermedad*, Ed. IDS, La Habana.

—— (1983): *Morbilidad y modo de vida*, Ed. IDS, La Habana.

—— (1984): "*El papel de la psiquis en la determinación de la salud,*" Rev Cub de Psicología 1(3):5-13.

——(1989): *La Psiquis en la determinación de la Salud*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

Samarin, IA (1980): *Los conocimientos, las necesidades y las habilidades como base de la dinámica de las capacidades intelectuales*, Ed. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.

Terris, M (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social.* Ed. Siglo XXI, México.

Viliunas, VK (1976): *Psicología de los fenómenos emocionales.* Ed. Universidad de Moscú, Moscú.

PARTE III. TIPOLOGÍAS

15. Personalidad, tipologías y proceso salud-enfermedad

Diana Marjorie Suárez Vera

Desde épocas tan remotas como la de *Hipócrates* (460-357 a.n.e) y la de *Galeno* (131-201 a.n.e) se trató de establecer un vínculo entre las particularidades psicobiológicas de las personas y su predisposición a determinadas enfermedades.

De esta forma se establecieron las primeras asociaciones entre los cuatro fluidos corporales considerados entonces básicos –bilis negra, amarilla, sangre y flema–, sus concomitantes psicológicos y la vulnerabilidad a una u otra afección.

A partir de una estructura conceptual, medularmente diferente, este enfoque tipológico de la personalidad, vinculado por una u otras vías al proceso salud-enfermedad, ha evolucionado hasta nuestros días.

Desde esta dimensión y con un soporte tanto teórico como empírico, con una metodología sólida, consistente y sugestiva, se ha redescubierto un campo auténticamente científico de investigación para la psicología. Este resulta de particular interés, tanto para la indagación epidemiológica como para aquella rama de la psicología que tiene como objeto específico la amplia gama de particularidades, procesos, rasgos y estados psicológicos que inducen o potencian en la familia, en el individuo y en la población conductas saludables. De igual forma condicionan comportamientos favorecedores de morbilidad, y que son consustanciales al estudio del proceso salud-en-fermedad. Como es evidente, se está haciendo referencia a la *psicología de la salud*.

Aunque una gran parte de las investigaciones que avalan los alentadores resultados sobre el tema en estudio no han sido aún replicadas, tienen un enorme mérito. Este es, el de haber demostrado sin lugar a dudas, que las vías que vinculan la personalidad con la salud y con la enfermedad son complejas y parecen estar relacionadas con múltiples variables, lo que ha contribuido en gran medida a dificultar el control riguroso de ellas.

El predominio del paradigma biomédico, centrado en el individuo y en la enfermedad, tuvo una extensa y marcada repercusión en los estudios relativos al papel de la personalidad en la salud y en la morbilidad, tanto en la general, como en la psicológica. Una manera de expresarse esta influencia en el campo de la psicología ha estado dada en los modelos tipológicos conceptualizadores solo como predisponente de enfermedad y no de salud.

No es hasta casi las dos últimas décadas de la segunda mitad del presente siglo, en que comienzan a delinearse modelos de personalidad con rasgos psicológicos que pueden considerarse promotores de estilos de vida saludables. Este cambio fue decisivamente impulsado por el progresivo desplazamiento del esquematismo biologicista en las ciencias médicas, a tenor de la aplicación del modelo biopsicosocial.

Estos tipos de personalidad predisponentes a la salud, de manera abierta o implícita, se hipotetizan como estimuladores de la formación en el individuo de un sistema de respuestas emocionales positivas. Dicho sistema, como se hará referencia posteriormente, incluye en su propia esencia patrones estables de reacciones fisiológicas inductores de procesos biológicos que parecen tener un efecto positivo sobre los procesos regenerativos del individuo.

Actualmente y de manera general, puede considerarse que las tipologías de la personalidad se orientan en dos grandes direcciones. Una de ellas enfatiza en el hecho de que cualquier patrón de personalidad considerado patológico puede ser predictor de una mayor vulnerabilidad del sujeto hacia cualquier enfermedad. Es decir, en esta concepción la personalidad predispone al individuo hacia una mayor morbilidad general.

La otra dirección, por el contrario, sustenta el carácter predictor de determinados patrones de personalidad, respecto a un incremento de la vulnerabilidad del sujeto en relación con las enfermedades específicas. Tal es el caso, por ejemplo, de la enfermedad arterial coronaria y el patrón tipo A, tal y como es concebido en el presente. De igual forma ocurre con la personalidad tipo C de Temoshok (1987), y la predisposición al cáncer.

Otros autores, entre ellos *Grossarth-Maticek* y *Eysenck* (1990), elaboraron una tipología de personalidad que incluye cuatro tipos: la personalidad tipo 1 o predispuesta al cáncer, la tipo 2 o predispuesta a la enfermedad arterial coronaria, la personalidad tipo 3 o ambivalente y la tipo 4 o autónoma, que en esta concepción predispone a la salud.

Aunque esta tipología no constituye objeto de análisis del presente trabajo, en una investigación prospectiva realizada con una amplia muestra de sujetos en Europa, demostró suficientemente ser predictora tanto de cáncer como de enfermedad coronaria.

ALGUNOS TIPOS DE PERSONALIDAD

PREDISPUESTOS A LA SALUD

Uno de los modelos de personalidad concebidos como predisponentes a un buen estado de salud es la llamada personalidad *hardiness*, que integra un patrón caracterizado por su fortaleza, por su sentido de la responsabilidad consigo misma, por la capacidad del individuo para enfrentarse con éxito a la realidad y controlar las demandas y estresores ambientales e interpersonales.

Este tipo de personalidad parece correlacionar significativamente en diferentes estudios experimentales realizados, con el incremento en la actividad de las células *Natural Killer* (NK), importante indicador inmunológico en los seres humanos.

Estos hallazgos sustentan la hipótesis de que los individuos con este patrón de personalidad son menos vulnerables a aquellas enfermedades en las que la inmunidad parece estar más comprometida.

Personalidad self-healing (autocurativa). Caracteriza a individuos que se distinguen por su energía, capacidad de respuesta, equilibrio emocional, seguridad, y constructividad, viveza y alegría. Mantienen relaciones cercanas y positivas con otras personas, saben utilizar vías adecuadas para solucionar sus problemas y tienen un buen sentido del humor, que tiende más a la filosofía que a la hostilidad.

Los conceptualizadores de este tipo de personalidad, *Friedman* y *VandenBos* (1992) describen conductualmente a estos individuos, como personas que muestran de modo habitual, una sonrisa natural y los movimientos de sus ojos, cejas y boca son sincrónicos y no forzados.

Son personas sanguíneas, entusiastas, que tienen gestos suaves y que son menos aptos para adoptar posturas corporales agresivas. Caminan suavemente y de igual forma hablan, y muestran menos trastornos en el lenguaje y un tono de voz más modulado.

Los individuos de los modelos anteriores son positivos, constructivos y productivos; muestran motivos y objetivos bien orientados en relación con ellos mismos y con las demás personas.

ALGUNOS TIPOS DE PERSONALIDAD PREDISPUESTOS A LA ENFERMEDAD

Patrón tipo A. Fue justamente a partir de las observaciones clínicas realizadas en enfermos con trastornos cardiovasculares, cuando en 1974 dos cardiólogos norteamericanos, *Meyer Friedman* y *Ray Rosenman*, describieron el llamado patrón de conducta tipo A.

Bajo esta denominación caracterizaron a aquellos individuos que mostraban en sus relaciones interpersonales marcada impaciencia, urgencia temporal, realizaban esfuerzos excesivos por lograr sus objetivos, eran muy competitivos, exhibían una fuerte hostilidad, lenguaje explosivo y manerismo motor.

Luego de un estudio con 3 500 sujetos, que se extendió durante algo más de 8 años, estos demostraron una bien definida relación estadística entre este patrón tipo A y la aparición de muerte súbita, infarto agudo del miocardio y angina.

Al mismo tiempo concibieron como patrón tipo B a aquellos individuos que exhibieron solo de manera discreta algunas de las referidas características del patrón tipo A, y que, en consecuencia, estaban menos predispuestos a padecer enfermedades coronarias, tal y como se mostró en el referido estudio.

Investigaciones realizadas posteriormente posibilitaron establecer la hipótesis de que la hostilidad es el elemento fundamental o tóxico del patrón tipo A, de acuerdo con los criterios de *Contrada*, *Leventhal* y *O´Leary* (1992).

Según el criterio de estos y otros autores, el patrón tipo A, tal y como y se concibe actualmente se caracteriza por la hostilidad como elemento central. Esta incluye patrones de lenguaje vigorosos expresados en un lenguaje rápido y acelerado, entonación verbal explosiva y corto período de latencia en las respuestas, así como manerismo motor.

Se acepta en calidad de hipótesis que el patrón de conducta tipo A, que desarrollan determinados individuos como forma más o menos estable y constante de interactuar con el estrés interpersonal, en particular los retos y desafíos, es promotor de enfermedad arterial coronaria, sustentada en una hiperreactividad fisiológica.

Esta disfunción fisiológica afecta tanto al sistema simpático adreno medular (SAM), como al sistema pituitario adreno cortical (PAC). No obstante las respuestas fisiológicas del primer sistema mencionado (SAM), por estar mediadas simpáticamente, parecen tener más peso en la asociación patrón tipo A —enfermedad arterial coronaria.

En resumen, el patrón tipo A se considera promotor de aterosclerosis coronaria, hipertensión arterial e infarto del miocardio, ya que provoca en el individuo una hiperreactividad simpática en respuesta a estresores psicosociales, así como probablemente por inducir una mayor frecuencia y duración de dicha actividad simpática, y en lo esencial por las repercusiones de esta en el sistema cardiovascular.

Personalidad patrón tipo C. Es considerada como un tipo de personalidad que predispone al cáncer, y que es al mismo tiempo opuesta al patrón tipo A.

Los individuos con personalidad tipo C se caracterizan por ser muy conciliadores, poco afirmativos, pacientes y evitadores de conflictos interpersonales. Tienen una represión crónica de las emociones negativas, en particular el miedo y la ira, y experimentan ante el estrés interpersonal, desamparo y desesperanza crónicos.

Estos han sido aprendidos durante la vida bajo la influencia de la constelación familiar y utilizados de manera estable, aun cuando el individuo no sea consciente de ello.

Este conjunto de características psicológicas hipotéticamente provoca por una parte una disminución o deterioro mantenido de importantes indicadores de la inmunidad, mecanismo que parece participar en la promoción, progresión y recurrencia del cáncer. No obstante, se plantea también a modo de hipótesis una mediación inicial por factores constitucionales.

Por otra parte, el desamparo y la desesperanza pueden provocar indirectamente conductas que deterioran la salud y que tienen efectos en la aparición de carcinógenos, lo que contribuye más a deteriorar la inmunidad y provocar daños en el ADN, tal y como señalan *Contrada, Leventhal y O´Leary* (1992).

La supresión de las emociones negativas, en especial el miedo y la ira, es considerado el elemento central de este patrón de personalidad.

Cabría preguntarse, qué ocurrió con el valor predictivo de vulnerabilidad específica en aquellos individuos que sufren al mismo tiempo de una enfermedad cardiovascular y de una neoplasia maligna. Para explicarlo, tomaremos como referencia la **teoría de las emociones** de *Lazarus et al*. A partir de ella se intentará su aplicación en la interpretación de la vida humana.

Antes, es preciso remitirse a las concepciones tipológicas de avanzada, entre estas la ya mencionada de *Grossarth-Maticek y Eysenck* (1990). La construcción teórica de esta concepción tipológica de la personalidad halló confirmación empírica, validada estadísticamente, para cada uno de los tipos estudiados: es decir, la personalidad tipo 1 "subestimulada o predispuesta al cáncer", la tipo 2 "sobreexcitada o predispuesta a la enfermedad arterial coronaria", la tipo 3 "ambivalente" y la tipo 4 o "autónoma".

Interesa en particular, en relación con el problema en cuestión, el análisis de la personalidad tipo 3 o "ambivalente". De acuerdo con los autores es relativamente saludable, en tanto varía en forma continua de las reacciones del tipo 1 a las del tipo 2, y viceversa. Es decir, determinados objetos, personas o ambos, son altamente valorados desde el punto de vista emocional y son considerados como la causa principal de felicidad, aunque su fracaso en la relación con ellos provoca sentimientos de desamparo y desesperanza, característicos de la personalidad tipo 1. En otras situaciones, estos mismos objetos y personas son considerados la causa fundamental de infelicidad; no obstante, el fracaso al querer desprenderse de ellos les provoca ira, hostilidad y sobreexcitación, precursores de enfermedad coronaria.

De acuerdo con esta teoría, este tipo de personalidad "ambivalente" hace a los individuos más resistentes y menos vulnerables tanto al cáncer, como a la enfermedad coronaria.

Una inversión de los mecanismos que supuestamente propician esta resultante en lo relativo a la salud y a la enfermedad posibilitaría una explicación plausible respecto al papel de los factores psicológicos y sociales, en la aparición en una misma persona de cáncer y de enfermedad arterial coronaria, a lo largo de la vida, hecho que por lo demás no es del todo infrecuente.

En este análisis es esencial tener en cuenta que las tipologías, como cualquier taxonomía, son aproximaciones teóricas a la realidad y no la realidad misma.

El hombre es un sistema, y lo que ocurre en cada uno de los subsistemas que lo integran afecta a los restantes y viceversa. Es por ello que si bien se debe tener cautela al abordar las tipologías, de igual forma se debe ser consecuente con el paradigma biopsicosocial, expresión teórica de la esencia real y social del hombre.

Con este enfoque, se propone en calidad de hipótesis la participación en la enfermedad arterial coronaria de dos importantes sistemas de estrés: el SAM y PAC. El mismo enfoque podría hacerse extensivo al cáncer, en que el sistema PAC parece desempeñar un rol protagónico, aunque pueden, y de hecho deben participar, ambos sistemas, bajo la influencia de factores psicosociales y en respuesta a estos. De igual forma, ocurre con el sistema inmune, el sistema de péptidos y en particular aquellos que son precursores de los neurotransmisores, algunos de los cuales como la linfokina han demostrado sus efectos en el tratamiento del cáncer (*Smedley et al.*, 1983:262).

Por otra parte, no puede ignorarse el hecho de que cada persona a lo largo de su existencia, y a partir de su experiencia individual, elabora un conjunto de herramientas psicológicas, en cuyo proceso influye y participa la familia, la escuela, otros grupos sociales y la sociedad, a través de todos ellos y de otras instituciones.

Estos instrumentos psicológicos, elaborados, aprendidos por el sujeto con mayor o menor éxito real y autopercibido van a servirle de manera relativamente estable, durante períodos más o menos largos de la vida, para encarar y solucionar las demandas que su existencia comporta.

Dichos instrumentos psicológicos tendrán una mayor estabilidad en tanto la personalidad se consolida, y dichas herramientas demuestran su efectividad al sujeto-real, autopercibida, él lo evalúa y se propone reajustarlas o perfeccionarlas en diferentes esferas y situaciones de la vida.

En este proceso, el individuo crea su propia familia e interactúa "a su forma" en la sociedad, a través de determinados grupos, dentro de los cuales, y después del grupo familiar, cabría citar por su importancia e influencia el laboral.

En el propio proceso de construir la vida, surgen emociones que conforman un sistema que integra valoraciones cognitivas, condición necesaria y suficiente para que aparezcan patrones de reacciones fisiológicas e impulsos para la acción (*Folkman y Lazarus*, 1988 y *Smith y Lazarus*, 1993). Este complejo

psicofisiológico, como es sabido, puede predisponer a la salud o a la enfermedad al individuo.

Las emociones negativas que muestran tendencia a la cronicidad durante la vida, llegan a serlo. Constituyen una expresión de la valoración personal del individuo de que su interacción con la realidad supone una amenaza con una frecuencia mucho mayor a la esperada, real, autopercibida o ambas, para el bienestar y la autoestima de él, de sus íntimos o de ambos, que le obliga a sobreesfuerzos crónicos para sobrevivir en ella.

Las emociones negativas son también expresión de la evaluación personal de la realidad por el individuo, en calidad de obstáculo vital para la realización de sus motivaciones y para el logro de objetivos esenciales.

Expresan, además, el fracaso personal autopercibido, generalizado en mayor o menor grado, en el encuentro y en el control necesario y suficiente, de las demandas inter e intrapsíquicas.

Estas emociones negativas cuasi-crónicas surgen a partir de las valoraciones cognitivas (*Smith* y *Lazarus*, 1993) antes, durante y después de los encuentros sujetos-demandas; a pesar de su cronicidad, en su momento y aún en muchos casos, pueden ser modificadas, tanto las emociones como las valoraciones cognitivas iniciales que le dan origen, el resto de los componentes psicofisiológicos y la expresión conductual de la emoción.

Esta última aseveración ha sido suficientemente demostrada en los trabajos de *Eysenck* y *Grossarth-Maticek* (1991) con la utilización de su **terapia conductual creativa novedosa o entrenamiento de la autonomía**, encaminada con éxito a evitar profilácticamente la muerte por cáncer y por enfermedad coronaria en sujetos predispuestos a dichas enfermedades.

La perdurabilidad y estabilidad –a lo largo de la vida o en situaciones claves para el bienestar actual y futuro del sujeto– de este complejo emocional, en el que se integra lo cognitivo, lo afectivo, lo fisiológico y lo volitivo, pueden ser predictoras de un aumento de la susceptibilidad psicológica a las enfermedades, y en particular a algunas de ellas.

El incremento de la vulnerabilidad psicológica está dado por la calidad de estas emociones, por la valoración del propio sujeto de sus emociones, por el costo de las emociones y de su valoración para la autoestima, y por las descargas fisiológicas que producen y que adquieren una tendencia a la cronicidad.

Este conjunto, desde el punto de vista de la repercusión biológica que alcanza, significa un avivador, que al parecer mantiene en estado de alerta a los procesos degenerativos del organismo. Dicha alerta puede ocurrir de manera selectiva, indiscriminada o de ambas formas, en diferentes situaciones o en diferentes momentos de la vida.

Pero sin dudas, lo psicológico y lo social tienen un papel determinante, así como un impacto en la promoción de determinados estados fisiológicos. Algunos de estos estados son positivos y están asociados a la salud; otros son fisiopatológicos, y generadores de la ruptura y de la pérdida del equilibrio y del bienestar que la salud en los seres humanos tipifica.

Dentro de estas expresiones de desequilibrio y ruptura, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan las primeras causas de muerte en el primer mundo. De ahí, la importancia de elucidar las vías y mecanismos de carácter psicológico y social que participan de una u otra forma en la aparición de estas dos enfermedades crónicas no transmisibles, cuya incidencia ha ido cada año en aumento en el mundo desarrollado.

16. Algunos rasgos de la personalidad de interés clínico

Fernando Núñez de Villavicencio

En una personalidad normal pueden verse en equilibrio rasgos que se estudiarán después como pertenecientes a las personalidades patológicas. Así podremos encontrar dentro de una personalidad normal, rasgos esquizoides, paranoides, compulsivos, sociopáticos, histéricos y dependientes.

Los estudiantes que desconocen lo anterior, cuando se enfrentan con la descripción de personalidades patológicas y descubren en ellas rasgos que poseen ellos mismos y sus compañeros, tienden a clasificarse a sí mismos y a los demás como personalidades patológicas; pues desconocen que estos rasgos en equilibrio son también componentes de la personalidad normal, y que solo se considera personalidad anormal o enferma, desde el punto de vista biopsicosocial, aquella que produce sufrimiento para el individuo o para la sociedad. Incluso cuando el equilibrio no es perfecto, y desde el ángulo de normalidad ideal ya esta –la normalidad– se hubiera perdido por el predominio de algún rasgo sobre los otros, el criterio médico aun puede no ser el de enfermedad; ya que, repetimos, solo se considera anormal una personalidad en los casos en que los rasgos son muy exagerados y llegan a tal grado de desequilibrio que se encuentran prácticamente detrás de cada una de las actitudes del sujeto y alteran el buen ajuste biopsicosocial.

A continuación analizaremos algunos de los rasgos característicos de las personalidades patológicas que se estudiarán en detalle en los próximos cursos, a fin de explicar cómo pueden integrarse parte de ellos dentro de la personalidad normal sin romper el equilibrio inherente a esta, e incluso ser de utilidad para la mejor adaptación del sujeto.

RASGOS COMPULSIVOS

- Mucha organización y orden.
- Limpieza.
- Dificultad para adaptarse a los cambios y para tomar decisiones rápidas.
- Perfeccionismo.
- Rigidez: "las cosas pueden ser de una sola forma".
- Tendencia a no delegar responsabilidades: "las cosas para que se hagan bien tiene que hacerlas uno mismo".
- Capacidad para trabajar en forma intensa.

Los rasgos de orden, organización y limpieza, la tendencia a la perfección, cuando no se exagera, y la posibilidad de trabajar intensamente, son muy positivos para la adaptación biopsicosocial del sujeto, siempre que no aumenten en forma desmedida la rigidez, el perfeccionismo, la dificultad de adaptarse a los cambios, la tendencia a no delegar tareas, así como la duda a la hora de tomar decisiones rápidas. Aun en personas en las que estos rasgos predominan ligeramente sobre los otros, se puede mantener la normalidad si el rol que tienen que desempeñar es escogido de forma adecuada. Pudieran ser buenos bibliotecarios, topógrafos o jefes de estados mayores, mientras que harían un mal piloto de MIG, un mal dirigente o jefe de tropas.

Cuando esta personalidad se descompensa hacia lo patológico por estar muy marcados estos rasgos, el individuo puede llevar la limpieza de sus manos, por ejemplo, hasta lastimárselas de tanto lavarlas, y sus dudas, hasta chequear y re- chequear indefinidamente una parte del trabajo que ha hecho, en su afán de perfección, sin llegar jamás a terminarlo.

RASGOS PARANOIDES

- Desconfiado.
- Agresivo.
- Litigante: "discutidor", suele "llevar a niveles superiores" sus demandas o querellas.
- Tiende a sentirse agredido u ofendido. Piensa que los demás lo quieren perjudicar.
- Autoritario y dominante.
- Dificultad para reconocer sus faltas y defectos; suele responsabilizar a los demás de sus dificultades.
- Tendencia a la proyección: ve en los demás los defectos que él tiene.

En el ajuste de un individuo es necesario cierto nivel de rasgos paranoides. Por ejemplo, un grado sano de desconfianza permite prever y evitar muchos peligros; el ser autoritario es con frecuencia necesario en un jefe, a fin de mantener la disciplina, siempre que no se convierta en un déspota; una dosis moderada de agresividad resulta muy útil en la interacción con el medio.

Una persona con un ligero predominio de rasgos paranoides puede ser muy útil, por ejemplo, para detectar una acción enemiga desde un punto de vista político y para prever las posibilidades de defensa ante las situaciones adversas; será negativo en todo cargo que exija una relación cordial y suave con otras personas. También suele caer en excesos de autoridad si se le da una jefatura.

Sin embargo, cuando el desequilibrio es mayor, predomina la falta de autocrítica, la susceptibilidad extrema, la agresividad excesiva y la tendencia de ver y culpar a los demás con los defectos y faltas propias; en estos casos, se dificultan la adaptación social y las relaciones interpersonales, por lo cual se considera que existe ya una personalidad enferma paranoide.

Cuando hay descompensación de rasgos paranoides, el hombre, ya enfermo, puede sentirse perseguido sin razón, ante lo cual su agresividad se exacerba y lo lleva, en ocasiones, a peleas injustificadas, así como le impide la convivencia en sociedad.

RASGOS ESQUIZOIDES

- Poca sociabilidad. Le gusta estar solo; no comparte los gustos y criterios de la mayoría.
- Tendencia a la ensoñación y la fantasía.
- Frialdad emocional en el exterior, aunque interiormente sea sensible.
- Dificultad en las relaciones interpersonales. Los otros con frecuencia no lo comprenden y lo ven "raro" y tímido.
- Tendencia a filosofar. Ama la lectura, el arte y la poesía.
- Terquedad manifiesta.

Los rasgos esquizoides aparecen en equilibrio con los otros de la personalidad en cualquier persona normal; incluso un predominio moderado de estos rasgos puede no ser patológico, ya que permite enfocar la realidad desde puntos de vista originales, no trillados por la mayoría, lo cual, unido a la imaginación, puede dar como resultado una obra artística o científica valiosas.

La terquedad del sujeto le permite defender su punto de vista contra la opinión ajena, lo cual es adecuado si tiene la razón, pero resulta un serio obstáculo cuando se equivoca. Su tendencia a filosofar lo lleva a veces a ser inefectivo en la práctica. Su frialdad emocional le permite aplicar inexorablemente la lógica racional, pero le impide llevar hasta los demás el hecho de que tiene razón, porque no sabe convencer y su dificultad interpersonal lo aísla.

Una persona con un ligero predominio de los rasgos esquizoides puede ser buen artista o resistir con facilidad trabajos que requieren mucha soledad, lo que a otras personas más sociables les costaría mucho esfuerzo. Por el contrario, será mal líder y, en general, tendrá dificultades en todo trabajo que requiera relaciones sociales adecuadas.

Cuando el esquizoide se descompensa puede caer en *autismo*, es decir, en la tendencia a aislarse de lo que le rodea, a desconectarse de la realidad, o a separarse por completo de lo establecido por los patrones de su sociedad.

RASGOS HISTÉRICOS

- Teatralidad.
- Labilidad emocional: pasa de un estado de ánimo a otro con facilidad y rapidez.
- Superficialidad.
- Egocentrismo: quiere en todo momento ser el centro de atención y trata de atraerla hacia sí de cualquier forma.
- Narcicismo: presta gran atención a su apariencia externa, las mujeres suelen ser provocativas y coquetas.
- Facilidad para sufrir "crisis nerviosa": llantos, gritos, desmayos, etc.
- Facilidad para adaptarse a distintos ambientes (mimetismo).

Los elementos histéricos bien administrados tienen también su aspecto positivo en la personalidad. La facilidad para cambiar de estado de ánimo es en ocasiones muy necesaria; también lo es cierta dosis de preocupación por el aspecto físico y el vestuario. El deseo de llamar la atención hace con frecuencia desarrollar dotes artísticas de tipo interpretativo —recitadores, cantantes, actores—, lo cual permite retener el interés del auditorio.

El mimetismo, es decir, la facilidad "para no desentonar" en ningún medio, hace a estos sujetos simpáticos y bien recibidos, pero si estos rasgos se acentúan desproporcionadamente, son en extremo negativos, pues dan como resultado una persona superficial, exagerada, plegada totalmente al medio, hasta el extremo de que ya no se sabe cuál es su verdadera personalidad; el sujeto es caprichoso y voluble, de manera que a la menor presión desagradable sufre una crisis de llanto o se desmaya.

Las personalidades histéricas, cuando se descompensan, pueden desarrollar síntomas físicos de origen psicógeno —ceguera, parálisis, etc.—, o disociaciones —doble personalidad, crisis frecuentes de pérdida del conocimiento, entre otros.

RASGOS DEPENDIENTES

Todo ser humano equilibrado, frente a la imposibilidad de abastecerse por sí solo en todas sus necesidades, se organiza socialmente. Luego, en un grado mayor o menor, biológica y psicológicamente, depende del esfuerzo de otros, y él lo sabe.

En nuestra sociedad, donde los compañeros no deben ser vistos como enemigos que compiten, la ayuda, la cooperación y el trabajo en equipo son deseables y el no ser remiso a aceptarlo es útil. Esta realidad de dependencia social es normal, y la ausencia total de estos rasgos conduciría al individualismo extremo y la autosuficiencia.

Pero en la práctica en psicopatología, no es esto lo que se llama dependencia. Es cuando estos rasgos se exageran y provocan que el sujeto no solo sienta que es incapaz de valerse por sí mismo, sino que, además, le resulta imposible aportar la parte que le corresponde al grupo humano del que tanta ayuda y apoyo reclama.

El dependiente se torna parásito psicológico de la persona de la que depende, al precio de quedar sometido a su autoridad. Esta situación normal en el niño, empieza a ser cada vez más indeseable a medida que avanza la adolescencia hasta que llega a ser patológica e intolerable para el adulto joven normal. En estos casos, las primeras conductas de dependencia se establecen con los padres o figuras sustitutas, los que ayudarán a que se superen a medida que el individuo se desarrolla y madura, o, por el contrario, a que se refuercen y queden establecidas, lo cual dificulta la maduración definitiva del sujeto.

Las dependencias más frecuentes son con respecto a las figuras parentales, aunque, como es lógico suponer, el sujeto con estos rasgos muy marcados en su personalidad establece este tipo de relación también con su pareja e incluso con sus compañeros de estudio o trabajo.

Cuando la dependencia se produce entre el hijo varón y la madre, las inconsecuencias en el comportamiento social son más graves, y la dificultad de adaptación y el desequilibrio de la personalidad, más evidentes. No es raro ver entonces a un dependiente preguntando qué camisa se pone y dejándose influir, incluso, en la elección de pareja.

El verse separado de las figuras con las que tiene establecida su dependencia, constituye para el dependiente una de las situaciones más terribles y en ocasiones insoportables. Por eso no es extraño ver entre los alumnos jóvenes, algunos que no resisten largas separaciones de la casa de sus padres, y se ven afectados en su rendimiento docente por esta situación.

Por todo lo anterior, es conveniente una integración temprana a la macrosociedad –círculos, jardines y actividades pioneriles.

RASGOS SOCIOPÁTICOS

Para terminar con este breve bosquejo de los rasgos de personalidad desde el punto de vista clínico, se abordarán a continuación los rasgos sociopáticos, los cuales cuando aumentan y rompen el equilibrio de la personalidad normal, ocasionan una personalidad patológica (sociopática). Este desequilibrio consiste en que el sujeto transgrede las normas establecidas por la sociedad sin sentir culpa por ello, por lo que este tipo de alteración es una de las más indeseables desde el punto de vista social.

Las alteraciones sociopáticas se deben a una mala incorporación de los valores sociales, sea por déficit, o porque incorporan otros contradictorios, debido a que su grupo de pertenencia o referencia está compuesto por sujetos que no comparten los criterios de la sociedad en cuanto a qué actitudes constituyen un valor social. En este grupo se encuentran los viciosos, los delincuentes y los sujetos con trastornos sexuales de magnitud social.

Ahora bien, ¿qué sucedería cuando una dosis moderada de estos rasgos sociopáticos aparecen en un individuo, sin romper su equilibrio de personalidad y sin sufrir estas alteraciones patológicas? Antes de responder esta pregunta debemos aclarar que, tratándose de rasgos cuyo marcado predominio crea un rechazo social, y su diagnóstico, fuera del ámbito médico, lleva toda la carga afectiva de un insulto, es lógico suponer que la contraparte dialéctica positiva que puedan tener no se le debe conocer con el nombre de rasgos sociopáticos.

Sin embargo, en un sujeto normal es positivo que no incorpore de forma rígida, permanente y fanática todo lo que de niño le enseñaron como valor. Si en el transcurso del desarrollo social el hombre no hubiera sido capaz de ir reconociendo y abandonando todos los valores caducos que el avance de la ciencia y la sociedad van demostrando que son falsos, si el deseo de investigar, de crear e innovar no fueran en el hombre superiores a la obediencia fiel de las creencias y valores de sus antepasados, él estaría renunciando a la esencia misma que le permite ser revolucionario.

Pero aclaremos una vez más que esta vertiente positiva de toda personalidad normal no debe incluirse bajo el epígrafe de rasgos sociopáticos, este nombre queda exclusivamente para los desequilibrados patológicos que rompen con las pautas establecidas por la sociedad, sin producir ningún beneficio ulterior a ella, en el contexto de una ideología revolucionaria.

Si no se tiene presente lo anterior, se caería con facilidad en el error, tan frecuente entre algunos psiquiatras norteamericanos, de clasificar como sociópatas a los revolucionarios y progresistas, por tratarse de personas que quieren romper el orden social establecido.

En estos ejemplos se puede ver cómo los límites entre las personas normales y las patológicas son imprecisos, e insistimos en que los desequilibrios cuantitativos –grupos de rasgos marcados que predominan sobre el resto– o cualitativos –expresión de un rasgo muy patológico o un síntoma, por ejemplo, el autismo– son los que al impedir el ajuste biopsicosocial, conducen al diagnóstico de una personalidad patológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Contrada, RJ; Leventhal, H y O´Leary, A (1991): *Personality and health. In Pervin*, LA (ed.). Handbook of Personality. Theory and Research, New York, Guilford.

Kobasa S et al. (1981): *Personality and constitution as mediators in the stress-ilness relationship*, J of Health and Social Behavior, 22:368-78.

Friedman, HS y VandenBos, GR (1992): *Disease-prone and self-healing personalities*, Hospital and Community Psychiatry, 43(12).

Grossarth-Maticek, R y Eysenck, HJ (1990): *Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory*, Psychological Reports, 66: 355-373.

Eysenck, HJ y Grossarth-Maticek, R (1990a): *Creative Novation Behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease*, Part I- Description of a treatment, Beh Res Ther 29(1):1-16.

——— (1990b): *Creative Novation Behavior therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary hear disease*. Part II- Effects of treatment, 29(1):17-31.

Folkman, S y Lazarus, R (1988): "*The relationship between coping and emotion Implications for theory and research.*" Soc Sci Med, 26(3): 309-317.

Smith, CA y Lazarus, RS (1993): *Appraisal components, core relational themes and the emotions. Cognition and emotion, 7* (3-3): 233-269.

Smedley, H; Katrak, M; Siroka, K y Wheeler, T (1983): *Neurological effects of recombinant human interferon*, Brit Med J, 286: 262-64.

PARTE IV. ASPECTOS DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL

17. Conceptos de la psicología social

Guillermo J. Ruiz Rodríguez

ACTITUDES

Las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, y personas o grupos. Se forman a lo largo de la vida; son un producto del largo proceso de socialización por el que atraviesa todo hombre y resultado del aprendizaje, de la experiencia, del incesante intercambio social que se opera en el individuo durante el proceso de transformación de la realidad objetiva.

Las actitudes no se observan a simple vista, sino que se infieren por la manera de reaccionar de las personas. Es conveniente distinguir las actitudes de las opiniones, o de lo que una persona estima en un momento determinado.

La opinión no implica un compromiso afectivo. Esta es fácil de transformarse, de cambiarse, pues solamente ocupa el plano cognoscitivo.

La actitud es más difícil de cambiar, pues comprende una dimensión afectiva. En ella se está a favor o en contra de algo, mientras que la opinión es neutral en ese sentido. En las actitudes pueden apreciarse tres aspectos:

- **Objeto**. Aquello frente a lo cual el sujeto reacciona; pueden ser personas, instituciones, ideas, objetos, etc.
- **Dirección**. Va desde la aceptación total hasta el rechazo más profundo; indica si es a favor o en contra de algo.
- **Intensidad**. Implica la fuerza de la dirección, en qué medida se quiere o acepta, o se odia y rechaza.

Por otra parte, las actitudes, como son formas de sentir, pensar y actuar, tienen tres componentes:

- **Afectivo**. Es un componente muy importante de la actitud, pues le da el carácter emocional.
- **Cognoscitivo**. Son los conocimientos que se poseen del objeto de la actitud.
- **Conativo**. Es lo que el sujeto hace, su conducta, su forma de actuar; ayuda si está a favor y agrede si está en contra.

Cuando hay correspondencia entre estos tres componentes, se dice que la actitud es consistente. A veces hay contradicción entre ellos, entonces la actitud es inconsistente. Por ejemplo, una mujer sabe lo que es el cáncer, y que si se hace la prueba citológica, se puede detectar a tiempo cualquier proceso maligno en el útero. Si se somete a la prueba tiene una disposición positiva hacia su ginecólogo y hacia su hospital; de lo contrario, decimos que su actitud es inconsistente.

Las actitudes no se transforman tan fácilmente como las opiniones. Hay dos procesos que explican esta dificultad.

- **Selectividad perceptual**. Tendemos a percibir lo que está en consonancia con nuestras características educativas, personales, etc. Por ejemplo, si una persona está acostumbrada a hablar en alta voz, pues durante su proceso de socialización todos en su familia hablaban con este tono, es posible que sea incapaz de percibir el letrero del hospital que invita a hablar en voz baja.
- **Retirada**. El individuo tiende a retirarse, a no participar de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable o doloroso. Por ejemplo, el sujeto que teme a la "maquinita" del estomatólogo tiende a rehuir no solamente a la clínica, sino también a cualquier artículo o literatura sobre el tema que lo desagradó.

PREJUICIOS O ESTEREOTIPIA

El prejuicio o estereotipia puede considerarse como el **anquilosamiento de la actitud**. Cuando a lo largo del tiempo la reacción ante el objeto de la actitud no cambia, no se modifica, esta se hace reiterada y fija. En los prejuicios, el componente afectivo constituye casi la totalidad del mecanismo de reflejo de la realidad, pues el sujeto actúa sin tomar en consideración los factores objetivos.

En el campo de la salud son muchos los prejuicios que existen, como por ejemplo, respecto a determinados medicamentos y a conductas como la de no bañarse inmediatamente después de comer.

CÓMO MODIFICAR LAS ACTITUDES Y LOS PREJUICIOS

Una de las tareas fundamentales del médico, y en particular del médico de familia, consiste en lograr que la población modifique actitudes y prejuicios que resultan perjudiciales para la salud. A continuación se exponen algunos aspectos que pueden ayudar a lograr este empeño.

- **Cambiar de colectivo**. Si una persona tiene una actitud negativa hacia la higiene, por ejemplo, pero logramos que comience a formar parte y a identificarse con un grupo que valora dicho aspecto, es casi seguro que paulatinamente vaya modificando su actitud negativa. Numerosas investigaciones han demostrado que el colectivo ejerce una influencia positiva sobre el sujeto. De ahí que resulte de gran utilidad la acción que puede ejercer un grupo a favor del cambio de actitud en una persona individualmente.
- **Mantener un contacto reforzado con el objeto de la actitud**. Si el objeto de la actitud del sujeto es, por ejemplo, una persona, el vincularse a esta en situaciones diferentes –no solamente oficiales, sino también sociales–, contribuye a cambiar la imagen y la actitud hacia ella. Es decir, cuando se participa conjuntamente en fiestas o en movilizaciones a la agricultura, es corriente ver como se modifica de manera paulatina la imagen inicial que uno tiene de una persona.
- **Suministrar información**. El suministro de información por sí mismo no cambia las actitudes. Si así fuese bastaría con llenar los hospitales de avisos. Nuestra propia Revolución ha mostrado cómo a través de toda una labor educativa se fueron modificando y creando actitudes correctas. La efectividad de una información depende de la forma en que se perciba la fuente, de la forma en que se presente la información, así como de las características de la persona que la recibe. La fuente de información es muy importante, pues el comunicador tiene que ser confiable, prestigioso, y el mensaje, atractivo.

STATUS Y ROL

El *status* es la posición que el individuo ocupa en un colectivo. El *status* y el rol no son conceptos independientes, sino que están relacionados íntimamente, aunque no son idénticos. El rol constituye el aspecto dinámico del *status*, o sea, la forma y conducta con que el sujeto desempeña su *status* o posición en el grupo. De manera que cuando se habla de status no se está haciendo alusión a una posición importante, sino a la posición que una persona pueda tener en un grupo determinado, un colectivo, una institución o la sociedad. Por ejemplo, en un hospital, el director, el médico, la enfermera, los técnicos, los empleados, el portero, etc., llevan a cabo su posición o *status*; la forma en que lo hacen constituye el rol o papel.

Cuando el individuo desarrolla los deberes y derechos que le corresponden a su *status* está desempeñando un rol. Cuando el médico ausculta, examina, interroga, observa, toma la tensión arterial y educa al paciente, está cumpliendo el rol que corresponde a su *status*. Cuando en la consulta el médico internista no hace todo esto, sino únicamente algunas de ellas –solo observar e interrogar en un caso de dolor precordial–, está realizando su rol de manera incompleta. El rol constituye, por tanto, un sistema de conocimientos, habilidades y hábitos aprendidos por el entrenamiento.

Por otra parte, las personas aprenden a esperar determinadas formas de actuar de los demás. Por ejemplo, el paciente espera que el médico lo salude y le pregunte qué le sucede; el niño aprende a esperar de la madre ciertas acciones, el padre espera determinada conducta de su hijo. Esta espera, este adivinar o predecir lo que la otra persona va a hacer, es lo que se denomina *expectativa de rol*. El desempeño de un rol se manifiesta en la conducta observable del sujeto, e incluye sus gestos, movimientos, postura, expresión verbal, vestimenta, etc.

Las personas cumplen diversos *status* y roles. Por ejemplo, en el centro laboral, como obrero; en la casa, como padre; en el restaurante, como usuario, etc. Por supuesto, cada uno de estos *status* se desempeña mediante roles diferentes.

COLECTIVOS Y GRUPOS

Marx y *Engels* elaboraron la teoría materialista de las comunidades sociales. El grupo y el colectivo constituyen dos formas organizativas de las comunidades humanas.

El colectivo es un grupo relativamente estable encaminado a la solución de tareas que tienen un valor social, con una dirección colectiva y que se caracteriza también por la coincidencia de los fines individuales y colectivos.

La psicología social burguesa pone énfasis excesivo en el estudio de los grupos, pues al no considerar la sociedad científicamente, ponderan el valor del factor subjetivo del hombre. En este sentido no establecen la relación que hay entre la sociedad y los grupos. Por el contrario, postulan que son las voluntades de los grupos las que determinan el proceso social.

Emplearemos el término *colectivo*, aunque no se desconozca la existencia de grupos, pues en la definición anterior se precisa que la acción de este conglomerado siempre está encaminada hacia un fin de valor socialmente útil.

Todo colectivo incluye los componentes siguientes:

- Un conjunto de individuos.
- Una estructura (organización) dada por los *status* y los roles de sus miembros.
- Un fin común.
- Estar regido por un conjunto de valores y normas.
- La interacción entre sus miembros.

En colectivos que ya tienen una experiencia social duradera, o sea, que existen desde hace tiempo —un comité de base de la UJC, una familia—, todo miembro nuevo ha de asimilar las normas que lo rigen. Estas tienen el propósito de promover el sentimiento de participación de sus integrantes y, por tanto, diferenciarlos de los que no lo son.

El colectivo debe distinguirse del agrupamiento o conjunto de personas donde los individuos no tienen relaciones de roles ni normas establecidas. No obstante, el agrupamiento puede convertirse en colectivo en la medida en que sus miembros comienzan a interactuar, se encaminen hacia un fin y se constituya una estructura.

CLASIFICACIÓN DE LOS COLECTIVOS

Atendiendo al número de miembros que los integran (tamaño), los colectivos pueden ser primarios o secundarios.

Los colectivos primarios se caracterizan por ser pequeños —hasta 15 personas aproximadamente—, lo cual permite que sus miembros mantengan una relación directa entre todos. Estos colectivos desempeñan un papel directo muy importante en la formación de actitudes, hábitos y valores, que después se robustecen en la escuela. En el hospital, por ejemplo, un colectivo primario está integrado por el equipo que trabaja en la sala; la cohesión que se establezca entre todos sus integrantes constituye un factor de importancia para el mejoramiento del enfermo, así como para la propia moral de trabajo del colectivo. Otros ejemplos de colectivos primarios son: el núcleo del Partido, el comité de base de la UJC, la brigada, etc.

Los colectivos secundarios son de mayor tamaño, y sus integrantes están relacionados de manera indirecta, no pueden establecer entre sí una relación cara a cara. Son ejemplos de colectivos secundarios la totalidad de los trabajadores de un hospital, los alumnos de una facultad y los integrantes de un sindicato.

Otra clasificación de colectivos es la que se realiza sobre la base de la meta o el fin que une a sus integrantes. Cuando el objetivo es llevar a cabo una tarea, independientemente de la atracción espontánea entre sus miembros, el colectivo recibe el nombre de *sociogrupo*. Cuando el objetivo es el mero hecho de estar juntos, pues la afinidad es recíproca entre sus miembros, y la simpatía los mueve a reunirse, entonces se denomina *psicogrupo.* El ideal de todo equipo de trabajo es la existencia de un psicogrupo, pero no siempre sucede así.

Newcomb y *Sherif* establecen una clasificación interesante: postulan los llamados *grupos de pertenencia y grupos de referencia.*

En ocasiones, las personas pertenecen a colectivos o grupos que presentan distintas y contradictorias exigencias de conducta. Los individuos se ven impulsados en distintas direcciones debido a las diferencias de valores, convicciones y normas establecidas por dichos grupos, lo cual se traduce en conflicto. Por regla general, las actitudes e identificaciones de una persona son expresión de los valores y normas del grupo al cual pertenece. La sección sindical, la escuela, las organizaciones, etc., son los colectivos a los que pertenece formalmente, mientras que la familia es un grupo de pertenencia informal, ya que no se tiene oportunidad de escoger.

Hay veces en que un individuo pertenece a un grupo o colectivo, pero regula su conducta, aspiraciones y actitudes de acuerdo con los valores de otro. Se identifica psicológicamente con otro colectivo, el cual constituye su grupo o colectivo de referencia.

Las aspiraciones y normas de los individuos están en consonancia con las del grupo o colectivo con el cual la persona se identifica, y son, además, el reflejo de este. Cuando una persona tiene motivos en común con los demás miembros del grupo, cuando hace suyos los valores y normas establecidas, es obvio que el grupo sea **su** *grupo*, y las convicciones coincidan. Su sentido de identificación, su orgullo, están en relación directa con su pertenencia al grupo. Las normas son sus valores personales. Su grupo de pertenencia es también su grupo de referencia.

Los valores y las aspiraciones del individuo están pautados por el colectivo o grupo de referencia, que generalmente coincide con el colectivo de pertenencia. Sin embargo, hay veces en que existen contradicciones entre el grupo o colectivo de pertenencia y el de referencia. Un ejemplo de esto es el de individuos que aunque pertenezcan a la burguesía, se identifican con la clase obrera en sus luchas, aspiraciones y acción.

Es conveniente aclarar que si bien esta clasificación es útil desde el punto de vista descriptivo, no menos cierto es que explicativamente no aporta nada. Inclusive se debe estar alerta ante ello, pues no toma en cuenta la lucha de clases y, por tanto, no se apoya en el materialismo histórico.

COMUNIDAD Y PSICOLOGÍA MÉDICA

Uno de los campos de acción de la psicología médica lo constituye la comunidad, que es, quizás, uno de los más importantes que desarrolla esta joven ciencia.

En las causas del infarto del miocardio, la hipertensión arterial y otras enfermedades, ocupan un lugar importante no solamente aquellos factores psicogénicos como el estrés, sino también otros aspectos que dependen de las decisiones de cada persona.

¿Por qué si se conoce que fumar es dañino se sigue fumando? ¿Qué impulsa al sujeto a no hacer ejercicios físicos? ¿Cómo hacer para seguir una dieta que no propicie la gordura?

Todas estas preguntas no se responden en el hospital, sino en el medio natural donde el hombre trabaja, vive y se desarrolla la comunidad. Es por ello que el médico, y en especial el médico de familia, tiene que conocer y aplicar los conocimientos necesarios que le permitan entender la personalidad de individuo, sus

motivaciones, actitudes, los grupos humanos a los que pertenece, entre otros factores. De esta manera podrá ser un verdadero educador, un terapeuta integral, capaz de tratar multidimensionalmente cualquier enfermedad.

La comunidad también es un conjunto de personas que residen, trabajan e interactúan en un espacio geográfico mucho más limitado —un área de salud, una granja agrícola, un barrio residencial o una cuadra—; de manera que al estudiar la comunidad como categoría, se puede apreciar una continuidad que abarca desde la microsociedad hasta la macrosociedad. A los efectos del trabajo del equipo de salud nos referimos a la comunidad solamente en un marco local.

Lo más importante en una comunidad es el grado de participación de los individuos en la organización de su vida social y política. Por tanto, hay que estudiar cómo interactúan las personas, cómo se relacionan con las instituciones locales que proporcionan los servicios básicos, cómo influyen en sus centros laborales, cómo participan en la administración comunitaria (Poder Popular).

La acción de nuestro nuevo médico está encaminada a la atención de las familias; estas, como colectivos primarios, no solamente deben percibirse como un conjunto biológico, sino como una unidad dialéctica que en el libre juego de sus relaciones intrafamiliares y extrafamiliares desempeñan roles que se inscriben en el proceso salud-enfermedad. Es importante poder diagnosticar no solo al hombre, sino inclusive llegar a un diagnóstico familiar. Cuando se enferma de gravedad un miembro de la familia, se puede afirmar con rigor que "toda" ella, en cierta medida, también lo está. Ahí está la acción del médico: no solo curar, sino atender. Su función trasciende a la terapéutica clínica, se convierte en educador, y el apoyo humano y moral que brinde decididamente contribuirá a curar.

18. Apoyo social

Aida Asón Vivanco

Así como la salud cada día se hace más integral y tiene dentro de sus conceptos importantes el de *bienestar biopsicosocial*, la psicología de la salud también se ha nutrido de toda una serie de conceptos que la hacen cada vez más multidisciplinaria. De ahí que hoy se haga especial énfasis en los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad, dado el papel tan importante que desempeña el hombre en interacción con su medio. Para la mejor comprensión de estos factores se han estudiado, entre otras categorías, las de *estrés*, *afrontamiento* y los *sistemas de apoyo social.*

El presente capítulo estará dirigido a esta última categoría, el apoyo social. Pero antes de referirnos a ella es muy importante que la ubiquemos en un concepto de gran significación: la **salud social**; esto nos va a brindar la dimensión del bienestar de cada individuo y cómo este interactúa con los demás así como los demás lo hacen con él, y a su vez con las instituciones de la sociedad.

Del equilibrio social que el individuo mantenga con su medio depende en gran medida el éxito de las acciones de salud que se desarrollen a su favor, por lo que el propósito fundamental de estas debe ser la reincorporación del individuo a su vida normal y productiva dentro de la sociedad, y no meramente el tratamiento de sus síntomas.

Uno de los índices utilizados para conocer el funcionamiento social del individuo es el examen de la influencia del apoyo social y de los lazos sociales sobre el bienestar físico y psicológico de una persona; es decir su inserción en determinadas redes de relaciones interpersonales a todo lo largo de su ciclo vital.

El apoyo social se define, según *Kaplan* (1974), como un "patrón duradero de lazos continuos o intermitentes que desempeñan una función notable en el mantenimiento de la integridad psicológica y física del individuo en el transcurso del tiempo. Los diferentes elementos del sistema de apoyo pueden ser espontáneos, es decir, no organizados en forma planificada por alguien interesado en estimular la salud del individuo y de las respuestas biosociales naturales de los individuos, de su comunidad, o a partir de los valores, las tradiciones de su cultura y sociedad".

También se plantean otras definiciones como la de *Ballesteros* (1992), en la que el apoyo social es la ayuda emocional e instrumental que para el individuo se deriva de un entramado o red social. Las redes sociales indican las características estructurales –dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc.– de las relaciones mantenidas por una persona.

Generalmente, los sistemas de apoyo social se clasifican en dos grandes categorías: *las formales* y *las informales*. Los sistemas formales de apoyo tienen una organización burocrática, un objetivo específico de apoyo en ciertas áreas determinadas, y utilizan profesionales o voluntarios para alcanzar sus metas. Los sistemas informales o naturales se diferencian de los anteriores en que sus funciones no están regidas por procedimientos, formas ni técnicas; el comportamiento de asistencia surge como consecuencia de relaciones sociales que tienen otras funciones además del apoyo. La familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de los sistemas o redes informales de apoyo, el motivo de su dedicación y ayuda surge de sentimientos afectivos y de obligaciones (*Fernández Ballesteros, R*, 1992; *Martínez García, M*, 1993).

Vaux (1988) propone algunas posibilidades en relación con las redes de apoyo social y cómo estas pueden influir en la salud del individuo.

La participación social posibilita el desarrollo de distintos roles que pueden incrementar la sensación de poder y la autoestima, con las consecuencias positivas para el bienestar que ello lleva consigo. La sensación de pertenencia incrementa el bienestar: las personas valoradas y respetadas tienen mayor autoestima y, como consecuencia, mayor bienestar; los eventos placenteros tienen efectos positivos en el bienestar. En este sentido, los demás pueden ser, de distinta forma, una fuente de eventos deseables y proponer o compartir actividades relacionadas con el ocio; una participación social satisfactoria se logra en gran medida mediante una serie de identidades sociales –padre, amigo, profesional y otros– que vienen definidas por el hecho de formar parte de unas redes sociales y ser reconocidas por ellas (*Martínez García, M*, 1993).

La frecuencia de contactos no es más que la red social en que está inmerso el sujeto –familia, amigos, conocidos, vecinos, compañeros de trabajo y organizaciones, etc.–. Tener una red social no es sinónimo de un sistema de apoyo; si el sujeto tiene familia, amigos y un círculo de conocidos no necesariamente es el beneficiario automático de apoyo en tiempos de problemas. El apoyo viene cuando el compromiso de las personas entre sí se extiende a un nivel de preocupación e "involucración". Parece, entonces, que el estar inmerso en una red es solo el primer paso hacia el tener acceso al apoyo. El paso final depende de la calidad de la relación que es capaz de encontrar dentro de la red. Las cualidades

que parecen ser esencialmente relevantes implican el intercambio de comunicaciones íntimas y la presencia de solidaridad y confianza.

Las características estructurales de las redes sociales, tales como la dimensión de la red social o su densidad, no parecen ser factores significativos. Sin embargo, una faceta muy importante en ellas, es cómo el individuo se percibe en su entramado social de referencia. *Thoits*, citada por *Martínez García* (1993), plantea que "la integración en la estructura social contribuiría a la percepción individual de sentirse incluido o perteneciente a un entramado social, siendo esta dimensión subjetiva el factor a través del cual la integración social promueve el bienestar".

También *Irwin* y *Barbara Sarason* definen que "la percepción del apoyo social podría considerarse como una característica de la personalidad. Esta característica estable de la personalidad a la que estos autores han denominado sentimiento de apoyo, estaría relacionada con la percepción de la disponibilidad de apoyo y con la predisposición a interpretar una conducta como apoyo" (*Musitu Ochoa, M*, 1994).

Barbara Sarason (1990) refiere que los "sentimientos de aceptación también contribuirían a la percepción de la naturaleza del apoyo social recibido. Así, las personas con un elevado sentimiento de aceptación percibirán con mayor facilidad en las acciones de las demás intenciones de apoyo y no experimentarán emociones negativas, como culpa, rabia o vergüenza, cuando reciben apoyo" (*Musitu*, 1994).

Pierce, citado por *Gonzalo Musitu* (1994), plantea que las personas también desarrollan expectativas específicas acerca de la disponibilidad del apoyo para cada una de sus relaciones significativas. De acuerdo con este planteamiento, estas expectativas específicas no son simples componentes de un esquema o modelo cognitivo más general de la disponibilidad percibida del apoyo, sino que se desarrollan a partir de la historia de experiencias con cada una de esas relaciones, y reflejan, en ese sentido, percepciones únicas. Cada conjunto de expectativas sería distinto no solo de las desarrolladas con respecto a otras relaciones, sino también de la percepción general de la disponibilidad de apoyo social. Desde este punto de vista, la percepción del apoyo social podría entenderse también como una experiencia interpersonal que ocurre en el contexto de relaciones específicas (*Musitu*, 1994).

Otra característica muy trabajada por los investigadores de apoyo social son los diferentes tipos o funciones de apoyo; la importancia de conocerlos radica en la posibilidad de que ellos puedan tener efectos independientes sobre la salud y el funcionamiento psicológico del individuo.

La literatura actual se caracteriza por referirse a una gran variabilidad de tipos de apoyo social existentes, sin que necesariamente exista un total acuerdo entre sus diferentes exponentes. Así, numerosas clasificaciones que han sido reportadas reflejan distintos tipos de apoyo (*Roca Perara*, 1996).

Algunos investigadores del tema tienden a utilizar la clasificación de *apoyo instrumental* y *apoyo emocional* (Fernández Ballesteros, 1992). El instrumental se da por la ayuda financiera y doméstica y puede incluir préstamos, regalos, así como prestación de servicios, tales como cuidar a las personas que lo necesitan o hacer algún trabajo. También se puede relacionar con el bienestar ya que este reduce el peso de la tarea con lo que incrementa el tiempo de actividad del ocio.

Cohen y *Syme*, citado por *Abril Loscertales* (1993), refieren que la relación entre apoyo instrumental y bienestar es sencilla: la gente tiene una necesidad instrumental específica y otras personas pueden ayudarles a solucionar esa necesidad (*Musitu*, 1993).

El apoyo emocional incluye el apego, el conseguir seguridad y ser capaz de confiar en otros, todo lo cual contribuye al sentimiento del ser querido y valorado, que el sujeto importa para la otra persona, que es un miembro de un grupo y no un extraño. Este también puede estimular a una persona a mantener, redoblar o abandonar esfuerzos de enfrentamiento que aumenten la posibilidad de manejar o dominar las tensiones.

También tenemos el apoyo informativo que puede afectar los resultados y sugerir soluciones o alternativas a un problema, o ayudar a una persona a resolver una situación en la dirección de la reducción del problema; o sea que es brindar información, orientación y retroalimentación de la conducta (*Fernández Ballesteros*, 1992).

En cuanto al apoyo motivacional, las redes sociales desempeñan el importante papel de potenciar la motivación, ya que animan a las personas para que estas resuelvan los problemas que se les presenten; lo reafirman en que sus esfuerzos serán en última instancia conducentes al éxito, y que para alcanzar los objetivos hay que ayudarlos a tolerar la frustración y a reafirmar la creencia de que todo se puede superar; cuando la red brinda un buen apoyo se evitan las caídas que puede tener el individuo y, por supuesto, no estará presente la depresión.

El investigador *Gonzalo Musitu* (1993) define seis funciones para el apoyo, que son: *el instrumental* dado por el apoyo tangible y material; *el emocional* por el afectivo, expresivo y sustento emocional; *el de estima*, el cual incluye la valoración, reconocimiento y afirmación; *el informativo* que es enseñar, guiar, orientar y aconsejar; *el de compañía* donde está presente la proximidad, disposición e interacción social positiva y, por último, *el motivacional* que es animar, estimular y reafirmar (Musitu, 1994).

Otra investigadora importante que ha trabajado mucho las funciones es *Peggy Thoits* (1986) citada por *M. Roca*, la cual plantea *el apoyo instrumental* dado por las acciones o ayuda material brindada por otros; *el apoyo socioemocional* dado por la aseveración o demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia al grupo; y *el apoyo informacional*, que se refiere a la comunicación de opiniones o hechos relevantes a dificultades corrientes, tales como aviso, retroalimentación personal e información que puede mitigar circunstancias de la vida, ayudar

a tomar decisiones u ofrecer vías acertadas para enfrentar uno u otro tipo de problemática (*Roca Perara*, 1996).

Lo importante de las funciones o de los tipos de apoyo radica en que el individuo reciba la ayuda que él necesite en un momento determinado, y que se cumpla cabalmente su función y así logre el bienestar. El apoyo social constituye una fuente de bienestar subjetivo, contribuye al autodesarrollo y a la realización personal, facilita la presencia en el sujeto de modos exitosos de afrontamiento ante las tensiones de la vida, promueve la autoestima y los sentimientos de control de la realidad, y con ello el desarrollo de la salud en el individuo.

APOYO SOCIAL EN LOS SENESCENTES

Estudios realizados sobre este tema coinciden en plantear que los ancianos se encuentran satisfechos con sus relaciones familiares (*Rocabruno*, 1992; *Baso, M*, 1992; *Heros, F, et al.*, 1990); no obstante, en un estudio de la OPS una alta proporción de ellos, que no comparten el mismo hogar con sus parientes, indican hallarse más satisfechos que aquellos que conviven con sus consanguíneos.

Esto puede estar dado por la gran cantidad de conflictos intergeneracionales que tienden a producirse con la ampliación o extensión de una familia. Además, se ha comprobado que el valor y los aportes positivos que el apoyo social produce en el individuo, pesan fundamentalmente en la calidad de las relaciones en vez de en la cantidad del apoyo (*Fernández Ballesteros*, 1992).

Otros datos obtenidos al respecto plantean que la ayuda prestada por la familia es importante durante los períodos de crisis, especialmente durante las enfermedades crónicas, mientras que el apoyo prestado por amigos y vecinos es determinante en las actividades cotidianas del anciano y en la conservación de su autonomía personal (*Fernández Ballesteros*, 1992). Los vecinos suelen limitarse a asistencia de tipo elemental o instrumental: estos pueden llegar a convertirse en amigos, pero no todos los vecinos son amigos, lo son si proveen apoyo afectivo, sirven de acompañantes y confidentes, ayudan a mantener una autonomía positiva y un sentido de continuidad existencial en el anciano.

Los trabajos que se han ocupado de estudiar los efectos del apoyo social sobre la salud de las personas mayores han puesto de relieve la multidimensionalidad del apoyo social. En otras palabras, distintas dimensiones de las redes sociales son importantes para la salud o la adaptación de la persona de edad, en dependencia del tipo de demandas ambientales. Por otro lado, la mayor parte de los estudios coinciden en señalar los elementos cualitativos subjetivos (percepción del apoyo) como otras dimensiones que están asociadas a indicadores de salud o bienestar. Por último, se han propuesto modelos integradores (*Heller et al.*, 1986; *Antonuccio y Jackson*, 1990), en los que las dimensiones subjetivas –valoración individual de los recursos sociales– actúan indirectamente, y contribuyen a mejorar la autoestima o autoeficacia de los receptores de ayuda (*Fernández Ballesteros, 1992).*

Está demostrado que de la calidad del apoyo proporcionado al anciano depende su nivel de bienestar y, con ello, su calidad de vida. El nivel de bienestar o calidad de vida resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la falta de satisfacción de estas, tanto en el plano objetivo –posibilidad del desarrollo completo de la personalidad–, como en el plano subjetivo –satisfacción por la vida y aspiraciones personales– (*Rocabruno*, 1992). Este concepto está íntimamente ligado con elementos psicológicos, económicos, sociales, ecológicos, nivel de salud física y mental y capacidad para ejercer autonomía, o lo que es igual, decidir por sí mismo y poder ejecutar estas decisiones y lograr con ello satisfacción individual, familiar y social.

Como hemos visto, el apoyo social desempeña un papel relevante en el mantenimiento de la salud y en el decremento de la probabilidad de ocurrencia de enfermedades en el anciano, e influye en su estado emocional. La falta de contacto social de esos individuos es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido, y contribuye a debilitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio (*Baso*, 1992; *Gómez, A*, 1986; *Merino et al.*, 1992). También las relaciones existentes entre el apoyo social y el índice de suicidio en el paciente geriátrico demuestran una relación inversamente proporcional entre estos dos sucesos, con aumento en la cantidad de suicidio en aquellos sujetos pobres de afecto y de disponibilidad de apoyo social (*Base*, 1992; *Butter*, 1992; *Valdés Mier*, 1988).

Thoits (1982), *Sumalrev y Bronwel* (1984) destacan las contribuciones del apoyo social sobre el bienestar en su naturaleza misma y consideran que la función principal del apoyo social es la de enriquecer y mantener el bienestar de los individuos a través de la provisión de recursos de integración social que posibiliten la satisfacción de las necesidades afiliativas. Del mismo modo, el apoyo cumple la función de facilitar el aprendizaje, entendimiento y mantenimiento de la idea de sí mismo, contribuye al enriquecimiento de la autoestima y, por tanto, protege ante situaciones de cambio (*Martínez García*, 1993).

En Cuba, con el desarrollo del sistema de atención primaria, donde el equipo de salud interactúa en la comunidad con sus pacientes se han creado unos nuevos miembros en la red de apoyo, la cual esta formada por el médico, la enfermera, el psicólogo y otros profesionales que se han convertido en una importante fuente de apoyo material y emocional, porque brindan atención, afecto y comprensión.

19. ONCOLOGÍA PSICOSOCIAL. FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE RIESGO FAVORECEDORES DEL CÁNCER

Diana Marjorie Suárez Vera

En el Programa Comprensivo del Control del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud se establecen cuatro objetivos esenciales, que al propio tiempo conforman las prioridades de dicha institución para el quinquenio 95-99.

Estos objetivos son: la prevención de la enfermedad junto con la detección temprana y el establecimiento de programas nacionales para el control del cáncer, que incluyen además el tratamiento del dolor que frecuentemente acompaña al enfermo y el cuidado paliativo del paciente terminal.

La elección del cáncer como objeto de estudio, y en particular, la identificación de algunos de los factores psicológicos y sociales de riesgo, se relaciona directamente con la prevención de la enfermedad y encuentra justificación y sustento en varios hechos que tienen un fuerte arraigo e impacto social. Entre estos se destacan los siguientes:

- El lugar que ocupa el cáncer como causa de muerte en los países desarrollados y en algunos que, como Cuba, se encuentran en vías de desarrollo.
- La tendencia al incremento de la morbilidad y la mortalidad por cáncer en todo el mundo en las puertas del siglo xxi.
- El dramático hecho de que una gran parte de los enfermos, y en especial en los países del Tercer Mundo, no son diagnosticados o al serlo se encuentran ya en etapas incurables de la enfermedad.
- El deterioro global que provoca la enfermedad en la autoestima y en la calidad de vida, tanto del enfermo como de su familia, con el consiguiente sufrimiento para todos.
- La ausencia de programas nacionales de alivio del dolor por cáncer, control de síntomas y de cuidados paliativos en numerosos países del mundo, así como la aplicación incompleta de dichos programas, por diversas razones en algunos de los lugares donde están implantados.
- Las crecientes evidencias de las consecuencias fisiológicas y psicológicas que tiene para el enfermo el dolor que no se alivia, entre las que se encuentran el insomnio, la anorexia, los daños al sistema inmune, la dificultad de movimientos, la ansiedad, la depresión, los sentimientos de desesperación y de impotencia.

Por tanto, la pertinencia del tema seleccionado es obvia, pues aborda una dimensión en el estudio del cáncer que en mucho tiene que ver con el control epidemiológico por una parte. Por otra, se relaciona con la evitación o disminución por la vía psicológica y social de la probabilidad de que una familia, y en particular el enfermo, tenga que interactuar de por vida, con una enfermedad como el cáncer, que comporta un peligro potencial para la integridad de esta.

El cáncer, de acuerdo con las tasas, reporta en el mundo entero varios millones de casos nuevos anualmente y es responsable de la muerte de una cifra amplia y en constante incremento.

En el presente trabajo se propone un análisis con respecto a la participación de un conjunto de variables psicológicas y sociales en la promoción del cáncer, así como una valoración del significado de las mismas a la luz del paradigma biopsicosocial.

RECORRIDO HISTÓRICO DEL INTERÉS POR LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER

Durante centurias el cáncer ha sido considerado una enfermedad estigmatizante y al mismo tiempo equivalente a una sentencia de muerte.

Estas creencias llenas de una intensa carga emocional negativa de temor, impotencia y angustia, han sufrido una lenta pero irreversible transformación iniciada desde mediados del siglo pasado hasta la fecha.

El inicio del interés por los aspectos psicológicos y sociales del cáncer, se sitúa en el período comprendido entre l850-l900, a partir de la utilización de la cirugía en el tratamiento del cáncer, en calidad de una terapéutica válida de elección.

La puesta en marcha en la segunda década del siglo xx de programas educativos con respecto al cáncer y a su detección precoz repercutieron favorablemente en las actitudes fatalistas tanto de los médicos, como de los propios enfermos. Estos programas también ayudaron a comenzar a revertir la conducta generalizada de demora en la búsqueda de atención médica en muchas personas, ante la duda o la aparición real de síntomas propios de la enfermedad.

En 1912 en Europa, comenzó a utilizarse con éxito la radioterapia en el tratamiento contra el cáncer, lo que se tradujo en una visión más optimista del pronóstico del enfermo.

En la década del 40, la utilización de la mostaza nitrogenada en calidad de anticancerígeno efectivo, el logro de la primera remisión de leucemia mediante el uso de drogas y el incremento de la cirugía radical, tuvieron una repercusión muy positiva en el optimismo científicamente fundamentado respecto al control de la enfermedad.

A partir de los años 50 se realizan los primeros estudios del cáncer, en los que de manera sistemática se involucran variables psicológicas y sociales. La integración posterior de los tratamientos biológicos contra el cáncer, radioterapia, quimioterapia, cirugía y tratamiento inmunológico incidió favorablemente en las estadísticas de sobrevida de los enfermos, y contribuyó a hacer menos agresivo el significado del cáncer para la población en general.

El movimiento de hospicios comenzó en 1967 en Londres, con el establecimiento por Cicely Saunders del Hospicio de San Cristóbal, que marcó el inicio de los cuidados de la medicina paliativa moderna, centrada en brindar un trato más humano a los pacientes que mueren por cáncer.

Esta experiencia fue difundida en los EE.UU., con el mismo propósito de brindar cuidados paliativos en las dimensiones física, espiritual, moral y humana a estos pacientes y a sus familiares.

En este mismo período se produjo un notorio incremento del interés por el estudio de los aspectos concernientes a la calidad de vida del paciente oncológico, durante la enfermedad.

También se encaminaron los esfuerzos hacia la investigación de la asociación encontrada entre el hábito de fumar y la aparición de cáncer de pulmón.

Este último hecho impulsó fuertemente la toma de conciencia de la necesidad de promover cambios conductuales a fin de disminuir la incidencia de la enfermedad. En el propio contexto pasó a primer plano el estudio de los carcinógenos ambientales, en particular los vinculados a la esfera ocupacional, en relación con la detección temprana y lo que fue más importante aún,el referido a evitar la exposición a dichos agentes (*Holland,* 1992).

De esta forma, el énfasis fue definitivamente puesto en la prevención de comportamientos de riesgo.

Durante los años 80, las diferentes sociedades nacionales e internacionales de lucha contra el cáncer impulsaron decisivamente el desarrollo de investigaciones referidas a las reacciones psicológicas del enfermo ante su diagnóstico, y al tratamiento de estas, así como a la influencia de las intervenciones psicológicas y conductuales en la calidad de vida y en la duración de la sobrevida.

ONCOLOGÍA PSICOSOCIAL O PSICOONCOLOGÍA. SU CAMPO DE ACCIÓN

La psicooncología, llamada preferentemente en Europa oncología psicosocial, es considerada a partir de los años 90 como una subespecialidad de la oncología.

Esta nueva rama del conocimiento centra su estudio en las dos dimensiones psicosociales del cáncer:

- **La psicosocial propiamente dicha**. Relativa a las respuestas emocionales de los pacientes, sus familiares y cuidadores en cada una de las etapas de la enfermedad.
- **La psicobiológica**. Abarca el estudio e investigación de los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad por cáncer.

La amplitud y diversidad del objeto de esta disciplina favorece y estimula la integración de distintos profesionales de la salud: oncólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, psiquíatras, especialistas de las ciencias sociales, así como la de otros no profesionales: voluntarios, "veteranos", sacerdotes, miembros de grupos de autoayuda, entre otros.

El desarrollo del interés por estudiar y comprender los aspectos psicológicos y sociales que se imbrican en el cáncer en los seres humanos, y el propio desarrollo de la oncología psicosocial son una evidencia del humanismo que cada vez de manera creciente está presente en el cuidado y bienestar del enfermo y de su familia.

Es por otra parte, una posibilidad para incrementar de manera más efectiva la promoción de conductas preventivas de salud, así como para facilitar la aceptación del tratamiento por parte del paciente y de su familia una vez diagnosticado, y estimular el ajuste a largo plazo a las consecuencias del tratamiento, de la recuperación y de la sobrevida.

La actual investigación psicooncológica se focaliza en las esferas siguientes:

- La psicobiológica, en la cual se sustentan las bases para la investigación relativa al rol de los factores psicosociales en el riesgo de cáncer, en su prevención, en su detección precoz y en la sobrevida del enfermo.
- La valoración y medición de la calidad de vida del enfermo y la del sobreviviente.
- Intervenciones psicológicas en cada etapa, y en particular durante la etapa terminal de la enfermedad.
- Cuidados paliativos, control del dolor y los aspectos éticos que a ellos se vinculan.
- Prevención de la enfermedad, detección precoz y consentimiento del enfermo, de su familia o de ambos.

Otra esfera que se considera de gran importancia dentro de la oncología psicosocial por sus implicaciones sociales es la referida al estrés que experimentan los oncólogos y demás miembros del equipo en su quehacer diario, y en especial las repercusiones que tiene sobre la vida profesional, familiar y personal de estos.

A pesar de las consecuencias del estrés laboral, de las repercusiones socioeconómicas que puede tener y de su impacto sobre la calidad de vida del médico, sobre su bienestar y en consecuencia sobre su salud, así como sobre la calidad de la atención que este brinda al enfermo y a su familia, se han realizado relativamente pocos estudios en este campo.

Sin embargo, en los últimos años se han comenzado a aplicar programas de entrenamiento con los propios oncólogos, a fin de prevenir la aparición de enfermedades tanto físicas como psiquiátricas.

Se debe estimular a los miembros del equipo a conocer sus reacciones emocionales y a realizar reuniones periódicas en las cuales se trata el estrés que genera en ellos la práctica de la oncología, que como es sabido puede provocar y de hecho provoca en los miembros de este un estrés adicional.

PSICONEUROINMUNOLOGÍA Y ONCOLOGÍA PSICOSOCIAL

Los avances en la investigación de los factores psicosociales asociados a la aparición, progresión, control y sobrevida de los enfermos oncológicos han estado muy ligados a los progresos en el campo de la endocrinología y más recientemente en el de la inmunología.

El desarrollo de las investigaciones en estas áreas, y los resultados obtenidos de ellas condujeron a la formación de una nueva rama del saber, que es expresión del proceso de integración de las ciencias particulares: la psiconeuroinmunología. Dicho en breves palabras, esta ciencia explora las relaciones interdireccionales en el funcionamiento del cerebro, el sistema endocrino y la función inmune y cómo estas pueden incidir en la morbilidad y mortalidad por cáncer.

Aunque el término *psiconeuroinmunología* fue introducido en la década del 60, desde 1918 como consecuencia del descubrimiento de los reflejos condicionados se conoce que la actividad psíquica influye sobre los fenómenos inmunológicos.

De acuerdo con el criterio de *Solomon* (1987:1-9) uno de los fundadores de esta ciencia, "la psiconeuroinmunología tiene como objeto, el estudio de las influencias que ejerce la personalidad, el *distress*, las emociones y los procesos de defensa y enfrentamiento al estrés sobre las enfermedades asociadas con alguna aberración inmunológica como las alérgicas y las autoinmunes, y que son consideradas enfermedades mediadas inmunológicamente. Esta ciencia también se ocupa de los efectos de las referidas variables psicosociales sobre las enfermedades que son rechazadas inmunológicamente", como las infecciones y las neoplasias.

Como dato interesante se señala que el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana es considerado como un trastorno que es rechazado al mismo tiempo por vía inmunológica y mediado por esta propia vía.

Los factores psicológicos y sociales vinculados con la aparición del cáncer y la sobrevida que más han sido estudiados son los siguientes:

- El estilo de vida y las conductas de los individuos.
- La personalidad y sus formas de enfrentamiento.
- El ambiente social.
- Los estados afectivos y los eventos vitales a los que se asocian.
- Las intervenciones psicosociales y conductuales.

Solo haremos referencia a las cuatro primeras variables, las que en su mayoría han demostrado suficientemente su condición de factor de riesgo en la promoción del cáncer.

Las intervenciones psicosociales y conductuales aparecen vinculadas, fundamentalmente, tanto a la calidad de vida del enfermo como a la duración de la sobrevida, es decir a la morbilidad y mortalidad por cáncer, por lo que no forman parte del objeto de este trabajo.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE RIESGO EN EL CÁNCER

En relación con los estilos de vida y con las correspondientes conductas de riesgo promotores del cáncer se encuentran: el uso del tabaco o hábito de fumar, la ingestión de alcohol, la dieta rica en grasas y pobre en fibras, la obesidad, la exposición al sol durante períodos, horarios y jornadas inapropiadas, los hábitos sexuales vinculados al cambio frecuente de parejas, particularmente desde edades tempranas, lo que favorece la transmisión de oncovirus que están asociados al cáncer cervicouterino.

El análisis relativo a los factores psicosociales promocionales del cáncer evidencia que los efectos de los diferentes factores de riesgo sobre este, son sinérgicos y no aditivos, como se ha expresado en diferentes oportunidades. Este hecho es especialmente válido cuando se estudia la relación entre factores de riesgo y la aparición de cáncer de pulmón.

Grossarth-Maticek y *Eysenck* (1991) refieren haber comprobado en sus trabajos que hay una progresión geométrica en la incidencia del cáncer de pulmón, con el número de factores de riesgo comprometidos.

Las aseveraciones anteriores se traducen en que el hábito de fumar, que ha sido uno de los factores de riesgo más estudiados en esta enfermedad, es solo efectivo como promotor del cáncer de pulmón cuando interactúa con otros factores de riesgo.

Dentro de este grupo se incluyen la predisposición genética, el uso de sedantes, determinados rasgos de personalidad, los tipos de enfrentamiento al estrés, entre otros, y se les concede un peso mayor a los dos últimos indicadores mencionados.

Otra de las variables psicosociales que ha sido considerada como promotora de cáncer es la referida al ambiente social, que operacionalmente se expresa en un número determinado de indicadores. De estos se hará solo referencia a algunos de ellos. En los países desarrollados y en casi la totalidad de los países del Tercer Mundo, el insuficiente ingreso económico condiciona que el individuo, además de sufrir déficits nutricionales, padezca de estrés crónico, y tenga, al mismo tiempo, un menor acceso a los servicios de salud.

Sin tener en cuenta los numerosos hallazgos confirmativos en esta dirección, resulta racionalmente comprensible que el insuficiente o bajo *status* socioeconómico sea considerado como un factor de riesgo, no solo en relación con el cáncer, sino también con respecto a otras enfermedades.

La desorganización social que conduce a pobreza en los vínculos afectivos de apoyo, o a la falta aguda o crónica de estos, también se ha documentado como un predictor de la aparición de cáncer. En particular la calidad del apoyo social percibido, se asocia a una mayor vulnerabilidad al estrés, y en consecuencia a un mayor riesgo en diferentes afecciones, entre ellas el cáncer.

El tercer grupo de factores de riesgo considerado lo constituyen la personalidad y las formas de encarar los estresores habitualmente llamadas también patrones, estilos, procesos.

Desde la época de *Galeno,* en la segunda centuria de la Edad Antigua y más aún por la de *Hipócrates* (a.n.e.) se trató de establecer un vínculo entre las particularidades psicobiológicas de las personas y su predisposición a contraer determinadas enfermedades. Así se consideró que las mujeres melancólicas eran más propensas a enfermar de cáncer de mama que las sanguíneas.

Asimismo han sido elaborados diferentes modelos que en mayor o menor medida muestran, a partir de los hallazgos que le sirven de sustento y confirmación empírica, factores psicosociales confluyentes.

Dos de los modelos teóricos que han tenido mayor divulgación y también mayor influencia en el sentido señalado son los de *Temoshok* y *Grossarth-Maticek* y *Eysenck*.

Lydia Temoshok (1987) propone un modelo según el cual hay tres grupos de factores que desempeñan un papel esencial en la promoción del cáncer, en diferentes momentos, a lo largo de un continuo período de adaptación.

Estos factores incluyen determinados rasgos de personalidad como son estoicismo, amabilidad, laboriosidad, perfeccionismo, sociabilidad, convencionalismo y controles defensivos más rígidos, dificultad en la expresión de las emociones, en particular de las negativas como el miedo y la ira, así como una actitud o tendencia crónica hacia el desamparo y la desesperanza aprendidos, aun cuando el sujeto no sea consciente de ello. *Temoshok* considera que la supresión de la respuesta emocional es el elemento central y tóxico del enfrentamiento o personalidad tipo C, que es el nombre con el que rubrica el modelo de personalidad descrito.

En diferentes estudios con enfermos de melanomas malignos de piel realizados en EE. UU. por *Temoshok* (1985) hay hallazgos convincentes que demuestran la participación de los factores psicosociales incluidos en su modelo teórico en la iniciación y pronóstico de dicha enfermedad.

Otros estudios de carácter prospectivo realizados en Inglaterra por *Grossarth-Maticek* y *Eysenck* (1991) confirman los hallazgos de una personalidad predispuesta al cáncer, la que en esencia coincide con la descrita por *Temoshok* en 1987 como tipo C.

Los resultados de estos estudios sirvieron de base para la elaboración de una variante de terapia conductual, que es aplicada con éxito por estos autores en Europa, de una manera profiláctica, para disminuir el riesgo de morir por cáncer o por enfermedad coronaria.

La personalidad en ambos modelos es operacionalmente concebida en términos de la forma específica en que el sujeto trata con el estrés interpersonal.

Finalmente se analizará el papel de los estados afectivos y de los eventos vitales como factores de riesgo en el cáncer.

La psiconeuroinmunología ha demostrado que las pérdidas afectivas significativas, inducen cambios generalizados en la capacidad funcional de distintos componentes e indicadores del sistema inmune.

A lo largo de estos años se han realizado importantes hallazgos relativos a la repercusión de la depresión psicológica sobre la inmunidad, y sobre la aparición del cáncer, en numerosas oportunidades vinculadas a la primera.

Si bien la depresión psicológica ha demostrado tener ciertamente un efecto inmunosupresivo, con respecto a su papel en la iniciación del cáncer no se han establecido resultados definitivos hasta la fecha.

Al hablar de la depresión psicológica se incluye la llamada *depresión mayor* y su tríada cognitiva: percepción de sí mismo como indefenso e inútil, percepción del mundo como hostil y rechazante, y percepción del futuro como un fracaso irremediable y desesperanza.

Una situación algo similar a la referida con respecto a la depresión psicológica ocurre con la ansiedad y la ira, en tanto ambos estados afectivos, y en especial la ira con una alta frecuencia, se ha considerado que tienen un efecto protector con respecto al cáncer.

Antes de concluir se valora la importancia de reflexionar sobre la traducción que puede tener la depresión psicológica asociada a posiciones cognitivas crónicas de desamparo y desesperanza, particularmente como consecuencia de la pérdida o desorganización del apoyo social.

La depresión psicológica, como es sabido, incluye patrones irracionales de pensamiento que se asocian a una valoración autodesaprobatoria, desamparo y desesperanza aprendidos y un reducido reforzamiento de la actividad.

Estos estados se traducen fisiológicamente en un patrón de respuesta que involucra una alta actividad del sistema pituitario adreno cortical (en inglés, PAC), que a su vez provoca incremento de cortisol. Este último tiene un efecto inhibidor sobre la actividad de las células *Natural Killer* (NK), que como es sabido protegen al individuo contra las infecciones y el cáncer.

Por esta vía podría hipotéticamente asumirse el efecto de la depresión asociada a los factores mencionados, sobre la promoción del cáncer. A continuación se realizarán algunas consideraciones que son derivadas de la aplicación del modelo biopsicosocial al análisis del proceso de promoción del cáncer.

- En los seres humanos no es concebible la iniciación del cáncer en ausencia de la participación directa o indirecta de determinados factores psicosociales. La personalidad, sus procesos de defensa y enfrentamiento, determinados estados afectivos crónicos que se producen antes, durante y posterior a las valoraciones cognitivas, no son elementos sobreañadidos al equipo biológico del hombre. Por el contrario, constituyen parte consustancial de este y un componente determinante de la salud y de la enfermedad.
- Hay factores psicológicos y sociales, aunque no estén en todos los casos precisados con exactitud, que al actuar en relación sinérgica con factores ambientales, conductuales, biológicos-genéticos, endocrinos, inmunológicos, entre otros, devienen en condición suficiente para iniciar el referido proceso.
- La promoción del cáncer es, en última instancia, expresión de la ruptura o pérdida del equilibrio entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que la salud tipifica. Es, por tanto, una consecuencia necesaria de la ruptura de dicho equilibrio, en la que aunque se acepten que haya momentos de pico biológico en los que el peso de dichos factores puede ser más acentuado, no puede ser excluido ni aun en estos últimos, el papel determinante de los factores psicológicos y sociales en la promoción de la enfermedad.

20. Técnicas en educación para la salud

Colectivo de autores

En este capítulo abordaremos las técnicas de educación para la salud que permiten al equipo médico modificar el comportamiento del enfermo. Antes, por su interés, se desarrollarán los conceptos de *psicohigiene* y *psicoprofilaxis*.

PSICOHIGIENE

Es parte de la higiene general, y se ocupa de la higiene de la vida psíquica de las personas. Como sistema de conocimientos acerca del papel de la psiquis en el reforzamiento de los problemas de la salud, tiene una gran difusión en los países capitalistas pero con un enfoque idealista y mecanicista.

En las sociedades socialistas estos conocimientos adquieren una gran significación, ya que contribuyen a la formación de rasgos positivos que favorecen el desarrollo de la personalidad sana.

La psicohigiene trata problemas de interés para la psicología médica, como son los siguientes:

- La psicología de las consultas y consejos médico-genéticos.
- La psicohigiene de las familias, en especial aquellas en cuya composición se encuentran personas con trastornos del desarrollo o con enfermedades recidivantes, tanto agudas como crónicas.
- La psicohigiene de las personas en períodos críticos de su vida, como son la adolescencia y la involución.
- La psicohigiene del embarazo y de la vida sexual.
- La psicohigiene en la educación, la instrucción y la labor de los trabajadores de la medicina.
- La psicohigiene en las distintas instituciones asistenciales y terapéuticas, en el régimen de trabajo de estas.
- La psicohigiene de la RMP en las distintas circunstancias en que esta puede ocurrir.

El desarrollo de estos aspectos es importante para mejorar la convivencia social, ya que la aplicación de los principios de la psicohigiene y de los instrumentos para su desarrollo tiene un gran valor en la psicoprofilaxis de las enfermedades psíquicas, en las de origen psicógeno (psicosomáticas) y en todo lo que favorezca la salud integral del hombre.

PSICOPROFILAXIS

Como su nombre indica, se ocupa de la prevención de los trastornos de la vida psíquica. Desempeña un valioso papel en países que como el nuestro poseen un sistema nacional de salud, con una concepción integral del hombre, y preventivo-asistencial de la salud.

Existe la psicoprofilaxis social, constituida por un sistema de medidas sociales sobre la población y el individuo, que conjuntamente con la profilaxis individual incide en la educación y la reeducación del hombre, en su sistema de ideas y sus reacciones ante la realidad; y contribuye a la formación de cualidades morales de interés social.

En la actualidad el sistema de conocimientos de la psicohigiene y de la psicoprofilaxis apoyan el trabajo de la medicina cósmica, la psicología ingenieril, la organización científica del trabajo y la cibernética aplicados a la medicina.

La importancia de la psicohigiene y de la psicoprofilaxis está avalada por su íntima relación con la problemática general de la salud y, en particular, con cada una de las especialidades médicas, como cirugía, pediatría, ortopedia, obstetricia, etc., con lo cual contribuye al éxito de las acciones de salud del individuo y la población.

Algunos autores señalan acertadamente como un error la versión asistencial en la solución de los problemas de la salud del hombre, según se representa a continuación:

Hombre enfermo — Médico → Medicina y tratamiento → Hombre sano

En su lugar proponen que la categoría profilaxis ocupe una posición clave en la problemática de la salud:

Causas de enfermedad → Medidas profilácticas → Salud del pueblo, de grupos poblacionales y del individuo

Se define la educación sanitaria como un trabajo profiláctico-terapéutico, cuyo objetivo es que la población en general y el individuo en particular, comprendan su importancia y participen activamente en el tratamiento y en las medidas de profilaxis social. Así se crean condiciones saludables de vida para la población. Este trabajo debe abarcar, entre otros, los temas siguientes:

- Higiene y profilaxis psíquica de la neurosis y de la educación sexual.

- Atención a la salud de la madre y del hijo.
- Profilaxis del peritaje médico.

Teniendo en cuenta el valor preventivo del sistema de conocimientos que aportan la psicohigiene y la psicoprofilaxis en la protección de la salud de la población y del hombre, se hace necesario utilizar técnicas que contribuyan a su divulgación, algunas de las cuales se presentan en los epígrafes siguientes.

ENTREVISTA

La entrevista es un método de trabajo directo en el que sus integrantes, entrevistado y entrevistador, tienen elementos de interés común que se aportan mutuamente.

Esta técnica, como ninguna otra, permite penetrar en aspectos de la vida de los sujetos entrevistados, como sus motivaciones e intereses, sus sentimientos, etc. Por ello se considera útil para todo profesional cuyo objeto de trabajo es el hombre, como sucede con los profesionales de la salud, que utilizan la entrevista en la RMP, imprescindible en el trabajo diario de este profesional.

La entrevista no es una simple conversación, sino que en su planificación se deben cumplir los requisitos siguientes:

- Tener objetivos previos que respondan a los intereses del entrevistador de acuerdo con la información que desea obtener del entrevistado.
- Prever los cambios que se desean producir en el entrevistado como resultado final de la acción del entrevistador.
- Responder a la lógica del contenido de la entrevista y, por ende, de la información deseada, para garantizar el logro de los objetivos propuestos de acuerdo con las reglas de conducción previamente establecidas.

Aunque se le debe conceder importancia a las condiciones del lugar donde se realice la entrevista, el éxito de esta técnica no puede supeditarse a ellas, sino a la planificación y la dirección eficaz, cuya falta puede conspirar seriamente contra los objetivos propuestos.

Es también importante no solo que se cumplan los requisitos señalados, sino que el entrevistador, ya entrenado, haya desarrollado habilidades que le permitan una conducción eficaz.

En la educación para la salud, la entrevista ha sido definida como toda conversación planificada de antemano para obtener una serie de datos que sirvan para brindar al entrevistado orientaciones o consejos con el fin de mejorar su salud y la de sus familiares.

El doctor *J. A. Bustamante* (1966:125), definió la entrevista como "una relación interpersonal en la que dos personas se ponen en contacto, situación que permite dicha relación".

En la entrevista, como en todo tipo de interrelación personal, se establece la consecuente comunicación y la influencia de ambas partes. Por ejemplo, en la entrevista médica se establece la RMP, con el fin de llegar a un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

USOS DE LA ENTREVISTA

La entrevista médica tiene diferentes usos. Los más importantes son los siguientes:

- La entrevista médica que se realiza en la consulta.
- La entrevista para la confección de la historia psicosocial del paciente, que es realizada por el médico, el estudiante de medicina, por la trabajadora social o el psicólogo.
- La entrevista que es llevada a cabo por cualquier integrante del equipo de salud para obtener información sobre diferentes aspectos del proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, la enfermera que hace visita domiciliaria.
- La entrevista con fines investigativos, que puede ser realizada tanto por los integrantes del equipo de salud como por el médico.

A la entrevista se le señalan múltiples ventajas, especialmente si se le compara con otros métodos y técnicas utilizados en la búsqueda de información confiable; estas son las siguientes:

- Permite la flexibilidad en su conducción, debido a que los factores que intervienen, entrevistador y entrevistado, están presentes; esto posibilita la adaptación a las circunstancias en que se realiza a fin de lograr los objetivos.
- Puede ser utilizada con cualquier persona, independientemente de su nivel de escolaridad, para lo cual es necesario que el entrevistador tenga la habilidad de adecuar sus preguntas a la situación.
- Se obtiene la cooperación consciente del entrevistado, lo que facilita el logro de los objetivos.
- Hace posible detectar a tiempo circunstancias adversas que conspiren contra los objetivos propuestos; por ejemplo, la interpretación errónea de las preguntas, las respuestas poco claras que ofrece el entrevistado, etc.
- Permite explorar áreas que requieren una atención cuidadosa por la índole de su contenido.
- Posibilita apreciar la validez de la información que ofrece el entrevistado, ya que el entrevistador observa no solo lo que dice el entrevistado, sino también cómo lo dice; esto posibilita aclarar las respuestas o refutar las que resulten inconsistentes.

- Puede utilizarse con sujetos neuróticos o emocionalmente turbados, para comprobar los sentimientos que expresan o no, y valorar su sinceridad; además, el entrevistador puede crear una atmósfera favorable a tal fin.
- El entrevistador puede postergar la entrevista cuando observe que las condiciones para su realización no son favorables, como ante la presencia de presiones sociales o de otra índole que no permitan obtener el clima adecuado a los fines que se persiguen.

Como desventajas se puede señalar que la entrevista es un método individual y, por lo tanto, requiere de tiempo para la atención de los sujetos; además, su éxito está supeditado al entrenamiento y a la habilidad de planificación y de conducción que posea el entrevistador.

TIPOS DE ENTREVISTA

Las variantes de entrevista se mueven entre dos polos, las muy estructuradas o rígidas y las menos estructuradas.

Las entrevistas muy estructuradas, rígidas o estandarizadas son las que contienen preguntas cuyas respuestas alternativas permitidas al sujeto están predeterminadas. Existen variantes de este tipo más flexibles que permiten al entrevistado contestar libremente, y otras en que se presenta una pregunta final abierta y con ella se concluye.

Las entrevistas menos estructuradas se caracterizan porque las preguntas y las respuestas no están predeterminadas. Estos tipos de entrevista permiten un estudio más profundo, pero requieren más habilidad por parte del entrevistador para dirigirlas exitosamente y poder penetrar en las motivaciones, los sentimientos e intereses del entrevistado, quien se expresará con más libertad. Otra de sus ventajas es que la entrevista está en manos del entrevistador, el cual puede dirigirla según convenga para obtener los objetivos propuestos. Por ejemplo, la entrevista médica.

La selección del tipo de entrevista depende de los fines que previamente se haya propuesto el entrevistador.

FASES DE LA ENTREVISTA

FASE INTRODUCTORIA

En esta fase, además del saludo inicial y de la información previa que ambos factores deben suministrarse –nombre, objetivos de la entrevista, etc. –, la meta fundamental es crear un "clima psicológico propicio" para el buen desenvolvimiento de la actividad, lo cual se conoce como *rapport*. Para ello deben tenerse en cuenta los aspectos siguientes:

- El entrevistado necesita sentir que la conversación que sostendrá con el entrevistador será placentera y fructífera.
- El entrevistado debe ver la entrevista como un hecho importante y amplio.
- Deben superarse las barreras psicológicas que puedan existir en la mente del entrevistado.
- El entrevistador debe estar seguro de la fidelidad de la información que va a obtener, para lo cual utilizará procedimientos que contribuyan a inspirar confianza y seguridad en el entrevistado.

En la entrevista que realiza el trabajador de la salud hay dos momentos en la fase introductoria: un momento relativamente corto, el de la presentación y el recibimiento, y otro, que es la propia introducción de la entrevista, en el cual el entrevistador debe adaptarse a las características del entrevistado si desea lograr las metas de esta etapa.

FASE INTERMEDIA

Esta fase requiere, en primer lugar, que se mantenga el "clima psicológico" logrado en la precedente, para evitar las barreras u obstáculos que puedan surgir entre ambas partes. En esta fase se recomiendan las condiciones siguientes:

- El entrevistador debe aceptar al entrevistado tal como este es.
- Debe saber escucharlo con atención.
- Debe utilizar preguntas que no tengan implícitas las respuestas, o sea, que no sean insinuantes ni puedan responderse con monosílabos, sino, por el contrario, que requieran una explicación de los hechos o situaciones.
- Las preguntas que se formulen deben responder a la guía confeccionada, y se evitarán las improvisaciones a no ser que las circunstancias así lo exijan.

Es recomendable que el entrevistador observe atentamente la conducta del entrevistado. A veces, este cae en contradicciones o su lenguaje extraverbal indica la existencia de conflictos en relación con el tema; es necesario recordar que los sentimientos se expresan con mayor frecuencia a través de esta vía. Igualmente, es preciso tener en cuenta que el entrevistado también observa al entrevistador, por lo tanto, este debe cuidar sus modales y expresiones.

FASE FINAL

Esta fase también es importante. Aquí debe hacerse un resumen de la entrevista, resaltar los aspectos positivos y señalar los negativos, lo que servirá de apoyo para las recomendaciones finales que se le hagan al sujeto, a fin de tratar de mejorar su salud.

La entrevista será un éxito si se logra que el entrevistado sienta que su participación es importante y útil para sí mismo.

CHARLA EDUCATIVA O AUDIENCIA SANITARIA

Entre las técnicas educativas, sin duda alguna, una de las más difundidas en nuestro país es la charla educativa, que consiste en una clase breve en la que el conferencista expone un tema específico.

La charla, como toda técnica, posee sus ventajas y sus limitaciones.

VENTAJAS DE LA CHARLA

- Es económica, no se necesitan objetos costosos para su ejecución, basta con la sola presencia del conferencista.
- Permite, en poco tiempo, hacer una exposición bastante completa de un asunto determinado.
- Llega a muchas personas al mismo tiempo.
- Da lugar a reuniones posteriores para fijar el conocimiento adquirido.

LIMITACIONES O DESVENTAJAS DE LA CHARLA

Si bien resulta positiva para brindar información, no es la técnica idónea para cambiar hábitos y actitudes, pues el sujeto que escucha se mantiene en actitud pasiva, puramente receptiva, independientemente de que al final puede hacer preguntas o brindar su aporte a la actividad.

USOS DE LA CHARLA

Puede ser utilizada por médicos, enfermeras, estudiantes, trabajadores sanitarios, etc., para brindar la información necesaria en un momento dado.

FASES DE LA CHARLA

FASE DE PREPARACIÓN O ELABORACIÓN

Como en cualquier actividad educativa, debe existir una fase de preparación o elaboración, en la cual es necesario que se tenga en cuenta lo siguiente:

- Selección del tema sobre la base de prioridades que se establecen de acuerdo con los intereses del grupo.
- Revisión cuidadosa y estudio de material bibliográfico idóneo para brindar una información completa y actualizada sobre el tema.
- Confección de una guía donde se contemplen ordenadamente todos los aspectos que se van a tratar.
- Planificación de la actividad de acuerdo con el tiempo de que se dispone.
- Confección y preparación de los medios auxiliares de la charla, cuando existan las posibilidades.
- Ensayo de la actividad.

FASE DE EJECUCIÓN

El desarrollo de esta fase comprende cuatro momentos bien definidos: introducción, proposición o descripción, confirmación y síntesis o resumen.

Introducción. Debe ser breve y sin disculpas –frases ajenas al contenido del tema que se va a desarrollar–. Se procurará despertar el interés y la atención del público; para ello la introducción debe ser sencilla, amena, y realizarse con naturalidad y esmero, pues si se empieza mal, nadie querrá oír más. Debe hablarse pausadamente, y solo en circunstancias de gravedad, con exaltación y patetismo; el énfasis debe nacer del asunto mismo, en estrecha relación con el tema. Nunca se debe anticipar el aspecto medular del tema. En resumen, es necesario motivar al público para que escuche con atención.

Proposición o descripción. Es aquí donde se expone el contenido sustancial del tema. Las proposiciones que se hagan deben referirse con exactitud, mostrando seguridad y dominio del tema; debe hacerse con naturalidad y, sobre todo, mostrar convicción acerca de ellas. Las proposiciones pueden estar apoyadas por algunas reflexiones, pero es más importante derivarlas de los hechos mismos. Se debe cuidar el aspecto cronológico de la narración sin confundir nombres y hechos.

Por ejemplo, en una charla sobre medidas higiénicas en el consumo del agua, las proposiciones serían todas las medidas que se debe observar en el consumo del agua y jerarquizarlas.

Confirmación. Es aquí donde se decide que el auditorio acepte o no las propuestas. Para lograrlo, es necesario argumentar las proposiciones. Estos argumentos pueden ser de dos tipos: racionales y emocionales.

Los argumentos racionales recurren al intelecto del público, apelan a su razonamiento brindándole los elementos cognoscitivos necesarios para ello. Estos argumentos deben reunir las condiciones siguientes:

- Adecuarse al nivel del auditorio.
- Tener, si es posible, cierta novedad.
- Ser propios del asunto.

- Los argumentos personales deben basarse en hechos.
- Al final se debe resumir y concentrar todos los argumentos, en especial los más impactantes; esto se hará de forma abrumadora e irrebatible.

Los argumentos emocionales van dirigidos a la afectividad del público; deben inspirar confianza hacia el orador, y poner al auditorio en una situación psicológica conveniente para que piense y actúe como se desea. Para lograr este impacto emocional es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Su utilización depende del tema de la charla.
- Deben exponerse con naturalidad, sin artificios.
- Debe evitarse provocar una reacción emocional demasiado intensa que resulte imposible de controlar.
- Se procurará sentir lo que se trata de comunicar; nadie puede convencer a los demás de lo que no está convencido.

Los argumentos racionales y emocionales se complementan entre sí y se apoyan mutuamente.

Síntesis o resumen. Debe abarcar de manera concisa los puntos principales de lo que ha sido expuesto, sintetizando las proposiciones y los argumentos en un resumen tan breve y sólido como sea posible, de manera tal que estimule al público a participar.

FASE FINAL

Esta fase debe comenzar dando la palabra al auditorio a fin de que los participantes formulen sus preguntas o sugieran aspectos que no hayan quedado suficientemente claros. La participación del público permite conocer el grado de interés con que este ha seguido la exposición del tema y, además, garantiza que la actividad termine después de haber sido aclaradas todas las dudas existentes. Las conclusiones de la actividad deben ser hechas por el conferencista, puntualizando aquellos aspectos esenciales que considere conveniente dejar fijados; para esto se apoyará en los aportes del público, si los hubiera, de manera que refuerce el interés por el tema en los oyentes.

REGLAS ELEMENTALES PARA EL DESENVOLVIMIENTO ADECUADO ANTE EL AUDITORIO

- Nunca trate de aprenderse de memoria una conferencia, palabra por palabra. Lo más probable es que se le olvide y dará la impresión de poco dominio del tema.
- No trate de esconder la guía, pues nada de erróneo hay en utilizarla.
- No se preocupe de la velocidad con que habla. Si usted conoce el tema y le interesa, la velocidad es normal.
- Antes de la charla, organice todas sus ideas.
- Intercale algún pasaje jocoso para ganarse la simpatía del público.
- No preste atención a su pose, sus ademanes o su respiración. Atienda al tema que tiene que desarrollar; si se atiende prioritariamente a la forma, nos despreocupamos del contenido, que es lo fundamental.
- No tema si antes de la charla siente un poquito de temor o nerviosismo. Asegúrese de que se sabe el tema y desaparecerá al poco rato esa sensación.
- Ensaye la actividad. Siempre que tenga la oportunidad de hablar en público, hágalo.
- No trate de llegar a "grandes alturas" en oratoria; deje que sus experiencias determinen el grado de comunicación.

Estas reglas son aplicables también a la demostración, el panel y la mesa redonda.

DEMOSTRACIÓN

La demostración es una técnica donde se combinan la acción y la palabra. El que ejecuta la demostración, al mismo tiempo que explica, realiza la actividad que pretende enseñar; o sea, es un proceso simultáneo donde se hace y se dice al mismo tiempo.

La técnica de la demostración es muy eficiente, pues debido a que es una técnica audiovisual, el público que recibe las explicaciones puede obtener una visión dinámica del asunto. Además, corno constituye una novedad, ese elemento de expectativa que crea en el auditorio es de fundamental importancia, pues llama a las puertas de la motivación y se crea una atención activa, indispensable para la cabal comprensión del tema.

Otro de los aspectos importantes en esta técnica es que el sujeto que funge como aprendiz tiene la oportunidad de ver y escuchar con sentido crítico, lo cual promueve la actividad reproductiva y la comprensión del contenido de salud expuesto.

USOS DE LA DEMOSTRACIÓN

Es una técnica importante para cualquier forma de entrenamiento en la realización de acciones de salud en los tres niveles de prevención, por ejemplo:

- En las acciones del Programa de Higiene (primer nivel).
- Para hacer la prueba del Benedict ante pacientes diabéticos (segundo nivel).
- En la realización de ejercicios físicos para la rehabilitación de infartados (tercer nivel).

FASES DE LA DEMOSTRACIÓN

INTRODUCCIÓN

Después de hacer la presentación del educador y del tema, se explicará brevemente en qué consiste la actividad a fin de motivar al público. Se puede hacer un poco de historia sobre lo que se va a demostrar, al mismo tiempo que se resalta la importancia del asunto.

DESARROLLO

Al comenzar la actividad y durante ella, el disertante debe mantenerse situado de manera que pueda ser visto por todos, y evitará dar la espalda al público. Debe buscar la forma de coordinar lo que dice con lo que hace, de manera que no se pierda la secuencia entre la palabra y la acción, y se propicie la asimilación del contenido. Hablará siempre con claridad, en voz alta, con corrección y sencillez, de forma que pueda ser entendido por todos. Al terminar, repetirá pacientemente todos los pasos de la actividad, y hará hincapié en la importancia de cada uno.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la demostración, el disertante debe hacer un breve resumen de lo dicho y lo hecho. Inmediatamente pasará a preguntar al público cualquier duda, aclaración o sugerencia sobre la actividad. Por último será la despedida y el agradecimiento.

DINÁMICA DE GRUPO

Es esta la técnica colectiva con la cual puede lograrse la participación activa de todos sus miembros –aquellos sujetos a los cuales va dirigido el mensaje de salud–, y es precisamente esta característica la que promueve el aprendizaje más efectivo: el cambio de actitudes.

Tanto filogenética como ontogenéticamente, el grupo desempeña un papel decisivo en la antropogénesis. Si bien el salto cualitativo para el surgimiento del ser humano comenzó cuando sus antepasados –por condiciones del medio– se vieron en la necesidad de agruparse para poder subsistir, una vez que surge el hombre, la vida en grupo y la participación en este cobra una importancia mayor aún.

En el desarrollo ontogenético del hombre, desde el nacimiento y hasta su muerte, el grupo constituye el vínculo entre él y la sociedad. Es en el grupo que el hombre se apropia de las costumbres, las normas y los valores sociales, las llega a sentir corno suyas y se comporta según ellas. A través del grupo la sociedad actúa sobre el hombre, pero también a través del grupo el hombre actúa sobre la sociedad. La familia es el grupo natural y primero.

Esta realidad hace que el estudio de los grupos adquiera suma importancia, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Dicho estudio puede ser abordado desde dos ángulos: dirigiendo el interés hacia la dinámica psicológica interna durante el funcionamiento del grupo, o centrándolo en el estudio de la relación del grupo con la estructura social en la cual se desenvuelve.

Los grupos han sido estudiados tanto por la psicología social marxista como por la burguesa. Partiendo del segundo ángulo de enfoque, planteado en el párrafo anterior, para el estudio de los grupos, surgió en la psicología social marxista el concepto de colectivo. La psicología social burguesa, al evadir el concepto de clase social aportado por el materialismo histórico, trata el estudio de los grupos fundamentalmente desde el ángulo de su dinámica psicológica interna, pues de no hacerlo así se verían obligados a reconocer que históricamente la humanidad se ha dividido en dos grandes grupos: los poseedores y los desposeídos; los explotadores y los explotados; llegarían de manera irremediable a tener que aceptar el concepto de clase social y su relación con la base o estructura económica de la sociedad. Prefieren hablar de pobres y ricos.

Esto no quiere decir que el estudio de las características y la dinámica internas durante el funcionamiento del grupo no sea importante, todo lo contrario; y es precisamente este aspecto de los grupos sobre el cual descansa la dinámica de grupo como técnica de educación para la salud.

Es conveniente aclarar que podría parecer, después de conocer la diferencia entre grupo y colectivo, que la dinámica de grupo no es una técnica válida para este último. Nada más erróneo; es una técnica que se desarrolla sobre la base de la tarea que por intereses comunes afronta un grupo o un colectivo.

La dinámica de grupo es un proceso dinámico a través del cual se analiza colectivamente la tarea o el tema de discusión, y se analizan las opiniones y sugerencias de cada uno de los miembros, las cuales se integran y se clasifican para lograr una solución, una decisión o un aprendizaje. Esta discusión hace que cada uno de los participantes aporte sus conocimientos, opiniones y puntos de vista sobre el tema, y los defienda frente a los de los demás, lo cual facilita en cada miembro la toma de conciencia de sus propias limitaciones, estereotipos o prejuicios. Esto es así porque la información aportada no solo se discute y analiza, sino que se reelabora por el grupo en un proceso activo y dinámico, durante el cual se establecen conclusiones y se toman acuerdos que para los integrantes del grupo equivalen a normas y valores de este, y, por tanto, de ellos mismos. Puede decirse que cuando

se logran los objetivos propuestos, el grupo es para cada uno de sus integrantes no solo un grupo de pertenencia sino también de referencia.

La actividad que desarrolla el grupo al enfrentar la tarea trae consigo, simultáneamente, una intensa dinámica psicológica de orden afectivo, emocional, entre sus miembros. Debido a las diferentes opiniones y valoraciones, muchas veces contrapuestas, se crean roces en las relaciones interpersonales que se hace necesario eliminar tanto por razones éticas como de los propios objetivos que se deseen lograr. Sobre este aspecto se profundizará más adelante al abordar las fases por las que atraviesa el grupo.

REQUISITOS DE LA DINÁMICA DE GRUPO

Para que la discusión sea fructífera y logre sus propósitos, es necesario tener en cuenta el tamaño del grupo, la comunicación, la homogeneidad y la ansiedad.

TAMAÑO DEL GRUPO

Los grupos deben ser pequeños, de manera que se garantice el contacto directo entre todos y cada uno de sus miembros, la mayoría de los autores establecen una cifra mínima de 10 miembros y una máxima de 20.

COMUNICACIÓN

Lograr la comunicación entre los miembros del grupo es un requisito de primer orden. En toda comunicación están presentes tres elementos, la fuente o emisor, el mensaje y el receptor o destino.

Cada vez que un miembro del grupo habla –participa de la discusión– está emitiendo un mensaje a los demás, y los que lo reciben se convierten en receptores.

En la emisión del mensaje pueden distinguirse dos aspectos: el primero, el lenguaje extraverbal –entonación, tono y timbre de la voz, gestos, expresión de la cara, etc.– llamado también analógico, y el segundo, de información conceptual, trasmitido mediante la palabra y llamado digital. No por gusto denominó *Pavlov* a este último *segundo sistema de señales*.

Cuando el emisor emite una información o mensaje lo codifica mediante las señales de estos dos sistemas, y no existe comunicación hasta tanto el receptor, una vez descifrado o decodificado el mensaje, da una respuesta (retroalimentación o *feed-back*) que hace saber al emisor hasta dónde descifró correctamente (comprendió) su mensaje, de manera tal que si no fuera así, este último pueda hacer las correcciones necesarias. Debe aclararse que comunicación no significa estar de acuerdo, significa solamente entender, aunque se discrepe de la opinión emitida.

Durante el desarrollo de la dinámica de grupo, los sujetos desempeñan ambos roles (emisor y receptor) porque al recibirse el mensaje se produce una respuesta o *feed-back* que hace que el receptor se convierta en emisor.

Cada miembro del grupo se dirige a los demás codificando su mensaje mediante palabras, gestos, movimientos, entonación de la voz, etc. Si los demás comprenden su mensaje, se dice que hubo una correcta descodificación y se lo hacen saber de la misma forma (fig. 3).

Cuando hay diferencias en el nivel de conocimientos entre los miembros del grupo, o factores efectivos que predisponen al receptor a no interpretar correctamente el mensaje, así como a una deficiente codificación, decimos que existe "ruido" en la comunicación.



Fig. 3. *Esquema de comunicación.*

HOMOGENEIDAD DEL GRUPO

Para garantizar la comunicación y lograr los objetivos, es conveniente que los miembros del grupo tengan aproximadamente el mismo nivel de escolaridad, intereses, edad, etc. Las características en las cuales debe basarse la homogeneidad del grupo dependen en gran medida de la tarea que este se proponga.

ANSIEDAD

Constituye un factor de suma importancia, pues expresa hasta qué punto la tarea que enfrenta el grupo moviliza efectivamente y pone en tensión a sus integrantes.

Existe una dosis de ansiedad óptima que expresa el interés y la preocupación del grupo por la tarea y que garantiza un adecuado funcionamiento para el logro de los objetivos propuestos. Sin ansiedad no se aprende y con mucha tampoco. Una disminución de la ansiedad lleva al grupo a la incapacidad para aprender, y en la medida que aumenta por encima de la dosis necesaria lleva al grupo a la desorganización de la actividad.

Algunos autores consideran que el aumento y la disminución de la ansiedad están en relación con la tarea y con el esquema referencial del grupo –conocimientos y opiniones–.

Por esta razón, un tema totalmente nuevo y desconocido para el grupo puede producir un aumento de la ansiedad que tienda a desorganizarlo. Si, por el contrario, el tema no moviliza al grupo porque ya lo conoce todo, no se presentan dudas y tiende a producirse una conducta estereotipada en sus miembros.

USOS DE LA DINÁMICA DE GRUPO

Es de gran utilidad cuando se quiere lograr cambios en la conducta de un grupo cuyos miembros presentan una problemática común o tienen que enfrentar una misma tarea. Partiendo de esta consideración es fácil comprender que la dinámica de grupo sea una técnica válida no solamente en el terreno de la salud, sino también en el proceso educativo y en los colectivos laborales.

Sin embargo, el equipo de salud es también un equipo de trabajo y, por otra parte, cuando la dinámica de grupo se utiliza para actuar sobre el hombre con el objetivo de promover su salud, de recuperarla, o en su rehabilitación, también se trata de lograr un aprendizaje en el campo de la educación para la salud, aunque en la literatura se reserve este nombre para las medidas que abarca la prevención primaria. Por lo tanto, se imbrican monolíticamente la salud, la educación y el trabajo.

La dinámica de grupo se convierte en un instrumento de creación y de cambio de actitudes hacia otras favorables al bienestar físico y mental, con lo cual contribuye a garantizar un nivel de salud óptimo en nuestra sociedad. Su utilización no es solo más efectiva, sino también más económica, pues el esfuerzo realizado implica el beneficio de muchos a la vez.

Podrían darse innumerables ejemplos del uso de este método en el terreno de la salud, en los tres niveles de prevención.

En prevención secundaria se ha dicho que se vencen más fácilmente las resistencias, se desarrolla el sentimiento de comunidad y se resta importancia a la propia dolencia, al ver a otras personas que la sufren o que están en proceso de curación, a lo cual se añade que los pacientes llegan a conocer su propia enfermedad. Esto favorece la comprensión del tratamiento y aumenta su efectividad.

En rehabilitación (prevención terciaria), donde se trata de reducir al máximo las secuelas o limitaciones de la enfermedad, eliminar el sentimiento de invalidez y hacer que los pacientes se sientan útiles a la sociedad, es obvia su utilización para lograr la reincorporación de estos a la vida cotidiana.

En la posibilidad de que el hombre se enferme intervienen dos tipos de factores, los que dependen del medio y los que dependen del hombre, al margen de la relación dialéctica entre ambos. El ambiente en que el hombre se desarrolla, las condiciones higiénicas que lo rodean, la posibilidad real de tomar una acción de salud y las exigencias sociales, desempeñan un papel fundamental. Dentro de los factores que dependen del hombre se encuentran, entre otros, la valoración que hace de la salud y su actitud ante las medidas higiénico-sanitarias y terapéuticas. Nuestras organizaciones de salud tienen como objetivo no solamente la información a la población acerca de estas medidas, sino también lograr su adecuada valoración y una conducta consecuente.

En los cuadros 5 y 6 se presenta la utilización de esta técnica en los tres niveles de prevención.

DESARROLLO DE LA DINÁMICA DE GRUPO

En todo grupo o colectivo existen, en el transcurso de su dinámica, dos áreas o tipos de actividad: una intelectual correspondiente a la tarea, que abarca todas aquellas actividades racionales encaminadas al logro de los objetivos del grupo, y otra emocional o afectiva, que incluye todas aquellas acciones tendentes a la constitución y el mantenimiento del grupo y a lograr la cohesión y la unidad entre sus miembros.

En todas las etapas por las que atraviesa el grupo se realizan estos dos tipos de actividad, con mayor o menor intensidad. Asimismo, se manifiestan roles que implican conductas relevantes para el crecimiento y la cohesión del grupo y que llevan al logro de sus objetivos; pero también se manifiestan roles improductivos que obstaculizan el buen funcionamiento del grupo y tienden a disgregarlo. Los primeros se denominan roles funcionales, y los segundos, roles disfuncionales (cuadro 7).

ROLES FUNCIONALES

Roles para la tarea. Se caracterizan porque facilitan las acciones que llevan a la solución de la tarea.

- **Informante**. Expone hechos o conocimientos objetivos relacionados con el problema que se analiza.
- **Orientador**. Define la posición del grupo con respecto a los objetivos de este y resume lo que ha ocurrido.
- **Dinamizador**. Incita al grupo a la acción o la toma de decisiones, intenta estimular al grupo a una actividad mayor o de mejor calidad.
- **Emergente**. Analiza y clasifica las diversas participaciones al resumir las ideas y sugerencias, resolver dudas y establecer conclusiones.

Roles para la constitución y el mantenimiento del grupo. Se caracterizan porque permiten la integridad emocional del grupo y propician en los demás actitudes positivas hacia otros y hacia el grupo mismo. Contribuyen a limar asperezas en las relaciones interpersonales y a consolidar el sentimiento de pertenencia al grupo.

- **Estimulador**. Elogia, está de acuerdo con la contribución de otros y la acepta.

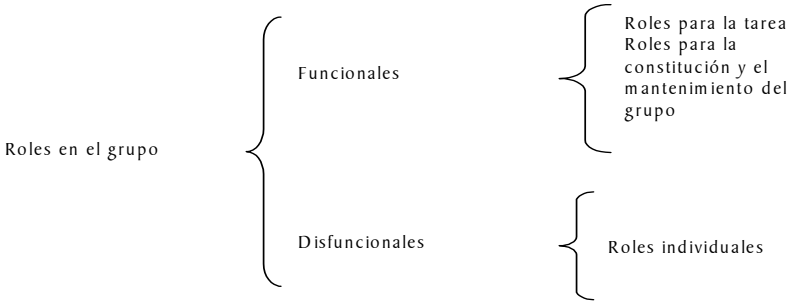
Cuadro 5. *Conducta del equipo de salud en las medidas de prevención*

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Dar información sobre la salud por los canales apropiados	Lograr que el paciente se informe adecuadamente	Apoyar al paciente con medidas fisioterapéuticas para su incorporación a la sociedad
Proporcionar medios adecuados y accesibles que permitan a la población tomar las medidas necesarias para no enfermar	Actuar firme e inequívocamente frente a pacientes y familiares, sin ser vacilantes, pasivos ni dominantes	Apoyar psicológicamente al paciente para su adecuada incorporación a la sociedad
	Comportarse de acuerdo con el rol profesional correspondiente, y establecer una adecuada relación médico-paciente	Ayudar al paciente en la creación de una nueva identidad de acuerdo con su condición física y mental
		Ofrecer oportunidades para una rápida da recuperación

Cuadro 6. *Usos de la dinámica de grupo en educación para la salud*

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Grupo de psicoprofilaxis para el parto	Grupos de embarazadas con alto riesgo obstétrico	Grupos de pacientes convalecientes para lograr una óptima reincorporación a la sociedad
Grupos de madres en puericultura	Psicoterapia de grupo en psiquiatría	Infarto
Grupo de discusión sobre temas sanitarios a nivel de CDR	Grupos de asmáticos	Mamectomía
Grupos de discusión sobre normas y medidas de protección en centros de trabajo	Grupos de diabéticos	Tuberculosis
Grupos para educación sexual, etc.	Grupos de infartados Grupos para el tratamiento preoperatorio Grupos de obesos	Impedidos físicos

Cuadro 7. *Tipos de roles que se manifiestan en el grupo*



- **Conciliador**. Hace de intermediario en las diferencias que surgen entre dos o más miembros; intenta conciliar desacuerdos; mitiga la tensión en situaciones de conflicto haciendo bromas.
- **Transigente**. Cede parte de su posición para llegar a acuerdos. A diferencia del anterior, aquí el sujeto que ejecuta este rol está comprometido en el conflicto, mientras que el conciliador es un mediador.
- **Seguidor**. No participa activamente, sigue el movimiento del grupo en forma más o menos pasiva, pero acepta las ideas u opiniones que se imponen. Generalmente ocupa el lugar de audiencia en el proceso de discusión y en la toma de decisiones.

ROLES DISFUNCIONALES

Roles individuales. Intentan, por lo general de forma inconsciente, utilizar el ambiente creado en el grupo para satisfacer necesidades de índole personal y que no contribuyen ni a la tarea ni al mantenimiento y la cohesión del grupo; por el contrario, constituyen un serio obstáculo. Lógicamente, en la medida en que el grupo se acerca más a la cohesión de colectivo, estas conductas tienden a desaparecer, pues son antagónicas con la esencia misma del colectivo.

- **Agresor**. Expresa desaprobación por los valores, actos o sentimientos de otros miembros. Niega interés en el problema que se está tratando. Se expresa con ironía con respecto a los aportes de los demás o se burla agresivamente.
- **Dominador**. Trata de imponer sus criterios como los de más autoridad y superioridad. A veces se muestra impulsivo e interrumpe a los demás. Generalmente es agresivo, pero a diferencia del agresor, su agresividad es solo un medio para imponer su autoridad.
- **Buscador de reconocimiento**. Trata siempre de llamar la atención exhibiendo sus logros personales, y lucha por sobresalir mediante la aprobación de los demás.
- **Buscador de ayuda**. Intenta también lograr una posición privilegiada en el grupo, pero no mediante la imposición como el dominador ni mediante la búsqueda del reconocimiento como el anterior, sino a través de expresiones de inseguridad, confusión personal o subvaloración de sí mismo que provoquen la lástima y la condolencia de los demás.

Para terminar lo relacionado con los roles puede decirse que estos se manifiestan en forma dialéctica, ya que un mismo sujeto puede ejecutar roles diferentes; no constituyen posiciones fijas, sino cambiantes y dinámicas. En ello intervienen varios factores: las necesidades y los requerimientos del grupo en un momento dado, el desarrollo y la madurez del grupo, y la individualidad de cada uno de sus integrantes.

FASES DE LA DINÁMICA DE GRUPO

Una vez analizados los roles y los tipos de actividad que se ponen de manifiesto durante el proceso de la dinámica de grupo, deben analizarse las fases por las que atraviesa la interacción del grupo, las cuales se caracterizan por los problemas que se presentan en cada una. Estas fases son el resultado de investigaciones de laboratorio y constituyen un esquema de lo que sucede en la realidad.

Esto quiere decir que no deben tomarse rígidamente, pues en la práctica la duración de cada una de ellas es muy variable y muchas veces una sola fase consume varias sesiones del grupo; también puede suceder que algunas fases sean extremadamente breves, lo cual depende también de las características y la complejidad de la tarea, de la individualidad de sus integrantes, así como de la madurez y la historia del grupo.

PRIMERA FASE: PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

En esta primera etapa las participaciones se dan en función de aclararse mutuamente los integrantes la tarea que tienen por delante; es probable, incluso, que algún miembro solicite la ayuda del coordinador; es decir, que las principales conductas observadas no son más que pedidos de orientación, además de algunos intentos de responder a dichos pedidos. Es también en estos primeros momentos cuando existen más dificultades para hablar y participar, cuando los silencios resultan más extensos y embarazosos. Mientras este tipo de interacción se produce, el grupo enfrenta y trata de resolver sus problemas de comunicación internos.

SEGUNDA FASE: PROBLEMAS DE EVALUACIÓN

El grupo pasa entonces a las primeras evaluaciones. Esto significa que una vez esclarecida la tarea que se debe resolver, el grupo debe decidir los caminos, procedimientos y métodos para su solución. El grupo evalúa las diferentes alternativas posibles, sus ventajas y desventajas, hasta tomar una decisión. Por tanto, los problemas serán los de evaluar las distintas opiniones hasta llegar a una solución grupal.

TERCERA FASE: PROBLEMAS DE CONTROL

Los miembros del grupo intercambian y elaboran activamente **información** —experiencias, opiniones, teorías o generalizaciones autorizadas relacionadas específicamente con el problema, etc.—, y tratan de vincular su propia experiencia –anterior o de la tarea que

se realiza– con el problema que es necesario resolver. Esta etapa es sumamente importante, pues constituye un período de profundización en el problema y es donde se manifiestan con más frecuencia controversias, rivalidades y hasta divisiones en el grupo. El problema lo constituye el control de los aportes que realizan los miembros del grupo.

CUARTA FASE: PROBLEMAS DE DECISIÓN

Etapa en que aparecen los acuerdos y la toma de decisiones, pues durante el desarrollo de la tarea y la puesta en práctica de las medidas tomadas, han surgido dificultades que es necesario eliminar hasta lograr el objetivo final que se propone el grupo.

QUINTA FASE: PROBLEMAS DE REDUCCIÓN DE TENSIONES

Si aparecen los acuerdos, estos conducen a un relajamiento de las tensiones, acompañado posiblemente de bromas, risas y muestras de satisfacción general que a su vez desembocan en un aumento de la solidaridad grupal. Por tanto, las relaciones interpersonales han salido ilesas.

SEXTA FASE: PROBLEMAS DE REINTEGRACIÓN DEL GRUPO

Si, por el contrario, las dificultades no son fácilmente superadas y el proceso de llegar a acuerdos y toma de decisiones se dilata, esto significa que se mantienen las dificultades en el área emocional, las cuales obstaculizan el logro de los objetivos. Esta situación pone en tensión a todos los miembros del grupo, y cuando por fin se toman los acuerdos y las decisiones, el grupo requiere de un tiempo para el relajamiento de sus integrantes y para recuperar la solidaridad grupal (fig. 4).

A continuación se expone un ejemplo para facilitar la comprensión de las fases por las que atraviesa el grupo.

Hoy es aceptado que la obesidad es un problema de salud en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El hambre, como toda necesidad biológica, está socialmente condicionada. Los factores psicosociales inciden en la regulación de la ingesta en el individuo normal y actúan de manera decisiva en la conducta alimentaria del obeso.

En los últimos años se han desarrollado ampliamente investigaciones en este sentido, resultado de las cuales ha surgido la teoría de la regulación externa de la ingesta. Resumiéndola, puede decirse que más que la motilidad gástrica o la mayor o menor ocupación del estómago, existen factores externos que, al actuar como estímulos, condicionan las manifestaciones de hambre en los obesos. Entre esos factores se encuentran: percepción falsa del tiempo (relojes atrasados o adelantados), visibilidad del alimento, cantidad del alimento disponible, variedad en los alimentos disponibles, y se incluyen también estados afectivos, como depresión, ansiedad, aburrimiento, etc., que constituyen todos ellos señales aprendidas que desencadenan la conducta alimentaria en los obesos. Partiendo de toda esta fundamentación teórica, se creó una nueva y prometedora terapéutica para la obesidad.

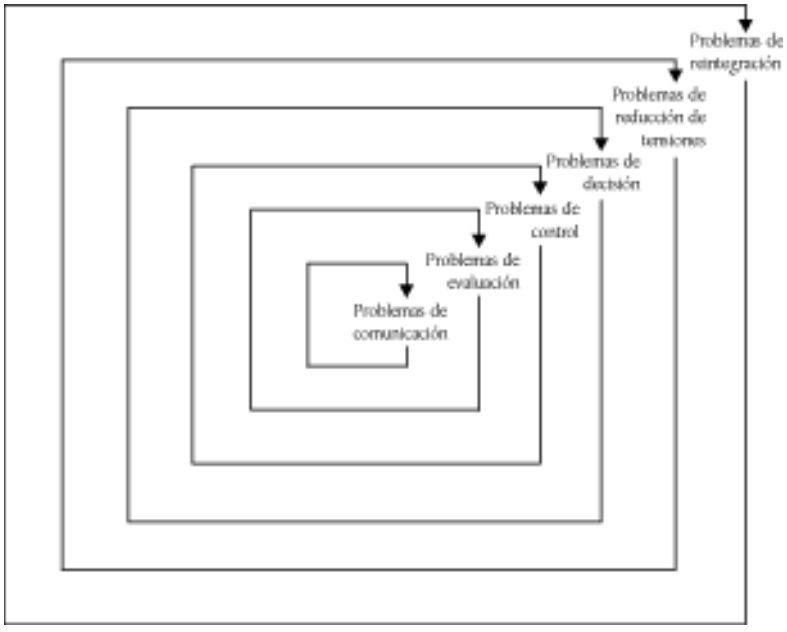


Fig. 4. *Fases de la interacción del grupo.*

En los obesos resulta provechoso aplicar el método de la dinámica de grupo para lograr cambios en su condicionamiento alimentario, ya que ellos requieren el conocimiento de estos factores, y el apoyo y la solidaridad de las demás personas para emprender el esfuerzo que significa modificar toda su conducta alimentaria. Por tanto, el objetivo no sería sólo una simple rebaja de peso, sino un cambio en los hábitos alimentarlos.

Seguidamente se describe en forma breve y sintética lo que ocurriría hasta la fase de control de la dinámica de grupo en un grupo de obesos.

Problemas de comunicación. Aunque los miembros del grupo obviamente asocian su ubicación en el grupo con su condición de obeso, pueden surgirles muchas interrogantes: ¿la obesidad les ha desencadenado alguna enfermedad y por eso están ahí? ¿se trata solo de aprender una dieta para bajar de peso? ¿es realmente importante bajar de peso? ¿qué sacrificios habrá que realizar? ¿valdrá la pena emprender el esfuerzo? Orientarse en la tarea y el por qué de ella, constituyen los primeros pasos.

Esta fase culmina cuando mediante la participación de todos, ellos llegan al conocimiento y al convencimiento de que la obesidad es un síndrome que predispone al organismo a estados patológicos, disminuye el promedio de vida, y es, por lo tanto, no solamente un problema estético, sino también de salud. Entonces, es importante y vale la pena hacer el esfuerzo por bajar de peso.

Problemas de evaluación. Surge a continuación otra pregunta: ¿qué hacer para disminuir el peso? Alrededor de esta interrogante se verterán diferentes opiniones, tales como:

- Dieta de hambre es lo mejor, pues garantiza una rápida disminución del peso.
- No es necesario dejar de comer, todo depende del ejercicio que se haga.
- Son necesarios los dos elementos, dieta y ejercicios –pudiera concluir un miembro que asuma el papel de emergente.

Ahora bien, ¿qué tipo de dieta y qué tipo de ejercicios son los necesarios?

La respuesta surgirá después de un profundo análisis, orientado por el coordinador (médico, psicólogo), en la que se concluya que lo importante es cambiar las costumbres y los hábitos alimentarios, lo cual garantizará una disminución del peso, aunque el proceso sea más lento. Entonces se acuerda el método siguiente:

- Consumir tres comidas balanceadas al día, y abstenerse de los alimentos de alto valor calórico.
- Caminar dos cuadras al día y aumentar una cada semana hasta llegar a 20 (por encima de la actividad cotidiana).
- Traer la descripción, para las próximas reuniones, de aquellas situaciones (estímulos) que promueven el deseo de comer o de aumentar la ingesta.

Problemas de control. Con la puesta en marcha de estas medidas, el punto alrededor del cual comienza a girar la interacción del grupo es el control de la conducta de sus miembros en el cumplimiento de estos acuerdos, a través de los parámetros siguientes: seguimiento de la disminución de peso y su relación con los relatos o descripciones.

Para ilustrar la efectividad de la técnica de la dinámica de grupo como método de educación para la salud, transcribiremos a continuación la experiencia del doctor *Kurt Lewin et al.* con un grupo de madres en un hospital, con el objetivo de introducir cambios en los hábitos de alimentación.

Específicamente se trataba de modificar actitudes hacia la utilización del jugo de naranja y el aceite de hígado de bacalao en la alimentación de sus bebés. Se formaron dos grupos de madres, con los cuales se utilizaron técnicas diferentes: en uno de ellos se les daba información individual a cada una de las madres y en el otro se empleó la dinámica de grupo.

De acuerdo con esta técnica grupal, un especialista en nutrición suministraba información básica al grupo y luego proponía una discusión acerca de esta. De acuerdo con la técnica individual, el especialista en nutrición informaba a las madres por separado. En ambos casos, tanto el grupo de madres como aquellas tratadas aisladamente eran expuestas a la misma información durante lapsos similares. La evaluación de la tarea realizada implicaba que a las dos y a las cuatro semanas después del abandono del hospital, las madres debían ser chequeadas, para detectar si se había producido o no, cambios en los hábitos alimentarios. De esta manera se pudo comprobar que el cambio logrado y su persistencia fue cualitativamente mayor en las madres que participaron en los grupos de discusión. Incluso pudo comprobarse que estas intentaban convencer a otras madres, a las cuales no se les había suministrado ningún tipo de información, para que modificaran también sus hábitos alimentarios.

¿A través de qué procesos se puede explicar este fenómeno?

Cuando las madres eran entrevistadas en forma individual recibían pasivamente una información. Al abandonar el hospital tenían ciertos conocimientos básicos de la alimentación infantil, pero estos conocimientos eran muy débiles en relación con el enemigo que debían enfrentar: normas o costumbres sociales muy arraigadas.

En la variante grupal, las madres recibían también cierta información más o menos pasivamente, pero esta información después era discutida, analizada, reelaborada y recreada por el grupo. Ya no se trataba solo de una información que había sido recibida de forma pasiva, sino de conocimientos que habían sido analizados activamente, acerca de los cuales se había es-

tablecido acuerdos. Así, al abandonar la institución, las madres se enfrentaban a las normas y costumbres sociales con los acuerdos y las normas del hospital y de ellas mismas, ya que ellas habían contribuido a recrear esas normas a partir de conocimientos integrados de manera activa en los grupos de discusión.

Al discutirse las viejas actitudes respecto a la alimentación de sus bebés, las madres ponen en duda las normas y el marco de referencia que guían su conducta hasta ese momento, en forma paralela empiezan a crear uno nuevo para sustituir el que abandonan. Finalmente, un nuevo marco de referencia es estructurado y convalidado por el mismo grupo. Una vez que las madres abandonan el hospital y regresan a sus casas, el nuevo marco de referencia proporcionado por el hospital entra en conflicto con el marco de referencia social existente.

Las madres expuestas a la información en forma individual carecen de un grupo de referencia positivo que soporte o apoye el nuevo marco informativo proporcionado por el hospital, de modo que no resisten el conflicto y retornan a las viejas actitudes. A continuación se expone el cuadro 8 en el cual se resumen los diferentes métodos de educación para la salud.

Cuadro 8. *Métodos de educación para la salud*

Técnicas individuales	Entrevista	Charla	Demostración
Consiste en:	Obtener información de los individuos sanos o enfermos; utiliza lenguaje oral	Desarrollar un tema por medio del lenguaje oral y con la utilización de medios auxiliares	Mostrar el uso de aparatos, técnicas, etc.
Participantes:	Entrevistado y entrevistador	Conferencista y audiencia	Expositor y audiencia
Principales usos:	En la relación médico-paciente, relación estudiante, ama de casa, relación trabajador de la salud-usuarios de los servicios de la salud, etc.	Transmitir información sobre un tema particular a un número de personas a la vez	Enseñar el uso de aparatos y técnicas nuevas

Técnicas colectivas	Panel	Mesa redonda	Dinámica de grupo	Técnicas dramáticas
Consiste en:	Un grupo de expertos comenta un tema ante una audiencia	Un grupo de expertos habla con puntos de vista divergentes sobre un tema	Analizar y discutir colectivamente un tema o problema	Representar situaciones reales o ficticias ante una audiencia
Participantes:	Panelistas, moderador y audiencia	Expertos que debaten el tema, moderador y audiencia	Coordinador y todos los miembros del grupo	Algunos individuos pacientes, alumnos y el psicoterapeuta y/o docente
Principales usos:	Tratar temas de interés general con cierta espontaneidad o informalidad	Aclarar información según puntos de vista opuestos	Crear o modificar actitudes; propiciar la toma de conciencia sobre un asunto particular	Mostrar objetivamente algunas situaciones de conflicto del proceso salud-enfermedad

21. La familia

Guillermo J. Ruiz Rodríguez

"Las alteraciones de la salud producen también alteraciones entre los miembros de la familia que a su vez pueden tener repercusiones médicas, sociales y económicas sobre los miembros o sobre las funciones del conjunto familiar."

OMS

LA FAMILIA EN EL CONTEXTO SALUD-ENFERMEDAD

La familia como institución se ha venido considerando desde hace ya algún tiempo como una fuente primaria en lo que concierne a la atención de la salud. Sin embargo, es reciente el hecho de que la literatura médica haya comenzado a considerarla como un elemento de mayor relevancia y, por tanto, a incluirla no solo como uno de los factores que pueden proporcionar salud o no, sino también en aquellos aspectos relacionados con la llamada **salud familiar**.

Son diversos los problemas metodológicos que surgen del estudio de la familia, de sus integrantes y de sus respectivas funciones en el proceso salud-enfermedad.

El primero es definir cuál va a ser la unidad de estudio. Una definición de la unidad familiar varía de una sociedad a otra, de un pueblo a otro e, inclusive, de un momento histórico-social concreto a otro. Es por ello que para los efectos de la investigación científica es necesario partir de ciertos patrones y regularidades, sobre todo para poder llevar a cabo estudios comparativos.

El concepto de salud familiar va más allá de concebirlo como la suma de la salud de los miembros que la componen. Denota más bien un estado o condición imperante, cualitativamente diferente a ese enfoque lineal, y que nos sitúa ante un conjunto de relaciones o interconectividades sutiles, extraverbales, afectivas o conductuales, que pueden tener sus raíces en acontecimientos del pasado –inclusive que hayan sucedido inadvertidamente para los sujetos–, y que en definitiva hayan marcado tanto sus patrones de conducta como de interrelación en el seno de la familia.

Otro de los problemas que debe tomar en cuenta son las diferentes acciones de salud. Por lo general, estas adquieren un carácter ponderado cuando van dirigidas al sujeto, el cual constituye el reino tradicional de la atención médica. Sin embargo, tales actividades requieren un enfoque mucho más amplio, en el que se incluya la compleja red de interrelaciones que se producen como un servomecanismo a escala de la familia, del entorno vecinal, del contexto laboral y del barrio en general.

ENFOQUE METODOLÓGICO

Justamente, los problemas metodológicos describen junto al reconocimiento de lo complejo de los factores que contribuyen a la salud y a la enfermedad, el enfoque multidisciplinario que deben tener los estudios acerca de la conducta en estado de salud. Así, los sociólogos se interesan por la estructura familiar y cómo funcionan, los antropólogos por las creencias familiares y su contexto cultural; y por su parte los psicólogos, en términos generales, estudian la comunicación y la conducta.

Sabemos que todos estos factores inciden en el estado de salud y determinan el comportamiento en lo que a la búsqueda de salud se refiere. Lo que se precisa ahora, por tanto, es que todas estas disciplinas trabajen coordinadamente junto al enfoque y al quehacer médico y mancomunen sus enfoques y metodologías con el fin de comprender mejor la dinámica familiar y su influencia en la promoción y mantenimiento de la salud.

DIFERENTES MODELOS PARA ABORDAR LA SALUD

De acuerdo con *Doherty* (1989), existen cuatro enfoques diferentes para abordar la salud y son los siguientes:

- **El modelo biomédico.**
- **El modelo psicosocial radical.**
- **El modelo psicosocial compartido.**
- **El modelo biopsicosocial.**

El primer modelo define y precisa con rasgos muy nítidos que la enfermedad y su abordaje se reducen a procesos eminentemente biológicos, cuyas causas y efectos son evidentes, claros y obvios. Por tanto, aquí el equipo de salud no hace sino definir las

causas por medio de diferentes procedimientos diagnósticos. Una vez establecido, el paciente está listo para recibir el tratamiento indicado. La relación que se establece entre médico y paciente reviste características de tipo directivas: el médico ordena, pues es la figura de autoridad máxima como experto y el paciente cumple el rol de obedecer. El éxito se obtendrá en relación directa con la adherencia de este último a las prescripciones facultativas.

El modelo psicosocial radical ignora de forma total el componente biológico. Se percibe el problema de salud como de naturaleza estrictamente psicológica y social, cuyo único modo de tratamiento es por medio de manipulaciones en estas esferas. Como se aprecia, son dos enfoques diametralmente opuestos, donde uno magnifica el aspecto bioquímico y el otro el puramente psicosocial.

El modelo psicosocial compartido, desarrollado por *Doherty, Baird* y *Becker* (1987) constituye prácticamente una conciliación de los dos modelos descritos, pues considera asimismo importantes, tanto el fenómeno biológico como el psicosocial. Parten de la base de que los problemas pueden ser orgánicos o psicosociales y donde solo eventualmente pudiera existir una zona de unión. Por ejemplo, plantean estos autores que el paciente infartado puede desarrollar una depresión psicológica o que una persona con un alto grado de estrés mantenido puede enfermar de una úlcera duodenal. Este es el enfoque de la Escuela Psicosomática.

El modelo biopsicosocial, aunque propuesto por *Engel* (1977), constituye de hecho el aporte que los psicólogos de la salud en Cuba hicieron por vez primera en 1968. Se aborda la salud-enfermedad como proceso en el que está indisolublemente integrada la interacción de múltiples elementos, cuya consideración es indispensable para la formulación del diagnóstico y tratamiento adecuados. Apoyado en este presupuesto, se concibe entonces el vínculo que se establece entre médico y paciente como una interrelación terapéutica, desarrolladora e integral.

Esta forma de atención exije del equipo de salud, y en especial del médico, el enriquecimiento de su tarea profesional con diversos aspectos del contexto cultural, así como de una sensibilidad humana superior, en que se valore la espiritualidad del hombre para que se le atienda de forma integral y centrado en su problemática, más que en el presunto diagnóstico. Ello posibilitará el cumplimiento de seis importantes funciones:

- Ser excelente médico y especialista en medicina general integral.
- Estar orientado más hacia la comunidad –que es el medio natural en que el hombre vive– que hacia el hospital.
- Poner énfasis en la promoción, en la prevención, en el desarrollo de mejores estilos de vida y en la pesquisa –sin detrimento de la curación.
- Robustecer la riqueza humana de la comunidad.
- Establecer una relación con el paciente que desborde el estrecho marco de su enfermedad, para devenir en una dimensión continua y totalizadora en el contexto de su familia.
- Devenir en consejero, educador y guía.

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

Hemos visto cómo la salud se enriquece cuando la enfocamos desde el ángulo del grupo familiar. Cuando se vislumbra la acción de la familia como *un todo* sobre cada uno de sus integrantes, la salud adquiere dimensiones nuevas. Deja de ser un atributo individual casi mágico para convertirse en un verdadero proceso. ¿Cómo se siente un individuo en el seno de una familia interactiva, donde se sabe realizado, donde cada uno de sus miembros contribuye a su crecimiento personal? Aquí podemos ver la acción de la familia sobre el individuo.

Por otra parte, vemos cómo hay familias "sanas" y familias no sanas". Esa dimensión abstracta, que raramente puede descomponerse en sus partes integrantes, pero que funciona como un engranaje casi perfecto, hace que se vislumbre el "clima familiar", esa especie de "atmósfera" grupal, de la que uno se da cuenta, pero que es difícil transmitir con palabras. Cuántas veces no hemos oído: "¡Si mi familia fuera así!", añorando esa paz y armonía que perciben en otra que constituye su ideal. Esta es una de las formas que adopta la llamada salud familiar, que como se aprecia, es algo más que la salud de cada uno de sus miembros.

Ya no es solamente aquel hombre aislado como ente individual que aporta algún órgano de su economía fisiológica para que "se lo arreglen". Visto el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva mucho mayor, la salud deviene en una dimensión que también es psicológica y social. Ya no basta con establecer un diagnóstico y prescribir un tratamiento, sino que es necesario buscar los factores que contribuyeron a ese desequilibrio y el impacto que ejerce en otros componentes de la vida. En este sentido, en el caso de las enfermedades crónicas por ejemplo, es muy importante que el paciente acepte su problema, que su modo de afrontarla no sea ni negarla, ni huir, ni refugiarse en la fantasía o en sustancias psicotóxicas.

Asimismo, se debe ayudar al paciente a enfocar el problema en cómo el impacto de su enfermedad pudiera incidir en los demás miembros de la familia, en factores tales como la ocupación, los cambios en el estilo de vida, así como en las modificaciones que a veces se producen en la propia estructura familiar. Piénsese en un amputado, en un anciano cardiópata, en los padres de un retrasado mental, etc. Desde luego que se hace necesaria la participación de un equipo multidisciplinario integrado por el médico, la

enfermera, la trabajadora social, el psicólogo, el terapeuta ocupacional y otros.

Esto nos lleva a considerar muy seriamente que todo médico general básico o especialista en medicina general integral, debe conocer los fundamentos generales y rudimentos de la terapia familiar.

DEFINICIONES DE FAMILIA

Existen numerosas definiciones de familia. No obstante, este grupo primario ha permanecido a lo largo de la historia desde los orígenes mismos de la civilización. Cada formación económico-social, dada las características de su base económica y las relaciones que se establecen en el marco de la producción, imprime determinadas modalidades a los diferentes conglomerados humanos que se estructuran en ella. Y la familia no constituye una excepción.

Por tanto, la definición de este tipo singular de agrupación humana no es tarea sencilla. Puede ser el conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo y que están relacionadas entre sí por vínculos de parentesco o de consanguinidad. También se da el caso de que en este conjunto conviven amistades, o sea, personas que no tienen estos lazos mencionados. Hemos escuchado frases tales como: "en mi casa somos cinco de familia: mi madre, mi esposo, mi hijo y una amiga de la infancia de mi mamá, a quien yo quiero más que a mi propia tía."

Pero también nos referimos a la familia cuando consideramos a todos aquellos que teniendo lazos de consanguinidad, no comparten el mismo techo. Esto se pone de manifiesto cuando se habla por ejemplo de "la familia Gutiérrez-Sandoval", o cuando afirmamos:"... sí, hace tiempo que no sé de él porque vive en Camagüey, pero somos familia". Como se ve, la familia tiene una connotación muy laxa, amplia y de múltiples interpretaciones. No obstante, para los efectos de la sociedad y de la investigación médico-sociológica ofrecemos diversas definiciones de familia:

- La definición del Censo de Población de 1981 de la República de Cuba plantea que es el conjunto de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentados hasta el 4to. grado de consanguinidad –padres, hijos, nietos, tíos, sobrinos y primos– ,y 2do. grado de afinidad –cónyuge, suegros, nuera, yerno, cuñados e hijos adoptivos.
- La OMS la define como el grupo de personas del hogar con cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio.
- Mi definición es: conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo en razón de vínculos consanguíneos y/o de afinidad, y que a los efectos de las normas sociales vigentes deben procurarse ayuda mutua, compartir los recursos, comunicarse entre sí, procurarse el bien propio, así como contribuir al de su comunidad.

Existen también las llamadas formas cuasi-familiares, como son las siguientes:

- **La familia comunitaria**. Integrada por diversas personas, algunas de las cuales pueden tener lazos de consanguinidad o de afinidad, y que se agrupan bajo un mismo techo. Este puede ser el caso de familias albergadas debido a diversas razones –catástrofes naturales, colaboración internacionalista, el propio deseo de unirse, etc.
- **La familia de padres solos**. Constituida por una sola persona.
- **Las parejas homosexuales**.
- **Las uniones consensuales**. O sea, parejas que oficialmente no constituyen un matrimonio por no estar legalizada dicha unión.

SURGIMIENTO DE LA FAMILIA

Tradicionalmente se considera a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad. A lo largo de las diferentes estructuras socioeconómicas que han existido, la familia ha permanecido como eje central del conglomerado social. *Lewis Morgan*, señala:

La primera forma de familia que se conoce es la llamada *familia consanguínea*, correspondiente al estadio primitivo de sociedad en la Polinesia, la cual explica su origen por el matrimonio entre hermanas y hermanos en grupo. Todos los consanguíneos, próximos o lejanos, caen bajo esta clasificación en cinco categorías. Así yo, mis hermanos y hermanas y mis primos hermanos, segundos, terceros y más remotos, varones y mujeres, constituimos el primer grado o categoría. Todos ellos, sin distinción, son mis hermanos y hermanas. El término *primo* está empleado aquí en su sentido actual. Mi padre y mi madre, juntamente con sus hermanos y hermanas y sus primos hermanos, segundos, terceros, y más lejanos constituyen el segundo grado. Todos ellos sin distinción son mis padres. Mis abuelos y abuelas, por parte de padre y de madre, con sus hermanos y hermanas y todos sus primos, constituyen el tercer grado. Todos ellos son mis abuelos. Por debajo de mi, mis hijos e hijas, con sus diversos primos, en la misma forma anterior, constituyen el cuarto grado. Todos ellos sin distinción son mis hijos. Mis nietas y nietos, con todos sus primos, constituyen el quinto grado. Todos ellos, de la misma manera, son mis nietos. Además, todos los individuos del mismo grado son hermanos y hermanas entre sí. De este modo, todos los parientes posibles de una persona caen dentro de cualquiera de

estas cinco categorías y cada una da a todos los demás de su categoría el mismo tratamiento. A no ser por la singular persistencia de los sistemas de consanguinidad, no habría podido conservarse hasta nuestros días ese notable episodio de la primitiva condición de la sociedad.

La *familia punalúa* reemplazó a la consanguínea y fue una etapa de transición. Dado que en la familia consanguínea, que incluía en la relación matrimonial a hermanos y hermanas propios y también a los colaterales, bastó con excluir a los primeros y conservar a los otros en el grupo, para cambiar la familia consanguínea en punalúa. En esta, dos o más hermanos con sus esposas, o dos o más hermanas con sus maridos, se inclinaban a la posesión entre ellos, en común. La forma de matrimonio que descubrieron creaba el grupo punalúa, en el que maridos y esposas se casaban conjuntamente en grupo. Cada uno de estos grupos, incluyéndose a los hijos de estos matrimonios, constituían una familia punalúa, porque una se componía de varios hermanos con sus esposas y la otra de varias hermanas con sus maridos. Los hermanos dejaron, por tanto, de casarse con sus propias hermanas y una vez que la organización gentilicia hubo logrado todos sus resultados sobre la sociedad, dejaron también de hacerlo con sus hermanas colaterales.

La *familia sindiásmica* fue especial y peculiar. Comúnmente varias de ellas ocupaban una vivienda formando un hogar colectivo y practicando el principio del comunismo en su modo de vivir. Tenía como base el matrimonio de parejas solas y ofrecía algunas características de la familia monógama. La mujer era algo más que la esposa principal de su marido; era su compañera, la que preparaba los alimentos, y la madre de hijos que ahora comenzaban, con alguna certidumbre, a considerarse hijos propios. El matrimonio no se basaba en los sentimientos, sino en la conveniencia y en la necesidad. Correspondía a las madres, concertar el matrimonio de sus hijos; este se negociaba por lo común, sin el conocimiento de las partes contrayentes y sin requerírseles su consentimiento previo. Así ocurría que se celebrara muchas veces entre individuos que no se conocían entre sí.

La *familia monógama*, era la agrupación de un número de personas libres que formaban una familia sujeta a la autoridad paterna, constituida con el propósito de mantener la ocupación de tierras y criar rebaños y manadas.

De hecho, este último tipo de familia es el que predomina hasta nuestros días. Al decir de *Federico Engels* en su obra *El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado*, la familia no surgió por amor, sino por razones económicas.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia como institución expresa el conjunto de valores de la sociedad en la que tiene lugar, así como cumplimenta toda una serie de normas y patrones que se reproducen de generación en generación. Desde luego que cada una de estas últimas, enriquece a la que le precede al fortalecer rasgos de esta y modificar otros. No obstante, en cada formación socio-económica, la familia cumple determinadas funciones y casi todos los autores coinciden al señalarlas, salvo ligeras diferencias fundamentalmente en el orden semántico. En general, las funciones que cumple la familia son las siguientes:

La función biológico-social. Se manifiesta por medio de la reproducción de la población y de la propia familia, la sexualidad y la fecundidad. Esta función se expresa en el orden sociológico en el cuadro demográfico de la población. Aquí están contenidos aquellos procesos que tienen que ver con la conducta reproductiva y está concebida como biológico-social, pues si bien la reproducción y todo el conjunto de factores en torno a la sexualidad constituye una necesidad biológica, la forma en que se satisface esa necesidad está regida por leyes sociales. La familia desempeña un papel fundamental, pues los valores se transmiten de padres a hijos, de familia en familia. Esta función es imprescindible, ya que si se suprimiera, la familia como ente social se acabaría. Desde luego que la manera en que se cumple esta función está en dependencia de las condiciones de vida en todo sentido –material, económico, político e ideológico.

Por otra parte, diversas investigaciones han demostrado que por ejemplo, la tasa de natalidad disminuye con el incremento del desarrollo económico y del nivel educacional-cultural, con la incorporación de la mujer al trabajo, con la extensión de los servicios de salud y con la creciente urbanización, entre otros.

La función económica. Garantiza la integridad de sus integrantes por medio de la satisfacción de las necesidades de consumo. Tareas como el dispendio del presupuesto familiar y las actividades cotidianas del hogar, entre otras, satisfacen esta necesidad. En los últimos años, la incorporación de la mujer al trabajo ha hecho que el cuadro doméstico se haya modificado. El hombre, que antaño era el único sostén económico del hogar, ahora comparte con su esposa no solo el ingreso sino las tareas de la casa e incluso la atención de los hijos. Y aunque por supuesto, esto no constituye necesariamente una característica generalizada en nuestro país, la tendencia es creciente. En Cuba existe el *Código de Familia*, que aun cuando no es de obligatorio cumplimiento, en él se contemplan estos aspectos.

La función espiritual-cultural. Es de importancia magistral, ya que por medio de ella se transmiten los valores, se forman los sentimientos y se perpetúa toda la riqueza que emane del amor y de la solidaridad humanos. La cultura en general se encarga de transmitir a las generaciones subsiguientes los roles y valores de la familia. Nuestras experiencias nos han sido transmitidas a través de innumerables generaciones de desarrollo y valores sociales cuidadosamente elaborados. Cada sociedad transmi-

te aquellos pensamientos, acciones y actividades que forman parte de su modo de producción.

En nuestro país se han llevado a cabo investigaciones que han situado como variables de estudio a la dinámica familiar, la relación familia-escuela, la comunicación padre-hijo, el modelo parental, las valoraciones de los adolescentes y los roles familiares entre otros. *Álvarez, Puñales* y *Castilla* (1985) estudiaron adolescentes entre 14 y 15 años, pertenecientes a una secundaria básica urbana del municipio Guanabacoa. Los resultados obtenidos evidencian que las variables comunicación, padre-hijo, padres como modelos y formas de control de la actividad de los adolescentes, permitieron distinguir cualitativamente a los grupos de sujetos con adecuado e insuficiente desarrollo político-moral, por lo que la presencia de estas variables en sentido positivo está asociada con un adecuado desarrollo de esta esfera de la personalidad en el grupo estudiado. Al parecer, la variedad, profundidad y carácter de la comunicación padre-hijo están íntimamente vinculados con la selección de los padres como modelos positivos, sobre la base de cualidades político-morales acordes con nuestra sociedad, y además se encuentran asociados con la existencia de un control de la actividad del adolescente, efectivo, indirecto y ajustado a las características de la edad.

En la Maestría en Psicología de la Salud, muchos graduados han hecho su Trabajo de Terminación de Maestría diseñando programas de intervención psicológica. Así por ejemplo, uno de ellos está dirigido a los individuos que enfrentan por vez primera los roles de padre y madre, para contribuir al correcto desempeño de estos, a fomentar sentimientos asociados con la maternidad-paternidad y a la vivencia de los conflictos que se presentan ante esta nueva etapa de la vida (*Sarmiento*, 1966).

FAMILIA Y PROBLEMAS DE SALUD

La enfermedad (individualmente concebida) es un proceso que genera un desequilibrio no solo en la persona enferma, sino que abarca áreas más extensas. Un individuo en este estado implica al mismo tiempo una familia enferma, pues las repercusiones incluyen los sectores económico, laboral, de relación, sociales, afectivos, etc. Es por ello que el médico debe tratar todos los problemas de salud de la persona, para lo que se centrará en el contexto familiar. Por ejemplo, en las *crisis agudas* tales como infarto del miocardio, hepatitis o SIDA, el médico y el equipo de salud deberán tener presentes todos los recursos disponibles por parte de la familia, así como valerse de esta como un gran sistema de apoyo que pueda contribuir al restablecimiento del equilibrio perdido.

Con las *enfermedades crónicas* sucede otro tanto. El rol del médico deberá estar encaminado a asistir a cualquier miembro de la familia, que por estar al tanto constantemente del paciente, pueda sentirse extenuado o desarrollar una depresión o ansiedad reactiva. Debe incorporar recursos psicoterapéuticos breves y sencillos, el simple acto de apoyo al familiar ya es una extraordinaria contribución.

Las *neoplasias* constituyen dentro de las enfermedades crónicas un capítulo especial, ya que el impacto emocional tanto del paciente como de la familia es enorme. El cáncer tiene marcado el signo de la muerte para la mayoría de las personas, por lo que un diagnóstico de este tipo implica una sentencia sumaria. El médico está obligado a trabajar con todos los miembros de la familia durante los diferentes estadios de la enfermedad, que pueden ir desde la negación en los primeros momentos, pasar por la blasfemia, la ira, o la depresión en las etapas intermedias, hasta la aceptación de lo inevitable. No siempre esta es la evolución de la enfermedad, por tanto, también deberá estar preparado para afrontar con la familia un pronóstico favorable.

Uno de los problemas que involucran a la familia de una manera tremenda es ante la presencia de *enfermos psiquiátricos* o con *trastornos de personalidad* y conducta. En estos casos es necesario conocer cómo se tratan a estos pacientes por parte de la familia. Igualmente, el médico deberá conocer aspectos de la dinámica familiar, ya que muchas veces esta es de por sí un factor que contribuye a diversas enfermedades concebidas como trastornos psicosomáticos. Ese es el caso de muchas manifestaciones de asma bronquial, migrañas, úlceras duodenales, etc.

El estrés psicológico es uno de los problemas más acuciantes del presente. Numerosas investigaciones han demostrado que el estrés mantenido contribuye a la depresión del sistema inmune, por lo que en esas condiciones la persona es presa fácil de cualquier afección aguda o inclusive crónica. Se ha puesto en evidencia que más del 70 % de síntomas tales como cansancio, cefalea y trastornos gastrointestinales tienen una relación muy estrecha con el estrés psicológico y la ansiedad. *Holmes* y *Rhye* (1967) han identificado 43 acontecimientos de la vida que consideran como estresantes.

El médico debe estar en condiciones de afrontar la muerte de cualquier miembro de la familia. En este sentido puede ayudarla a tomar decisiones o a prepararla para la despedida final. Recuérdese que cuando ya nada se puede hacer, hay que "ayudar al bien morir del paciente".

Las diferentes crisis por las que atraviesa la familia –ver epígrafe sobre crisis– es otra área que el médico debe dominar a fin de poder prestar ayuda eficaz, incluso si corresponden a aquellas que están en consonancia con las etapas del ciclo familiar, como el parto por ejemplo. Hay numerosos casos de parturientas que desarrollan la llamada *psicosis postpartum* que generalmente

regresan, pero que el médico debe estar presto no solo a tratarla sino al consiguiente manejo familiar para afrontar tal situación. Igualmente en los casos de accidentes, muertes prematuras, etc., se debe tratar a la familia.

Es importante que todo médico tenga siempre en mente estas cuatro preguntas (*Poon*, 1990):

- ¿Qué está pasando en esta etapa del ciclo de vida familiar?
- ¿Cómo se presentan el paciente y su familia en términos de síntomas y quejas?
- ¿Cuáles pudieran ser las dificultades y los problemas subyacentes, ocultos o inconscientes que enfrenta la familia en esta etapa del ciclo vital familiar?
- ¿Cuántos recursos están disponibles para ayudar a la familia en esta etapa?

ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar señala a grandes rasgos cómo está constituida la familia. Además de registrar el número de componentes, indica la manera en que estos están agrupados. Por esta razón, la estructura familiar constituye de por sí una clasificación demográfica de la familia. Así vemos cómo acorde con ello, las familias pueden adoptar las siguientes estructuras:

La familia nuclear. Es aquella que está compuesta por el padre, la madre y los hijos, en caso de que existan. Se establecen lazos de unión por consanguinidad de primer grado y de afinidad de primer grado. Esposo y esposa solos constituyen también una familia nuclear. En caso de que haya ausencia de uno de los progenitores, bien sea por divorcio o fallecimiento, será una **familia nuclear incompleta**. Como se aprecia, en este tipo de estructura pueden coexistir hasta dos generaciones (fig. 5(a)).

La familia extensa. Es aquella que está constituida por tres generaciones. O sea, abuelos, hijos y nietos. Existen lazos de consanguinidad de primer y segundo grados y de afinidad de primer grado. Siguiendo la misma pauta que en la anterior, puede existir ausencia de uno de los abuelos o hijos. Será entonces una familia extensa incompleta (fig. 5(b)).

La familia ampliada. Es aquella que está constituida por cualquier cantidad de miembros familiares, no importa el grado de consanguinidad ni de afinidad, así como puede incluir también amistades (fig. 5(c)).

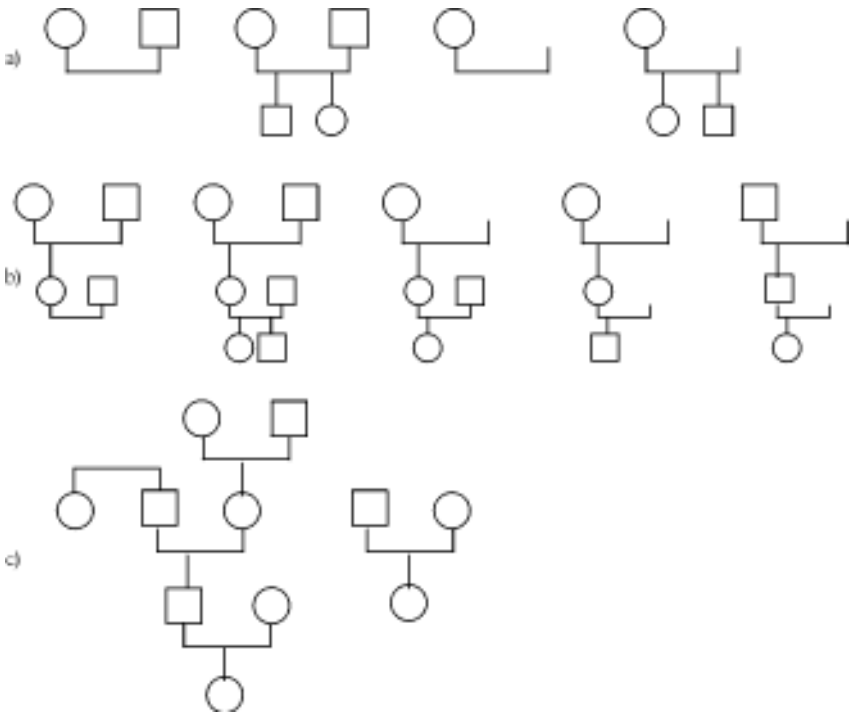


Fig. 5. *Organigrama familiar. a) Familia nuclear. b) Familia extensa. c) Familia ampliada.*

Revilla et al. (1991) ofrecen el siguiente criterio clasificatorio para la estructura familiar:

- **Familia extensa**. Aquella en la que se mantiene el vínculo generacional y conviven en un mismo hogar más de dos generaciones.
- **Familia nuclear**. Formada por dos individuos de distinto sexo que ejercen el papel de padres, y sus hijos
- **Familia nuclear con parientes próximos**. Aquella familia que tiene en la misma localidad a otros miembros familiares, fundamentalmente la madre de uno de los cónyuges.
- **Familia nuclear sin parientes próximos**. Cuando no tiene familia en su misma localidad.
- **Familia nuclear numerosa**. Formada por los padres y más de cuatro hijos.
- **Familia nuclear ampliada**. Cuando en el hogar conviven otras personas, que pueden ser:
  - **Parientes**: abuelo, tío, etc.
  - **Agregados**: personas sin vínculo consanguíneo, servicio doméstico, huéspedes, etc.
- **Familia binuclear**. Cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distinto progenitor.
- **Familia monoparental**. Constituida por un solo cónyuge y sus hijos.
- **Personas sin familia**. Se incluyen en este epígrafe no solo al adulto soltero, sino también al divorciado o el viudo sin hijos.
- **Equivalentes familiares**. Individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, etc.

CICLO DE VIDA FAMILIAR

El ciclo de vida normal de una familia se puede concebir como un proceso que consta de cuatro fases. Este modelo, que constituye una reelaboración de una propuesta de la OMS, tiende a aplicarse solo en zonas de baja mortalidad (*Rodríguez Ruiz*, 1990). Este esquema de ciclo de vida familiar es aplicable solamente a la familia nuclear (cuadro 9).

Al igual que la mayoría de los seres vivientes y los objetos, todo en la vida tiene un inicio, un desarrollo y un final. El ciclo vital de la familia considera que la familia como conjunto, como todo ente social viviente, sigue las mismas pautas de desarrollo desde su comienzo hasta su terminación.

En el cuadro se sintetizan las diferentes etapas por las que atraviesa la vida de la familia. La primera (formación) abarca el inicio de la nueva familia, que es el matrimonio o la constitución de la pareja estable, dada en matrimonio. Esta etapa concluye con el nacimiento del último de los hijos. Ya a partir de aquí se solapan o superponen los comienzos y finales de cada fase, pues estos acontecimientos, como la vida misma, no tienen fronteras nítidamente definidas. Son como se expresa, fases. Es por ello que el comienzo de la segunda etapa coincide con el final de la primera y termina cuando el primero de los hijos abandona el hogar.

Obsérvese que el final de la etapa de extensión y el comienzo de la de contracción no es cuando el primer hijo que nació abandona el hogar, sino cuando uno de ellos, cualquiera, es el que inicia su vida de adulto al mudarse a otra casa. Igual sucede con el último, que no es el que nació al final, sino, el último del total de hijos que se va de la casa.

Cuadro 9. *Ciclo vital de la familia*

Fases del ciclo de vida familiar	Acontecimientos que la definen	
	Comienzo de la fase	Final de la fase
Formación	Matrimonio	Nacimiento del último hijo
Extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
Contracción	El primer hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

CRISIS DE LA FAMILIA

Las llamadas crisis familiares (*Rodríguez Ruiz*, 1990) constituyen cambios cualitativos que se operan en la familia como resultado de acontecimientos que suceden en esta. Estos cambios o transformaciones pueden ser la consecuencia de circunstancias propias de la dinámica normal en el transcurso de las fases del ciclo de la familia. Por ejemplo, cuando se instituye el **matrimonio**, que es el acontecimiento que define la primera etapa o formación, esto genera una transformación tanto en el esposo como en la esposa, pues ambos deben asumir un nuevo rol en su vida —el rol de marido y mujer—. Ello comporta toda una serie de ajustes, cambios, adaptación, transigencias y concesiones recíprocas para que el matrimonio no solo comience, sino que

crezca y se desarrolle. Este es un ejemplo y el sentido de las llamadas crisis transitorias. Véase que no comporta tragedia, drama o tristeza, sino justo lo que señalamos anteriormente, un cambio cualitativo en la vida de la familia.

Cuando el cambio o la transformación que se opera en la familia no obedece a circunstancias propias del proceso normal del ciclo de vida de la familia, sino a causas fortuitas, ajenas al desarrollo armónico de las distintas etapas, entonces estamos en presencia de una crisis no transitoria. Ejemplos de este tipo de crisis son: la hospitalización por enfermedad aguda, la infidelidad, un embarazo no deseado, etc. Por supuesto que todos estos acontecimientos conllevan igualmente cambios cualitativos o transformaciones sustanciales en la vida de la familia.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS FAMILIARES

CRISIS TRANSITORIAS O RELACIONADAS CON LAS FASES DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Fase	Crisis
Formación	Matrimonio Nacimiento del primer hijo y siguientes Rol de padres Entrada en institución preescolar
Extensión	Cese de la tutela
Contracción	Rol de abuelo(a) Jubilación
Disolución	Rol de viudo(a)

CRISIS NO TRANSITORIAS O NO RELACIONADAS CON LAS FASES DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

Tipo de crisis	Acontecimientos
Por desmembramiento	Muerte de un hijo, muerte del cónyuge en cualquiera de las dos primeras fases, hospitalización, separación, separación transitoria por misiones, etc.
Por incremento	Embarazo no deseado, regreso del que abandonó, reunión de la familia por situaciones imprevistas, adopciones, llegada de abuelos
Por desmoralización	Enfermedades graves incluyendo las psiquiátricas, retraso mental, inadecuada distribución de roles familiares, inadecuado cumplimiento de roles, accidentes, bajo nivel cultural que afecte las relaciones, pareja infértil, problemas con la vivienda y el medio
Mixtas	Ilegitimidad, fugas, abandono, divorcio, encarcelamiento, suicidio, ingreso en instituciones por enfermedad mental, sexual o retraso intelectual

CONDUCTA DE LA FAMILIA EN ESTADO DE SALUD

La mayoría de los enfoques teóricos establecen diferencias solamente entre la conducta en estado de salud y la conducta en estado de enfermedad. La definición de la primera incluye actividades dirigidas a la prevención, por aquellos que estiman que están sanos (*Kasl y Cobb*, 1996). En este sentido, la conducta en estado de salud se concibe en dos vertientes: una, que abarca la dimensión consciente llevada a cabo para prevenir enfermedades –conducta para evitar el riesgo–; y otra que incluye aquellas actividades que son parte de una conducta social más amplia, pero que no obstante influyen en la salud. Esta última es la que se conoce como *conducta mantenedora de salud*, que tiene que ver con el cuidado del niño, la preparación de sus alimentos y la higiene, entre otras.

El concepto de conducta mantenedora de salud no es fácil de estudiar. Nuestra propia incapacidad como profesionales de la salud para concebirla solamente como la ausencia de enfermedad, es un obstáculo para abordar la conducta en estado de salud. Al contrario de lo que sucede con las tareas desarrolladas para combatir la enfermedad, la mayoría de las actividades que se despliegan para mantener la salud no están dirigidas conscientemente a ese objetivo. Por eso es difícil identificar las conductas relevantes

que **mantienen la salud** y aislarlas de la compleja trama social y cultural. Eso sucede también con respecto a las diferencias entre una cultura y otra, pues la conducta que se considera apropiada en una, no lo es en otra.

Sin embargo, estos problemas metodológicos no deben inhibir el estudio de este tema tan importante, pues si bien hasta no hace mucho estos aspectos eran despreciados o minusvalorados, la literatura reciente acerca de los estilos de vida y el medio ambiente, y su influencia en el estado de salud ha mostrado la necesidad de promover investigaciones sobre el mantenimiento y la promoción de la salud.

DIFERENTES TIPOS DE ESTUDIOS SOBRE LA FAMILIA

Uno de los métodos de estudio que aporta muchos elementos en cuanto al mantenimiento de la salud son los llamados estudios sobre el empleo del tiempo. Estos se refieren al mantenimiento de la salud de la familia y del individuo. Para abordarlos es necesario partir de conceptos epidemiológicos, así como del funcionamiento de la familia, de los roles, de las actividades, de los valores de cada integrante, así como de la comunicación entre ellos. Estos estudios han sido ampliamente desarrollados en la atención primaria para conocer los roles de la mujer, tanto en el hogar como fuera de él. Son particularmente útiles para estudiar las conductas en estado de salud, especialmente cuando se combinan con métodos cualitativos de investigación tales como la *observación participante, entrevistas en profundidad* y *estudios de caso*. Los datos cualitativos que se obtienen por medio de estos métodos, complementan los datos cuantitativos obtenidos por los procedimientos tradicionales de encuestas, como por ejemplo los trabajos de *Nag, Anker* y *Khan* (1980).

Los *estudios antropológicos tradicionales* son otro método importante que no está reñido con el anterior. De hecho, se puede precisar el uso del tiempo en este tipo de estudio. Este se emplean fundamentalmente para conocer las prácticas nutricionales, así como las técnicas para la crianza infantil. Ambos tienen dos vertientes: una que se centra en torno a las creencias culturales como el factor principal que determina la conducta en estado de salud –lo que se come, cómo se prepara, grado de libertad dado al niño, restricciones, autoritarismo, etc. –; mientras que la otra enfatiza los aspectos económicos, políticos y sociales. Por ejemplo, el análisis de las actividades que la familia realiza día a día, sus movimientos y la interacción que se produce en ella, son tributarios de este tipo de abordaje. Por ejemplo, *Dickie* y *Knight* (1981) en su estudio epidemiológico de la distribución de la hepatitis B en familias, se centró en la interacción familiar.

Los estudios sobre *conducta tendiente a reducir el riesgo* incluyen actividades tomadas por una persona con el propósito de prevenir enfermedades, malestares o accidentes. Esto requiere que la persona tenga un concepto consciente de lo que es la salud y cuáles son aquellas circunstancias que la amenazan. En contraste con el mantenimiento de la salud, la reducción del riesgo sitúa su meta en la prevención de la enfermedad. Los conceptos de *enfermedad* y *causas de enfermedades* son los que diferencian la conducta tendiente a reducir el riesgo de la conducta mantenedora de la salud.

Para actuar con el propósito de reducir los riesgos que atentan contra la salud, no basta con sentirse amenazado, sino también que uno ejerce control sobre lo que puede enfermarnos o no. El grado de control que la persona cree que tiene sobre las condiciones que pueden generar enfermedad, varía grandemente de una a otra. El concepto de *locus de control* fue introducido por *Rotter* (1967), para medir el grado en que las personas aceptan su propia responsabilidad en lo que respecta a dañar su salud. Así, el *locus de control* puede estar situado en la persona o fuera de ella.

Los estudios de la *conducta en estado de enfermedad* se definen como cualquier actividad llevada a cabo por una persona que se siente mal o enferma, para definir el estado de su salud y para descubrir (y aplicar) un remedio eficaz. Se diferencia de la *conducta tendiente a reducir el riesgo* en que se requiere el reconocer que se está enfermo y se situa como meta la curación más que la prevención. Esta área ha sido la más trabajada, en parte debido a que la conducta en estado de enfermedad es consciente y puede ser aislada de otras conductas con mucha mayor facilidad, así como también debido a que tradicionalmente los servicios de salud se perciben en general como centros dirigidos a la curación. En su estudio experimental sobre la prevención de accidentes en un grupo de trabajadores cañeros en Puerto Rico, *Suchman* (1967) planteó un esquema de trabajo en que situó los siguientes factores que estimaba que producía el rechazo o la aceptación de diferentes medidas de seguridad:

- El reconocimiento de la seriedad del problema.
- La aceptación de la vulnerabilidad personal.
- La predisposición para tomar una acción.
- La motivación para actuar.
- La habilidad para actuar.
- El conocimiento de la acción deseada (saber cómo actuar).
- Confianza en la acción deseada.

Como se aprecia, este modelo es más complejo que los modelos que se aplican generalmente en los trabajos de educación para la salud en que casi siempre se toman solo dos factores: el conocimiento y la confianza en que la acción aportará una solución al problema. La aplicación del modelo de *Suchman*, sin dudas, es de mayor ayuda para incrementar la conducta tendiente a reducir el riesgo.

22. La familia desde una perspectiva sistémica

Maida Rancel Hernández

En el Código de la Familia en Cuba dice que "la familia constituye el centro de las relaciones en la vida en común y satisface hondos intereses afectivos y sociales de las personas". Al aumentar el ritmo de la vida, la familia se hace cada vez más necesaria para la satisfacción de las necesidades espirituales del hombre, por lo que desde el punto de vista psicológico se hace importante, como nunca antes, para la salud de sus integrantes.

Pero el estudio de la familia como grupo social constituye una necesidad para el profesional de la salud; además, por ser este el grupo que más influye en la formación de la personalidad, en ella se adquieren las creencias, los temores, así como los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad; el funcionamiento familiar puede ser causa de estrés para sus miembros; por otra parte, la familia constituye el sistema de apoyo social más utilizado en situaciones estresantes, como pueden ser, la pérdida de un ser querido, una enfermedad, etc.

Para el profesional de la salud, el núcleo familiar que convive en el hogar bajo el mismo techo y que generalmente tienen vínculos de consanguinidad y afecto, es el concepto fundamental de familia pues es a estos a quienes atenderá en la comunidad. No obstante, en la atención a la familia es importante tener en cuenta la presencia de otros familiares que, aunque no convivan en el núcleo, pueden estar influyendo en la satisfacción de las necesidades de sus miembros, por ejemplo, hijos que desde fuera del hogar ayudan económicamente, apoyan y brindan afecto a sus padres.

El modo de vida familiar puede ser definido como "la forma en que se desarrollan las funciones familiares en las condiciones de vida, tanto objetivas como subjetivas, de cada familia" (*Casales*, 1989).

La familia al cumplir con sus funciones lo hará como un sistema, por lo que al estudiar la familia como grupo psicosocial y determinar la salud de sus miembros, hay que hacerlo desde una perspectiva sistémica. Esto resulta necesario cuando se interviene en la familia con el fin de modificar el funcionamiento que afecta la salud de sus integrantes.

El enfoque sistémico constituye uno de los requisitos metodológicos más importantes de la dialéctica marxista-leninista. Los principios filosóficos y metodológicos generales en la investigación de los objetos de organización compleja fueron detallados por los clásicos del marxismo; fue *Marx* en su obra *El Capital* quien estableció los procedimientos lógicos metodológicos de la investigación sistémica.

Afanasiev, V (1979) definió el sistema como un conjunto de elementos, cuya interacción produce la aparición de nuevas cualidades integrativas no inherentes a los componentes aislados que constituyen el mismo.

En la familia, como grupo, el vínculo entre sus miembros es tan estrecho, que cualquier cambio que ocurra en uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros, y con frecuencia en toda la familia (*Casales*, 1989), tal es el caso de que cuando un niño enferma, la madre tiene que modificar el cumplimiento de sus funciones para dedicarse al cuidado del hijo, no solo dentro del hogar, sino fuera de él, por ejemplo, muchas veces tiene que ausentarse del trabajo.

De la definición de sistema se infiere, además, que la familia, como todo grupo social, constituye determinada integridad; es decir, no puede reducirse a la suma de las propiedades de sus componentes, ni de estos pueden deducirse las propiedades del todo, por lo que el análisis de una familia no es la suma de sus miembros individuales; sino que hay características que trascienden las propiedades de sus integrantes, como pueden ser los parámetros en la interacción entre estos.

Para aplicar las propiedades sistémicas a la familia como sistema, nos basaremos en el análisis de los grupos desde una perspectiva sistémica, realizado por *Casales* (1989).

ASPECTOS COMPONENTES DEL SISTEMA

Como en todo sistema, en la familia hay una combinación de componentes, que son sus miembros; pero existen además componentes de naturaleza espiritual, como son los sentimientos, valores, actitudes, etc., de sus integrantes, y otros elementos de naturaleza material que son utilizados en la satisfacción de sus necesidades, como son la vivienda, los equipos electrodomésticos y otros.

Es de gran importancia conocer las características de los miembros del grupo familiar –edad, escolaridad, sexo, ocupación, etc.–, para poder determinar en qué medida las propiedades de la familia dependen de su composición. Pero debemos destacar que

en la familia, como en todo grupo organizado, hay ante todo relaciones. Si deseamos intervenir en el grupo familiar para tratar de modificar elementos del modo de vida que resultan perjudiciales para la salud, es necesario conocer no solo las características de sus componentes, sino que resulta indispensable saber cómo interactúan los miembros dentro del grupo familiar y sus relaciones, pues son estas las que mantienen el sistema.

ASPECTO ESTRUCTURAL DEL SISTEMA

La familia como todo sistema tiene una estructura; esta se refiere a la organización interna, al modo en que interactúan sus integrantes, etc.

La estructura desempeña un importante papel en el sistema: si no existen vínculos estables e interacción entre sus integrantes, como ya se ha planteado, la familia deja de existir como sistema (*Casales*, 1989).

Una dimensión importante en la estructura son los subsistemas que la conforman; en este caso son los integrantes de la familia, pues para intervenir orientando a la familia en la solución de conflictos que afectan la salud de este grupo, debemos conocer cómo interactúan, es decir, cómo se relacionan los subsistemas; por ejemplo, la relación entre los cónyuges, o la relación entre el subsistema conformado por los cónyuges y el de los hijos.

La estructura familiar se modifica con el transcurso de los años como un proceso natural, especialmente la jerarquía, la cual se va modificando en la medida que los hijos crecen. A este proceso se le denomina **ciclo vital familiar**, en el que se dan períodos de estabilidad y otros de agudas crisis, propias del desarrollo.

La familia debe en cada uno de estos momentos de cambio, buscar el equilibrio y adaptarse a las nuevas condiciones; esto le permitirá fortalecerse como grupo y evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes. Por ejemplo, con la muerte de uno de sus miembros las funciones deben reajustarse, de forma que se mantenga el equilibrio familiar y así, evitar la sobrecarga de uno de los integrantes, como puede ser el otro cónyuge.

ASPECTO FUNCIONAL DEL SISTEMA

La familia cumple con determinadas funciones como grupo: la biosocial, la económica y la cultural-espiritual; pero estas son el resultado del funcionamiento de sus miembros.

Este aspecto es de gran importancia, pues se ha demostrado que el funcionamiento familiar, cuando es causa de estrés para sus miembros, influye en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en gran parte de las enfermedades psiquiátricas y los hace más susceptibles de padecer enfermedades infecciosas e incluso, influye en las conductas de riesgo de salud (*Louro,* 1993).

Tanto las funciones de los integrantes, como las del grupo como un todo, se realizan en el contexto de la organización interna, es decir, de la estructura familiar; por lo que cualquier cambio que se produzca en las características de sus integrantes o en sus relaciones, provoca cambios en sus funciones. Por ejemplo, cuando un anciano se jubila, no solo se modifican las funciones que cumple dentro del grupo familiar –pues comienza a realizar tareas que hasta ese momento no hacía y deja de realizar otras, aporta menos a la economía familiar, etc.–, sino que se modifican, además, las funciones de este grupo con el resto de la sociedad, fundamentalmente la económica.

Las funciones dentro del grupo familiar se pueden establecer de dos formas: *coordinada*, cuando se dan en concordancia horizontal entre los miembros de la familia –entre hermanos, esposos, etc,– o de forma *subordinada,* cuando la concordancia de las funciones es vertical de unos miembros a otros –los hijos menores se subordinan a los padres, etc.– y de los miembros a todo el grupo. La subordinación de las funciones indica el lugar específico, particular, y la significación desigual de cada miembro en la realización de las funciones familiares (*Casales,* 1989).

Es importante que esta concordancia de las funciones entre sus miembros, se establezca según las capacidades y expectativas de cada cual, pues se evitarían conflictos e insatisfacciones entre ellos, como a veces sucede, por ejemplo, cuando entre esposos se da una relación de subordinación y el cónyuge que ocupa la posición inferior está inconforme.

Es necesario tener en cuenta que cada familia posee patrones de conducta o "reglas de juego" que regulan el funcionamiento familiar; estos deben ser eficaces y adaptarse a las circunstancias, pero además, la familia debe poseer alternativas para su funcionamiento que permitan adaptarse a los cambios. Como en todo sistema social, en la familia la capacidad de cambio se da de forma relativamente rápida. Es necesario aclarar que, mantenerse estable no significa mantenerse "igual a sí misma", sino mantenerse organizada. Por ejemplo, la familia del niño tiene que ser diferente a la del joven.

ASPECTO INTEGRATIVO DEL SISTEMA

La familia es un sistema autodirigido, es decir, posee mecanismos de dirección que garantizan su integridad y desarrollo; este aspecto se refiere a la influencia ordenadora y dirigente del sistema (*Casales,* 1989). Esta influencia se ejerce por factores conscientes de dirección que no solo están presentes en la estructura

del grupo, como puede ser el líder o "cabeza de familia", sino también por factores externos al sistema familiar, como son las organizaciones e instituciones sociales.

El aspecto integrativo influye en la salud de la familia de forma especial, pues esta está condicionada en gran medida por el modo de vida familiar, por la forma en que se dirige y organiza el funcionamiento de sus miembros, qué necesidades son priorizadas para su satisfacción, etc.

FAMILIA Y SOCIEDAD

Como todo sistema de orden social, la familia está interrelacionada con otros sistemas. Es un sistema abierto que intercambia energía e información con su medio. Y es la célula básica de la sociedad, "constituye un microsistema funcional sujeto a leyes y normas que responden a las necesidades internas del grupo y a su vez refleja la realidad externa" (*Clavijo Portieles*, 1989).

La sociedad, la familia y el individuo se están influyendo y condicionando recíprocamente; la relación entre ellos tiene un carácter dialéctico, pero el papel determinante lo tiene la estructura socioeconómica de la sociedad.

La familia ha evolucionado a lo largo de todo el desarrollo histórico-social, se fue modificando en la medida que lo hacía la base económica de la sociedad. Cada formación económico-social ha determinado las leyes, normas y valores sociales que repercuten directamente en el funcionamiento familiar.

El medio social influye de manera notable en el funcionamiento y desarrollo de la familia como grupo, pero al analizarlo dialécticamente reconocemos que estas influencias se refractan a través de las propiedades internas del sistema familiar (*Casales*, 1989), es decir, a través de su estructura y funcionamiento; esto se evidencia en situaciones de epidemia, cuando cada familia estará amenazada y reacciona según las características de sus miembros y el modo de vida familiar.

SALUD FAMILIAR

Si como se ha planteado, la familia como grupo constituye determinada integridad que no se reduce a la suma de sus componentes, al aplicar este enfoque a la salud, inferimos que la salud familiar constituye "una síntesis diferente de la salud individual" (*Horwitz; Florenzano; Ringeling*, 1990), aunque la incluye.

Cuando estos autores hablan de la salud de la familia se refieren al "ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar". Por supuesto, para que se dé este equilibrio, es necesario que la familia funcione de forma armónica, pero además que sea flexible; pues al transformarse a lo largo de su desarrollo, debe modificar las reglas o pautas que rigen su funcionamiento, ya que las soluciones que en determinado momento fueron eficaces, pierden al paso del tiempo su eficacia y lejos de solucionar los problemas, lo que hacen es agravar la situación. Por ejemplo, la madre del joven al ver que su hijo se independiza trata de sobreprotegerlo como si aún fuera niño, y solo consigue que se aleje más.

Ferrándiz, A (1985) define la familia patológica como "aquella que utiliza sus reglas como un "juego sin fin", manteniendo "soluciones" que se han convertido en anacrónicas y convirtiendo lo que en un tiempo fue válido en la causa que perpetúa y agrava el problema por ser una conducta inadecuada en la solución; el problema es entonces, equivalente a la solución que intenta".

De todo lo anterior se desprende que la salud familiar incluye un funcionamiento adecuado del grupo, la salud individual de sus miembros, el nivel de interacción entre ellos, su capacidad para enfrentar las crisis, tanto las que son propias de su desarrollo como las que son provocadas por eventos accidentales, entre otros elementos.

23. Modo de vida, psiquis y salud

Ubaldo González Pérez

Los objetivos de la medicina cubana, por expresar la presencia de una revolución social, han tenido rápidas transformaciones que van desde enfrentar una mortalidad y morbilidad propias de país subdesarrollado, hasta crear un servicio de alta tecnología, enfrentar una transformación de la morbilidad hacia una semejante a la de países desarrollados, y la mayor aspiración por la que pueden luchar las ciencias de la salud: trabajar para conquistar un modo de vida saludable y una cultura de la salud para la población.

Estas transformaciones son el resultado de una evolución que comenzó por la conformación de una nación con una fuerte identidad nacional, construida bajo la influencia de un espíritu independentista que favoreció el triunfo de una revolución social, que transformó radicalmente el modo de producción y las relaciones de propiedad, con lo cual se pudo transformar la calidad de la vida y los servicios médicos con su consecuencia lógica, un notable progreso en el estado de salud de la población. Todo esto confirma lo planteado por *Lisitsin* "...el nivel de desarrollo de la medicina depende de las concretas condiciones de vida..."

La evolución económico-social y científico-técnica se refleja en las acciones médicas en la medida que se va transformando el modo de vida de la sociedad por efecto del desarrollo de la cultura material y espiritual, lo cual puede mostrarse de forma simplificada en estos cuatro pasos:

- Acciones médicas curativas tardías y de nivel técnico insuficiente, frente a enfermedades avanzadas en fase aguda. Pobre o ningún trabajo en promoción de salud, prevención y rehabilitación.
- Acciones médicas curativas de mayor nivel técnico y tempranas, frente a enfermedades detectadas por los primeros síntomas. Se inicia el trabajo de prevención, promoción y rehabilitación.
- Acciones médicas de alta tecnología frente a enfermedades incipientes. Chequeos médicos a personas sanas. Se desarrolla el trabajo de prevención y de promoción de salud en la comunidad. Surge la necesidad del médico de familia.
- Acciones médicas a partir de indicadores de riesgo o con personas sanas. Sistemas avanzados de vigilancia epidemiológica para la detección y control de los grupos de alto riesgo. Investigar y modificar la imagen de la salud y la enfermedad que posee la población, conjuntamente con la valoración que tiene de las acciones de salud y de las actividades nocivas del modo de vida. Educar la valoración que hace la población de la calidad de los servicios médicos, a través de una relación médico-población humanizada y ética. El hombre sano, la familia, las instituciones y la protección del equilibrio ecológico, pasan a ser objetivo priorizado de las ciencias de la salud. Etapa de centrar el trabajo en el mejoramiento del modo de vida y la calidad de vida, así como el desarrollo de una cultura de la salud.

Como se deduce fácilmente de estas cuatro etapas de la evolución de las acciones médicas, la medicina ha ido trasladando su campo de acción en el proceso salud-enfermedad: desde la enfermedad avanzada hasta la enfermedad en sus primeras manifestaciones, y de aquí a la salud y al medio en su concepción más amplia.

La velocidad con la que se ha desarrollado la cultura material y, por consiguiente, la diversificación de la actividad del hombre, ha sido muy rápida en comparación con los ritmos de adaptación y evolución psicobiológica; por lo tanto, la capacidad de regulación de su personalidad, las costumbres y modo de vida, están por debajo de sus capacidades cognoscitivas y creativas: por lo que el estrés, el sedentarismo, los hábitos nocivos –tabaco, alcohol y drogas–, la dieta inapropiada, rigidez y atraso de una parte del sistema de valores que no reflejan los progresos alcanzados en las concepciones sociomorales y motivan conductas inapropiadas, ambiciones, etc., se han convertido en nuevas trabas que deterioran la salud, paradójicamente, en una etapa de la humanidad de infinitas posibilidades de utilización de las ciencias y el conocimiento para el bienestar del hombre.

Muchos autores coinciden con *Glen Williams* al opinar que los principales factores que dificultan transformar la supervivencia infantil en el mundo son de tipo social y político, pero no técnicos. Algo semejante se podría decir cuando se analizan las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito, o por efectos de los hábitos tóxicos sobre la salud, o por el papel destructivo del estrés sobre la salud en las sociedades desarrolladas.

Todo lo anterior pone ante la dirección social una tarea actualizada: perfeccionar las relaciones económico-jurídicas y el modo de vida para que la educación pueda hacer el efecto necesario sobre el modo de vida de la población y el estilo de

vida de las personas, como medio fundamental para proteger la salud.

CONCEPTO DE MODO DE VIDA Y CONCEPTOS AFINES. SU DILUCIDACIÓN

Este tema ha sido abordado por el autor en otros materiales que se utilizan como texto y consulta en el Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, en la Escuela Nacional de Salud Pública y en la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia en Neiva, Colombia.

En el presente capítulo, el *modo de vida* es concebido como una categoría económica y sociohistórica, que incluye la vida espiritual y es utilizada para designar el conjunto de actividad vital, socializada y sistemática que realizan los hombres en sus distintos niveles de interacción social y grupal.

El modo de vida, como actividad vital sistemática de los hombres, se transforma de forma inmediata a los cambios en las condiciones de vida y estos, a su vez, están determinados, en última instancia, por los cambios en el modo de producción. No obstante, se ha precisado que sería erróneo creer que el modo de vida de las personas varía automáticamente tras las mutaciones de unas u otras condiciones socioeconómicas.

El modo de vida es la expresión en la actividad colectiva de los hombres y en la conciencia social, de la estructura económico-social y del grado de desarrollo de la cultura en cada época histórica.

En el nivel individual, la actividad sistemática del hombre se modela de forma diferente, se nutre del modo de vida familiar y social, pero es condicionada por la personalidad del individuo, y por esa razón debe diferenciarse del modo de vida; y al referirse al individuo he propuesto llamarla *estilo de vida* y limitar modo de vida para la actividad social y grupal.

Hay que tener en cuenta cómo asimila la persona esos cambios y en qué medida se plasman en su conducta y en sus actitudes. Debe resaltarse cómo se convierten en comportamientos automáticos y habituales.

El estilo de vida como unidad de lo social y lo individual, es concebido como la realización, en el plano de la actividad práctica del individuo, de su estilo de regulación psíquica, o lo que es lo mismo: la actividad de la personalidad realizada en la práctica social cotidiana en la solución de sus necesidades. Entre las actividades de sus necesidades básicas se encuentran la actividad laboral, educacional, nutricional, sexual, religiosa, física, recreativa, etc.

El estilo de vida y la actividad cotidiana que lo integra pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición o por su vida sexual, entre otras actividades.

Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población merecen ser estudiadas, ya sean positivas o negativas; estas nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

La socialización, que descansa en el mecanismo psíquico humano conocido como aprendizaje, hace posible la apropiación del modo de vida, al igual que por los mismos factores se incorporan o eliminan formas de la actividad y del modo de vida.

Todas las ciencias implicadas en el estudio del modo y el estilo de vida definirán y tratarán la parte de estos que constituya su objeto de estudio; por ejemplo, la economía, la sociología, la psicología y otras, sin que sea necesario delimitar fronteras entre unas y otras.

El estudio del estilo de vida del individuo y el modo de vida del grupo se transforma en necesidad para la psicología aplicada a la salud, pues en el contexto de este modo de vida se forma en el individuo el sentido subjetivo, las necesidades, el sistema de valores, las motivaciones, los conocimientos y hasta sus temores.

Precisamente en este contexto de actividad social sistemática representada primero por la familia, y después por el barrio y la escuela, es donde se desarrolla la psiquis de cada individuo, hasta llegar a apropiarse de los valores y normas sociales, los cuales adquieren autonomía en su subjetividad y hacen que se traslade el locus de control externo hacia el interior de la psiquis del individuo; de ahora en adelante el sujeto no solo se cuidará de las valoraciones o prohibiciones externas, sino también de las suyas, las del sentido moral de su conciencia. Por la complejidad en todas estas relaciones es necesaria la formación de la personalidad como un nuevo subsistema autorregulador de la psiquis.

La personalidad se identifica o subestima determinadas actividades del modo de vida, por lo que las hará suyas o no, y estructurará y dirigirá las actividades del estilo de vida de ese individuo concreto. Por tal razón, por ejemplo, si para el individuo no constituye una necesidad el cuidado de sus dientes, no hará uso de las ofertas de servicio estomatológico que se le brindan gratuitamente. Al igual le ocurre al diabético que no da valor al control estricto de la dieta, por lo que puede empeorar o llegar a padecer de neuropatía aun cuando disponga, igualmente, de una oferta de servicios médicos.

Las características del modo de vida de nuestra población en la década de 1960 fueron diferentes a las del 70 y a las del 80. Las conquistas económicas y sociales de la Revolución se reflejaron en el modo de vida; del mismo modo en la década del 90, los efectos del bloqueo, los errores y las dificultades económicas en la

dirección social y las insuficiencias jurídicas para el control social de los nuevos tiempos, también se reflejan en el modo de vida y por lo tanto en la salud. Un ejemplo de ello es el alza en los índices de tabaquismo, de alcoholismo, de aborto demandado, de suicidio, de accidentes de tránsito, y en el plano jurídico, los índices de delito contra la propiedad y de divorcio.

Por estas razones, los indicadores de riesgo en salud no pueden permanecer estáticos; y los investigadores están obligados a estudiarlos constantemente para ver su evolución y los ajustes a los planes y los programas que de ellos se deriven para la elaboración de las políticas de salud.

La experiencia de nuestro país en el aseguramiento de la equidad en el acceso a los servicios médicos demuestra que no basta con asegurar la oferta en los servicios médicos gratuitos, sino que es imprescindible crear las necesidades subjetivas de salud, valores y motivos en relación con la protección de la salud; por lo cual la educación en salud adquiere una nueva dimensión, al plantearse como tarea formar esas nuevas necesidades y valores en la conciencia de las personas, para que puedan influir en su estilo de vida y decisiones relacionados con el aprovechamiento de los servicios de salud que se le brindan. Se trata, pues, de modelar el nuevo modo de vida en función de la salud y el bienestar humanos.

En la medida que los hombres descubren y tienen acceso al uso de más objetos, de conocimientos y de procedimientos tecnológicos, van ampliando su actividad y las posibilidades de transformar su modo de vida. Cada paso alcanzado en el desarrollo de la sociedad puede transformar la vida y la actividad sistemática del hombre, por lo que estamos obligados a adecuar el modo de vida para evitar la contradicción entre el acelerado ritmo de cambio del proceso productivo y la lenta adaptación de los procesos psicobiológicos.

MODO DE VIDA COMO *PROBLEMA GLOBAL* VINCULADO A LA SALUD

El concepto de *problemas globales* es de reciente creación, pero no así la problemática incluida en este.

El grado de interdependencia económica y científico-técnica, junto al desarrollo de las comunicaciones entre las diferentes culturas, han contribuido a la universalización de los problemas más graves de la humanidad. El reconocimiento de esta realidad como amenaza de la existencia humana, reconocido por el llamado Círculo de Roma, permite a la vez percibir la posibilidad de enfrentar la realidad a partir de esa misma interdependencia de la existencia, del conocimiento y la voluntad universal para su solución.

En la década del 60, los gobiernos comenzaron a percatarse del daño causado al ecosistema por la explotación incontrolada de los recursos naturales, la magnitud de la producción de residuales contaminantes, el empobrecimiento y endeudamiento de los países subdesarrollados, los cuales constituyen gran parte de los proveedores de materias primas. Estos desastres unidos a otros más, tales como la creciente drogadicción, el comercio sexual internacional, y el abismo cada vez mayor de la calidad de vida entre los pobladores del norte y el sur, han afectado el modo de vida de la humanidad y sus consecuencias sobre la salud.

Para los propósitos de este capítulo no es necesario dilucidar la mejor definición de problema global; es suficiente entender que son aquellos problemas que dañan el progreso social, la salud, la civilización y la emancipación del hombre a escala internacional, que tienden a someter la identidad cultural y el modo de vida de los países económicamente más débiles, y que para su solución necesitan de transformaciones revolucionarias en la cooperación de las naciones.

El modo de vida ha sido afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. En las grandes ciudades desarrolladas son denominadores comunes algunos de estos problemas: la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y el alza de enfermedades crónico-degenerativas. En los países subdesarrollados se dan otros problemas, tales como los efectos del endeudamiento, el desempleo, el aniquilamiento de la escasa seguridad social, la reducción de los presupuestos para la educación y la salud, y lo peor de todo, un retraso educacional, tanto real como funcional, unido a una frecuente indolencia de los políticos, que les dificulta reconocer los problemas que padece la población, al igual que encontrarle solución a los que se detectan, todo lo cual afecta de forma equivalente el modo de vida y repercute en la salud. Por esas razones se mantienen tasas relativamente altas de morbilidad y mortalidad controlables con la tecnología actual y hasta por bajo costo, pero facilitadas por la malnutrición, la falta de higiene, las enfermedades profesionales por falta de protección al obrero todo lo cual propicia un incremento de la mortalidad infantil y una baja esperanza de vida.

Las naciones empobrecidas están obligadas a aceptar inversiones ajenas a sus necesidades reales de desarrollo, con tal de mejorar el empleo; a admitir empresas contaminantes y permitir una propaganda comercial de productos ajenos a sus necesidades y costumbres y ofertarlos a una población no capacitada para seleccionarlos. Por ejemplo, el hecho de ser consumidores de una programación de TV por cable, extraña a su momento histórico-cultural; o ser consumidores de telefonía celular, mientras padecen de problemas de higiene elemental, de vivienda, nutrición y subescolaridad.

Estos fenómenos han transformado el modo de vida de muchas naciones con independencia de los deseos y necesidades de

sus pueblos. Toda esta interacción expuesta ha influido en que los daños al modo de vida también se han convertido en un problema global.

MODO DE VIDA ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Si se consulta la bibliografía sobre medicina es frecuente observar la omisión de los conceptos *modo de producción, formas de propiedad* y *modo de vida,* así como la importancia que ellos tienen para explicar y solucionar los problemas de salud de la población. De estos conceptos, el único que aparece con relativa frecuencia es el de modo de vida y, muchas veces, referido a nivel de vida, hábitos de vida o a indicadores económicos, y como si estos fueran el resultado de una decisión consciente de las personas que se puede transformar por prescripción médica o con exhortaciones a la voluntad. Honrosos casos de autores del área de la epidemiología social o crítica han publicado enfoques sobre este tema y su relación con la salud.

En la bibliografía suelen encontrarse listas exhaustivas de elementos descriptivos –control de residuales, calidad del agua, etc.–, que se deben tomar en cuenta para confeccionar un diagnóstico sanitario. Estas constituyen una erudición de la metodología para el estudio sanitario, pero están invalidadas para alcanzar un conocimiento objetivo de la realidad, y de sus causas, y son mucho más ineptas para lograr transformaciones en la salud pública; precisamente por desconocer el papel determinante de las condiciones económico-sociales sobre la salud de la población.

El modo de producción y las formas de propiedad determinan, en sentido general, las condiciones sanitarias de la población, así como los principios de la salud pública. De espaldas a estos conceptos no se puede conocer ni transformar el estado de salud de la población en una sociedad. Los principios de la salud pública en muchas sociedades casi nunca aparecen con claridad en su literatura, sino que quedan enmascarados detrás de una cortina de frases evasivas tales como "la libre elección de médicos", "libre elección del trabajo", "iniciativa personal", "oferta de trabajo", etc. Todas estas justificaciones sirven para ocultar que la medicina está transformada en una mercancía que responde a la ley de la oferta y la demanda y el estado no se responsabiliza con la equidad y la salud en la medida que debe hacerlo.

Los factores que determinan la salud de la población pueden dividirse en seis grupos:

- Naturales.
- Biológicos.
- Económicos.
- Sociales.
- Psíquicos.
- Circunstanciales (históricos).

No se puede pasar por alto que estos factores se dan de forma autóctona, en un lugar y época determinadas. De este planteamiento se desprende por qué pueden existir diferencias en la situación de salud entre países de igual formación socioeconómica o en un mismo país en diferentes épocas, y entre dos lugares diferentes dentro de un mismo país y época.

Por otra parte, estos factores no actúan de forma aislada. La acción de uno puede propiciar o necesitar la acción de otro, tanto en el nivel individual como en el social. Por ejemplo, determinado modo de vida familiar, que incluya actividades negativas en la crianza del niño, tales como tenerlo muy abrigado, no permitirle jugar con otros niños y correr los riesgos normales del juego y de la exploración de la naturaleza, mostrarle un exceso de preocupación por signos y síntomas intrascendentes, condiciona el desarrollo de características de la personalidad que, de producirse en un niño cuyo sistema inmune sea deficiente frente a eventos irritantes sobre el tracto respiratorio (alergenos), pudiera modelar un asmático. Si solo se dieran algunas de las condiciones necesarias, quizás esto no fuera aún suficiente. Esto quiere decir que si el individuo se hace más vulnerable, la probabilidad de riesgo de enfermar se incrementa.

El modo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado, condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, dado que las actividades del modo de vida, la pobreza, la malnutrición y la escasez de cuidados médicos, acercan y exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos y la hacen más vulnerable. El mismo mecanismo de determinación de la enfermedad, pero a través de actividades y contenidos diferentes, se puede observar en una ciudad populosa de un país con alto desarrollo, donde el modo de vida también condiciona un cuadro de morbilidad específico; este se caracteriza por enfermedades no transmisibles, pues el estrés, la "vida contra reloj", el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males, agreden a las personas y alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a cronificarse –enfermedades crónico-degenerativas.

DETERMINANTES E INDICADORES DEL MODO DE VIDA

En la literatura acerca del modo de vida aparecen indistintamente *indicadores del modo de vida*, que también se señalan como *determinantes del modo de vida*. Sin embargo, debe distinguirse entre un determinante y un indicador. En este trabajo se concibe como determinante del modo de vida, las condiciones económicas, biológicas, sociales, jurídicas, éticas y otras que con-

dicionan, modelan, reglan y fijan las actividades de los hombres para que puedan satisfacer sus necesidades, hasta convertirlas en sistemáticas y en parte del modo de vida en los grupos humanos.

Ejemplificar alguna de ellas sería de utilidad: las condiciones económicas tales como las relaciones de propiedad, la clase social, la condición de asalariado, los bienes materiales, etc., presionan o le facilitan a las personas determinado tipo de actividades propias de los que poseen esa condición económica. Lo mismo sucede con el sexo como determinante biológico socialmente condicionado del modo de vida, que presiona a las personas a determinado tipo de actividad y de roles propios del género en cada sociedad y época. Por último, se señala el *status* como determinante del modo de vida, ya que la condición de comandante de una tropa, de maestro, de alcalde o de padre de familia, le exigen a las personas que poseen dicho *status* el comportamiento propio de esa jerarquía; y al desempeñarlo incluyen en su modo de vida actividades específicas inducidas o exigidas por el *status* que ocupan.

Algo diferentes son los indicadores del modo de vida, que generalmente son las actividades sistemáticas que las personas realizan y que muestran evidencia e *identifican* su modo de vida, como pueden ser el tipo de trabajo, las características del estudio, de la recreación y de la alimentación, pero que no necesariamente condicionan el modo de vida.

Los determinantes del modo de vida, casi siempre actúan de forma indirecta y a largo plazo, y no suelen ser asociados a la enfermedad por los estudios clínicos. Solo en algunos casos de enfermedades ocupacionales se hace evidente la acción del trabajo sobre la salud, pero por lo general esta es silente y a largo plazo. El peligro, el malestar o los síntomas que pueden producir la enfermedad suelen atraer toda la atención del médico; lo que unido a las características del método clínico y la necesidad pragmática de aliviar o curar la enfermedad lo antes posible, omiten la incidencia del modo de vida, lo cual enmascara la historia de la enfermedad y escamotea el enfoque histórico y epidemiológico.

En el artículo "La ruta del cáncer" de *Cortina C*, se expone un ejemplo de lo que se ha intentado advertir en este capítulo: "La epidemiología ha contribuido de manera importante a detectar agentes o situaciones que entrañan un riesgo de cáncer para el hombre. Así pues, a la fecha se han identificado alrededor de 50 agentes carcinogénicos para el hombre. El análisis de las principales causas de muerte por cáncer en países como Estados Unidos e Inglaterra, ha revelado que el tabaco es posiblemente el responsable del 30 % de estas muertes; la dieta inapropiada estaría asociada al 35 %; factores ocupacionales parecen producir del 4 al 8 %; la contaminación ambiental del 2 al 5 % de las muertes y finalmente el comportamiento sexual y reproductivo se asocian al 7 % de las muertes por cáncer". Lo expuesto pone de relieve que algunos de los agentes identificados como cancerígenos son, ante todo, factores asociados a las actividades del modo de vida.

En su trabajo *Los genes del cáncer, Adame de León y Garaglis* exponen que en la activación de los proto-oncogenes actúan innumerables sustancias con las cuales estamos en contacto diario, aunado esto al modo de vida. Ello quiere decir que la necesidad de identificar determinantes e indicadores del modo de vida debe ser un trabajo multidisciplinario que demanda la utilización de las disciplinas aparentemente más distantes, tales como la economía, demografía, sociología, ecología, nutrición y otras.

Para iniciar estudios sobre el modo de vida de una comunidad hay que conocer la pirámide demográfica obtenida de censos de población, o en su defecto una distribución de edades y sexos de una muestra representativa. Esta fue la forma de proceder en nuestra investigación sobre morbilidad declarada y su relación con el modo de vida, a través de una encuesta en la Ciudad de La Habana en 1991. A continuación se muestran en las tablas 1 y 2 la distribución por sexos y edades de dicha investigación, lo cual constituye información básica sobre determinantes del modo de vida. La muestra consta de 1 354 personas; cada una de ellas suministraba los datos de su grupo familiar.

Tabla 1. *Distribución de la muestra por sexo*

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	596	44,02
Femenino	757	55,91

Tabla 2. *Distribución de la muestra por edades*

Edad	Frecuencia	%
15 - 24	272	20,09
25 - 34	225	16,62
35 - 44	214	15,81
45 - 54	202	14,92
55 - 64	177	13,07
65 y más	263	19,42

Llama la atención en esta tabla la cifra de ancianos, lo que justifica y alerta el desarrollo de la gerontología, de la preparación específica del médico general y de los diferentes profesionales que trabajan para la salud y el mejoramiento de la calidad de vida, para enfrentar los problemas del envejecimiento de la sociedad y de la educación de la familia para saber proteger al anciano y hacerle la vida agradable.

Otra información básica para iniciar un estudio del modo de vida es el nivel de vida de la comunidad y de la familia, así como los recursos con que cuenta la comunidad, tales módulos culturales, áreas de estar, protección arquitectónica de personas limitadas y niños, higiene comunal, bosques y un sistema de regulaciones legales y educación moral que proteja la preservación de todos estos recursos.

ACTIVIDADES QUE INTEGRAN EL MODO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El modo de vida es la expresión activa de las relaciones económicas y sociales que realizan los grupos humanos que integran una sociedad. Es el conjunto de *actividad genérica* que pueden realizar esos grupos para sobrevivir en cada estadio del modo de producción. Se especifica *actividad genérica* porque se designa ocupación y no el tipo de ocupación, educación y no el tipo de enseñanza que se reciba; ya que el modo de vida es una categoría.

A continuación se presenta una selección de actividades de las que integran el modo de vida a modo de ilustración de su interacción con la salud y la enfermedad.

SALUD Y OCUPACIÓN

La relación entre la ocupación y las características del sujeto y de sus padecimientos permite al médico inferir una serie de probabilidades para las cuales el individuo pudiera tener mayor susceptibilidad. En esta relación salud-ocupación, normalmente están implicados la escolaridad y el percápita salarial de la familia.

El primer aspecto que se debe tener en cuenta en esta relación es el de las llamadas enfermedades profesionales y las condiciones de riesgo laboral. Por ejemplo, saturnismo, silicosis, alteraciones por inhalación de benzol, exposición a radiaciones, posturas inapropiadas y tensión psíquica mantenida, entre otros, durante la realización del trabajo.

El segundo aspecto que se deriva de la relación entre el tipo de ocupación y las características del sujeto son las aptitudes, motivaciones y aspiraciones, que cuando no coinciden con las exigencias del puesto de trabajo, pueden convertirse en fuente de frustraciones o conflictos y alterar la salud.

A continuación la tabla 3 muestra los resultados de la investigación citada sobre modo de vida y morbilidad (*González Ubaldo*, 1991).

Tabla 3. *Distribución de las ocupaciones de la muestra*

Ocupación	Frecuencia	%
Obrero	216	15,95
Trabajador de servicios	252	18,61
Otros tipos de trabajo	93	6,87
Dirigente no universitario	31	2,69
Graduado universitario o técnico	195	14,40
Estudiante	117	8,64
Ama de casa	271	20,01
Jubilado	166	12,26
Apto, pero no trabaja ni estudia	6	14,40

En el momento de esta investigación los mayores porcientos corresponden a las amas de casa y a los trabajadores de servicios, los que coincidían con las escolaridades más bajas y, por tanto, su modo de vida está menos beneficiado por la instrucción y la educación; por lo que esto se debe tener en cuenta en los programas de promoción de salud y en las características de la comunicación dirigida hacia estos grupos.

Otro tipo de relación entre el trabajo y la salud se encuentra en los estudios de corte psicosocial en pacientes con sífilis; se ha registrado que entre las ocupaciones mas frecuentes reportadas por estos enfermos, se encuentran: transportistas, marineros, saneamiento urbano e incluso vagos habituales.

El tipo de interacción física con el trabajo, dada por las posturas habituales o por movimientos iterativos de grupos musculares sin una recuperación programada, puede favorecer enfermedades diversas como la enfermedad osteomioarticular –sifosis, lordosis o escoliosis.

La ocupación es la nominación de la actividad laboral, pero puede ser a la vez una obligación impuesta para la satisfacción de las necesidades vitales, o ser el resultado de la vocación; puede ser a la vez nociva o inofensiva, y ser fuente de placer o de disgusto. En ella, el hombre pasa la tercera parte del día; por todo ello, la ocupación merece un estudio cuidadoso para conocer sus innumerables efectos sobre la salud por su acción tan prolongada sobre el organismo.

Lo anteriormente expuesto justifica que el médico explore en detalles la vida laboral de sus pacientes para esclarecer y enriquecer su diagnóstico, el tratamiento y lo que puede esperar de ellos.

SALUD Y ESCOLARIDAD

Una comunidad con alto índice de analfabetismo tiene una mayor probabilidad de mostrar altas tasas de enfermedades infectocontagiosas y de mortalidad materna e infantil, así como una baja esperanza de vida.

La ignorancia impide conocimientos elementales acerca del riesgo de afecciones durante el embarazo, la correcta selección de alimentos, nociones elementales sobre la higiene personal y ambiental; todo lo cual coexiste frecuentemente con prejuicios y concepciones supersticiosas para enfrentar la vida y la salud.

La escolaridad actúa indirectamente enmarcando y limitando las posibilidades de la actividad humana, por lo que una baja escolaridad puede exponer al individuo a la enfermedad, ya que la escasez de conocimientos lo sitúan en desventaja para saber protegerse.

Se puede decir que la alta escolaridad protege al sujeto de riesgos específicos para su salud. Le permite una vida más higiénica, disciplinada y sistemática, favorecida por su asistencia

a la escuela durante un período largo con su efecto socializador; el individuo sabe nutrirse mejor, tiene un círculo de amistades semejantes a él en su mayoría, con quienes retroalimenta la educación adquirida; el uso de su tiempo libre y su recreación son más socializados y cultivados, y puede obtener un empleo mejor remunerado.

Una alta escolaridad amplía los aspectos cognoscitivos de la imagen del mundo, y por consiguiente, de la salud y de la enfermedad. En general, en la personalidad del individuo ha quedado la huella de la escuela y una mayor capacidad para saber orientarse y autorregular su comportamiento.

SALUD Y SUPERSTICIÓN

La superstición y la religión suelen confundirse, pero son distintas. La superstición es una creencia asistemática y de carácter mágico, carente hasta de fundamento mitológico y en general es espontánea; no tiene carácter de institución social, ni responde a una teoría ni a una concepción del mundo. No tiene un fin social educativo, ni está encaminada a cooperar con el orden social. Generalmente se nutre de la ignorancia, del miedo, de deseos inalcanzables y del pensamiento mágico más burdo o primitivo. En su fundamentación no se parte de la teología, más bien de la ocurrencia popular y desempeña un importante papel la iniciativa de personas que la confunden con la religión por ingenuos, falsos religiosos o timadores.

Es fácil de encontrar supersticiosos entre personas sugestionables, dependientes, de muy baja escolaridad, de inteligencia pobre y muy crédulas.

La actividad religiosa constituye un estadio superior a la supersticiosa; tiene un carácter sistemático y refuerza la fe del creyente y su práctica sistemática; estimula una actividad social con efectos recreativos y reconfortantes para la espiritualidad del creyente. Sus aspectos débiles son el ofrecimiento de soluciones extemporáneas a problemas actuales, la tendencia al hegemonismo sobre las demás ideologías y en algunas de ellas la moralización irracional de la sexualidad, que ha hecho y sigue haciendo mucho daño a la salud y al bienestar, por los fuertes sentimientos de culpa y conflicto moral que engendra, lo cual favorece la enajenación de la sexualidad y da resultados contrarios a la paz espiritual y la sanidad mental que la religión le ofrece al creyente.

La religión es un sistema cerrado de ideas institucionalizadas con un fin social moralizador, con el propósito de enriquecer la vida espiritual del creyente, cultivar la incondicionalidad y sometimiento perpetuo a la idea de Dios, lograr la cohesión del grupo y cooperar con el orden social afín a sus intereses. Se organiza en forma de especulación acerca de los problemas del hombre, la naturaleza, la vida, la muerte y la existencia extraterrenal; y establece una serie de explicaciones basadas en el dogma y la fe, hasta elaborar una teoría mítico-mágica, sobrenatural y sobrehumana, que ofrece una concepción del mundo y una ideología para su defensa.

Conlleva un sistema de premios y castigos, y suelen ofrecer un paraíso solo para sus creyentes. Surgen y se fortalecen en momentos de crisis socioeconómicas y de los sistemas de valores, específicamente cuando aumenta la desesperanza y la desconfianza en la sociedad en los hombres y en sí mismo, para enfrentar los problemas de la vida y la sociedad. En esos momentos contribuye a rescatar la fe perdida, a disminuir el temor a la incertidumbre y la angustia existencial de los afectados.

La religión, como la moral, la ideología o el arte, no tiene necesidad de someterse a las pruebas del método científico. En la medida en que se concentre en el logro del esparcimiento espiritual y el perfeccionamiento moral del hombre, la institución religiosa se asegura una vida más larga y encomiable.

La superstición es muy utilizada para enfrentar los problemas de la salud y la enfermedad, y aleja al individuo de la medicina y de cualquier análisis lógico o técnico del problema.

La superstición puede retardar la asistencia médica al enfermo, e incluso considerarla no necesaria o prohibirla. La superstición y las religiones primitivas pueden retardar la visita al médico al esperar una autorización del guía para cerciorarse de que no se trataba de un daño (brujería) o de una influencia espiritual maléfica. También la demora para asistir al médico puede deberse a estar ensayando curaciones mágicas. Cuando ya no se avizora una solución, los individuos van al médico, pero ya puede ser demasiado tarde. Ante esta responsabilidad del agravamiento o la muerte del paciente, nadie la acepta y los implicados responden así: si se salva fue obra de un milagro sobrenatural y sobrehumano, si se muere Dios lo quiso así.

Algunas curaciones basadas en la superstición pueden ser causantes de otras enfermedades o del empeoramiento de la que ya existe. Por ejemplo, hay personas que han tratado la gastroenteritis como si fuera lo que ellos llaman "empacho", y le suministran al niño "purgantes" y pases de mano por el vientre, lo cual origina un aumento del peristaltismo y la diarrea, lo que puede provocar una severa deshidratación con peligro de muerte. Situaciones parecidas han ocurrido frente a un síndrome paranoide con manifestaciones de celos, ideas de daño o perjuicio, el sujeto piensa que se "ríen de él" o lo "miran atravesado" y un supersticioso le ha reforzado que tiene razón y le ha recomendado iniciar un proceso para hacerse un "resguardo", porque hay alguien que le tiene envidia y está tratando de hacerle daño; en vez de aconsejarle que vaya a ver al psiquiatra de guardia.

Cuando las ideas supersticiosas se combinan con la baja escolaridad, la pobreza, el desamparo social y el aislamiento de la familia, las personas son capaces de hacer cualquier cosa por tratar de ayudar al enfermo.

Si se recuerda que las condiciones que favorecieron el surgimiento de la superstición fueron la ignorancia y el desamparo,

entonces la fórmula más eficaz para tratar con el supersticioso no es la discusión, sino el ofrecimiento de ayuda y conocimientos en un contexto de respeto mutuo. Daña más a la superstición fundar escuelas que prohibir su práctica.

Finalmente, desde el punto de vista ético se debe tener en cuenta que el supersticioso o el religioso no son culpables de las acciones negativas de los representantes de sus ideas a lo largo de la historia. Todo tipo de creyente honesto merece nuestro respeto, nuestra comprensión y nuestra ayuda.

MODO DE VIDA Y SALUD EN LOS DESCLASADOS SOCIALES

Los desclasados o desviados sociales forman un grupo minoritario de población que se distinguen básicamente por no pertenecer a ninguna de las clases fundamentales de la sociedad y mantener un modo de vida particular y al margen de las normas, deberes y valores sociales.

Las revoluciones sociales cambian las condiciones de las clases que componen la sociedad, pero los desclasados, por lo general, suelen mantenerse al margen de esta lucha y de la proporción de ellos que participa, una parte lo hace por evadir la justicia, por "aventurerismo" o por aspiraciones personales a corto plazo. Cuando la lucha exige disciplina y honestidad para subordinar los intereses personales a los sociales, el desclasado suele flaquear o traicionar.

Este grupo humano minoritario es un fenómeno transitorio en la sociedad, que aparece de forma lenta y gradual, como resultado de la división de esta en clases, y en la medida en que se desgajan de las capas que van alcanzando formas de descomposición social. Por sus características, se hace evidente que su modo de vida está fuera de las relaciones de producción, centrado en el lucro y la violación de las normas administrativas, sociales, morales y jurídicas, y estas actividades conforman un modo de vida que propicia daños específicos a la salud, como lesiones infringidas por violencia, alcoholismo, drogadicción y malnutrición, que al vincularse con la mala higiene favorecen las enfermedades emergentes y reemergentes, como la tuberculosis, enfermedad diarreica aguda (EDA), enfermedad de transmisión sexual (ETS), escabiosis, pediculosis, etc.

Este modo de vida particular, centrado en la vagancia y en todo tipo de actividad ilícita, genera una ideología diferente, un sistema de valores, necesidades y motivaciones distintas a las que trata de fomentar la educación. Por tanto, sus necesidades subjetivas de salud, motivaciones y actitudes hacia la salud no coinciden con los propósitos de los programas de salud.

Las características de los desclasados y su pobreza económica y de valores sociales hacen que estos residan, en mayor proporción, en ciudadelas y zonas insalubres, con viviendas improvisadas, mala higiene y subestimación de las normas para proteger la salud. En diferentes áreas se ha detectado que la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas, específicamente (ETS) y daños a la integridad física por agresiones, se encuentran, en su mayoría, entre los miembros de estos grupos y ubicados en estos barrios.

Existe una estrecha relación entre los desclasados, determinados problemas de salud y los lugares donde suelen residir en más alta proporción. Esta coincidencia permite programar un trabajo de promoción y prevención a través de proyectos de comunidades saludables, ya que por su modo de vida, concepciones y por el mayor riesgo de enfermedades infectocontagiosas constituyen un peligro potencial como agentes transmisores de brotes epidémicos. Entre los niños de la familias de desclasados, es frecuente encontrar gastroenteritis, escabiosis, accidentes por falta de control del niño, pediculosis y parasitismo, además de hurto, ausentismo y deserción escolar.

Este grupo tiende a considerar el respeto a la ley y las normas sociales como cobardía, y el cumplimiento de las medidas higiénicas como "blandenguería". También son los más proclive a las relaciones sexuales mercantiles y a vincularse a la droga, todo lo cual los expone en alto grado al contagio de ETS.

Desde las filas de los desclasados se nutre la delincuencia y las distintas formas de violencia utilizadas por la mafia, como los asesinatos y palizas pagadas y el expendio de droga por menudeo y a menores de edad.

Aunque constituyen un grupo social minoritario, para lograr el cumplimiento cabal de la protección de la salud del pueblo, se justifica la necesidad de acciones médicas preventivas especiales con estos grupos por su "peligrosidad sanitaria".

INTERACCIÓN PSIQUIS, PERSONALIDAD, MODO DE VIDA Y SALUD

La psiquis, la personalidad y la salud se estudian en otros capítulos de este libro, por lo que los objetivos de este epígrafe se limitan a tratar de explicar la interacción entre estos elementos con el modo de vida, y comprender que ellas forman una cadena de interdependencia sobre la cual sería difícil influir si se actúa en sus eslabones por separado. Por esta razón este conjunto debe concebirse como un sistema abierto.

Es abundante la literatura que enlaza la influencia de la vida social sobre la salud, a través de indicadores tales como *nivel de vida, status social* o la *profesión*, pero sin tener en cuenta el papel de la psiques y de la personalidad. Del planteamiento de dichos indicadores se salta a la presencia de salud o enfermedad, y quedan sin investigar la regulación psíquica que media entre la regulación biológica y las relaciones sociales, que son precisamente la función de la personalidad.

La sobrevaloración de la actividad biológica o de la actividad social solo ha conducido a desorientar y parcializar a los

investigadores, y ha creado un abismo entre el hombre como ser vivo y el hombre como sujeto de las relaciones sociales. Al biologisismo de una parte de la medicina se le opuso una sociologización no menos desorientadora, en la cual se planteó ver al hombre concreto como el conjunto de sus relaciones sociales; este planteamiento de apariencia marxista, que en el nivel de una ciencia particular que tiene que tratar con el individuo concreto, y no con la categoría hombre, se convierte en una nueva fuente de error que dio paso a la negación de la subjetividad, de las diferencias individuales, del inconsciente, del papel activo del hombre, de su capacidad de tomar decisiones y hasta de sus conflictos existenciales; obstaculizó con ello la comprensión del papel director de la personalidad sobre la psiquis, el estilo de vida y toda la conducta del hombre.

Durante toda esta trayectoria de proposiciones teóricas —(desde la década de 1920 hasta la del 80)— se han visto predominar varios enfoques: la búsqueda de un trauma a modo de caja de Pandora, que explique todo lo bueno y lo malo de la personalidad; la reducción de lo psíquico a lo neurofisiológico, y, en el mejor de los casos, a procesos psíquicos como las emociones o a los procesos cognitivos, pero aislados de su subordinación a la dirección de la personalidad. Solo una concepción se acercó al rumbo que debía tomar el estudio de la personalidad, la expuesta por *Freud*; pero la posición filosófica del autor, unida a su desconocimiento de las ciencias sociales y la metodología de la investigación, hicieron abortar aquella brillante idea.

Posteriormente apareció uno de los enfoques más prometedores para investigar la participación de la psiquis en el proceso salud-enfermedad, el concepto de *estrés*, pero nació lastrado por el biologisismo, muy vinculado a la piquis animal y divorciado de la personalidad. Continuaron faltando eslabones para investigar la interacción entre lo biológico y las relaciones sociales, lo que justifica la elaboración de proposiciones teóricas para tratar de llenar este vacío.

Haciendo un abordaje sistémico del concepto *estilo de vida personal*, puede entenderse cómo factores abstractos y aparentemente ajenos a la regulación biológica, como la concepción del mundo o el sistema de valores, pueden repercutir en el estilo de vida, a través de la acción reguladora de la personalidad y su capacidad para propiciar o bloquear actividades del estilo de vida que inciden en la salud o la enfermedad; la falta de un enfoque sistémico no resta valor a los estudios sobre la influencia del nivel de vida —aspecto económico-material— sobre el estilo de vida; ya que estos factores ejercen su acción, pero de forma indirecta, mediatizados por la personalidad.

Este análisis del problema permite entender cómo una familia con un modo de vida propio de los desclasados sociales, al adquirir bienes materiales o dinero de forma fácil y no por un trabajo constante y esforzado que demuestre una motivación y unas necesidades socializadas, suele utilizar estos recursos para satisfacer vicios, despilfarros, negocios ilegales, vestimenta estrafalaria, alimentación desbalanceada, etc.; ya que sus valores, necesidades y aspiraciones, no demandan a la dirección de su personalidad decisiones ni acciones socializadas, emancipadoras ni saludables. Con este mismo enfoque comprenderemos, también, cómo una familia bien socializada y apropiada de los mejores valores sociales, al mejorar su situación económica, soluciona sus necesidades de forma que mejoran su salud y su calidad de vida dentro de las espectativas del progreso social.

La concepción que se brinda en este capítulo, acerca de la interacción psiquis-personalidad-modo de vida-salud, se puede describir abreviadamente en los párrafos que siguen.

Cada hombre al nacer es introducido en una familia que ya tiene un nivel de vida, un modo de vida y unas relaciones sociales, que de conjunto actúan como las condiciones de vida para el nuevo miembro, y tiene un efecto modelador sobre el desarrollo de su psiquis. Por tanto, el modo de vida de la familia, que conforma su actividad cotidiana, va condicionando la actividad, el sistema de valores, los hábitos, la motivación y hasta el nivel de autoconciencia que el sujeto tenga en sus decisiones, lo que equivale a plantear que el modo de vida familiar modela la personalidad de la nueva generación; esto no quiere decir que sea la única influencia determinante sobre la personalidad; el modo de vida se integra a las diferencias individuales y a los determinantes situacionales de la personalidad.

En la medida que el individuo interactúa con la familia y la sociedad, su psiquis se desarrolla, se socializa y va diferenciándose un subsistema autorregulador hasta que comienza a aparecer la capacidad de la psiquis para autorregularse y dirigir el comportamiento de forma singular, conocido por *personalidad*.

El desarrollo de la personalidad es el resultado de haber alcanzado la individualidad a través de la socialización. Por tanto, está en condiciones de definir su modo de vida personal, preferiblemente llamémosle estilo de vida. Este contiene una síntesis del modo de vida de la sociedad, de su familia y de la influencia de su personalidad. De hecho, el individuo humano se convierte en la personificación de la humanidad; es lo general expresado en lo singular. Expresa lo general como síntesis de las relaciones sociales y, a la vez, lo singular como síntesis de su subjetividad, su individualidad y sus posibilidades de tomar decisiones. Hay una vinculación muy estrecha entre la personalidad y el estilo de vida; su separación es para cumplir un objetivo didáctico.

La personalidad constituye un complicado mecanismo autorregulador de la psiquis y director del comportamiento, en el cual se seleccionan preferencias, se otorga sentido, se determina el grado de planificación o de espontaneidad, el grado de autonomía, se bloquea o evoca la información, se orienta la conducta, se jerarquizan motivos, y se determina el peso específico

o racional de la valoración, la autovaloración y la toma de decisiones. Todo esto ocurre con un sentido personal único, irrepetible, que refleja su yo. Esta individualidad es protegida mediante el inconsciente y los mecanismos de defensa, que velan por su continuidad contra todo intento de cambio y de autovaloración que pueda afectar su autoestima.

Esta actividad resultante de la dirección y regulación psíquica que ejerce la personalidad, al exteriorizarse y objetivarse, de forma socializada, vital y sistemática para el sujeto, es la que denominamos estilo de vida, no así la circunstancial o casual. Precisamente, por esta característica de ser vital para el individuo, no puede ser modificada de forma fácil. Además, por ser sistemática se repite muchas veces en el tiempo, por lo que su probabilidad de incidir sobre el equilibrio salud-enfermedad es muy alta, sea de forma positiva o negativa.

Si el modo de vida modela a la personalidad, esta a su vez complementa y justifica el estilo de vida, ya que al desarrollarse va delimitando e individualizando el estilo de vida con actividades que tienen sentido solo para cada persona.

Por todo lo anterior, se debe tener presente que cuando se le dice a un individuo que cambie sus hábitos como la adicción al alcohol, al cigarro o a la comida, no se va a cambiar el comportamiento; se le está pidiendo que haga algo que para él no tiene sentido, que deje de hacer lo que le da placer y le calma el estrés momentáneamente. Es enfrentar un deseo con sentido personal, reforzado por un condicionamiento, contra una valoración externa y ajena; pues él no puede tomar conciencia de las causas de su conducta, de sus verdaderos motivos para fumar ni de los mecanismos de su personalidad que le impiden hacer una correcta valoración de los problemas y de sus posibilidades para enfrentarlos. En realidad, se le está pidiendo que reajuste su personalidad para que pueda mejorar su estilo de vida, lo que constituye una tarea muy compleja que debe enfrentar la psicología como miembro del colectivo de las ciencias de la salud.

Ahora puede entenderse que el estilo de vida en relación con la salud solo puede cambiarse cuando se logran modificar valores, sentidos, necesidades o el estilo de regulación de la personalidad; no cuando se suministra información. Cuando se logren realizar esos cambios, la dirección del comportamiento será diferente y aparecerán, como consecuencia, las nuevas actividades deseadas del estilo de vida que protegen la salud.

En el capítulo 38 se puede encontrar una explicación más amplia acerca de la personalidad y un esbozo teórico acerca de su funcionamiento, que puede consultarse para entender mejor su relación con el estilo de vida.

ESTILO DE REGULACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y SU EXPRESIÓN SOCIAL COMO ESTILO DE VIDA DEL INDIVIDUO

En el epígrafe anterior se expone el vínculo del estilo de vida con la psiquis y la personalidad, para evitar que sea concebido de forma desarticulada del sistema al que está integrado. También para puntualizar que al descender de la instancia social al individuo, hay que hacerlo a través del estilo de vida, la personalidad y la psiquis; de lo contrario, no se pasaría del concepto de hombre universal al de hombre singular, que es la unidad del objeto de trabajo sobre quien recaen nuestras acciones como profesionales de la salud.

Durante muchos años, el concepto de personalidad se trató de una forma poco útil para comprender el papel activo del hombre, el cual está dado por las posibilidades infinitas de otorgar valores, sentidos, tomar decisiones y ejecutarlas de forma personal. La mayoría de las teorías psicológicas se han centrado en las diferencias individuales, al punto de definir la personalidad como el conjunto de características psicológicas que hacen posible la condición de irrepetible de la psiquis de cada persona.

El concepto de personalidad hay que abordarlo desde las funciones y procesos internos de la psiquis, y no desde los rasgos de la conducta o combinaciones de comportamientos específicos.

El primer problema que se enfrenta a la comprensión de cómo varias personas pueden tener un mismo nivel educacional, ocupación y posibilidades económicas, y sin embargo, tener estilos de vida diferentes en relación con la protección de la salud. No obstante, sus estilos de vida comparten una serie de actividades comunes que conformarían el modo de vida del grupo de personas al que pertenecen. De no incluir el concepto de personalidad como subsistema autorregulador de la psiquis, este problema no podría resolverse.

Las actividades en relación con la protección de la salud pueden haber recibido múltiples influencias. Ya se ha mencionado un buen número de factores determinantes del modo de vida; de lo que se trata ahora es de señalar características de la regulación de la personalidad que favorecen actividades del estilo de vida que se relacionan con la salud. Entre las características que determinan esos mecanismos inadecuados se ejemplifican las siguientes:

- Dificultades en la valoración de los problemas y en la autovaloración de sus posibilidades para enfrentarlos; cuando hay una atracción por algo a la vez moralmente rechazado, le crea al individuo una serie de valoraciones de culpabilidad y mecanismos para evadirla, defensa injustificada, proyección, etc. Estos mecanismos conforman un estilo de regulación de su personalidad que repercute en el estilo de vida, como inestabilidad en la actividad vital, actividades inconclusas y contradictorias, pérdida del tiempo por indefiniciones, discusiones intrascendentes, crítica ilimitada e injustificada que le provocan tensiones frecuentes con los interlocutores. Estas características aparecen con fuerza en personas neuróticas y en menor proporción en altera-

ciones psicofisiológicas como la úlcera grastroduodenal y algo menor en la hipertensión arterial.

Véase en la tabla 4 una valoración de las relaciones interpersonales en hipertensos esenciales en una investigación de Pérez Lovelle y González, U (1990) "Estudio comparativo del estilo de tomar decisiones entre hipertensos, pacientes con reacción situacional y controles sanos".

Tabla 4. *Apreciación de las relaciones interpersonales en personas con hipertensión arterial esencial*

	Relaciones interpersonales							
	A: con compañeros y amigos				B: con la familia			
Tipo de relación interpersonal	HTA		Sanos		HTA		Sanos	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Son como quisiera	16	53	25	83	14	47	27	80
No son como quisiera	14	17	5	17	16	53	6	20
Total	30	100	30	100	30	100	30	100

Leyenda: HTA - hipertensión arterial.

- Otro mecanismo de regulación de la personalidad es el grado de autoconciencia de la personalidad que afecta al estilo de vida, por la incapacidad de hacer conciencia de los errores de sus decisiones y acciones; el sujeto se muestra desorientado, reacio o ciego al autoanálisis y a la autocrítica; estas conductas se convierten en sistemáticas en su personalidad y en una fuente de desorientación, dificultades en las relaciones humanas y estrés.
- La **reactividad afectiva** es un componente de la psiquis que interviene en la regulación de la personalidad. No debe confundirse con el temperamento que es la expresión psíquica de la actividad nerviosa superior del individuo. Consiste en el tipo de respuesta emocional o afectiva que suele dar el individuo ante los estímulos agresivos o significativos para él, es la característica de su vivencia afectiva. Se compone de la sensibilidad o umbral emocional, la intensidad y la duración de los procesos afectivos. Cuando es fuerte condiciona mecanismos reguladores de la personalidad y los impregna de impulsividad, fuerza o persistencia.

  El mecanismo regulador de la personalidad que funciona como su antagónico o controlador es la **capacidad de reflexión**.

La reactividad afectiva se expresa en el estilo de vida y carga su actividad de vivencias y acciones más o menos fuertes y duraderas, que pueden llevar a una persistencia agotadora. Si sus vivencias emocionales son más fuertes, cuando son negativas son también más perjudiciales. En estos sujetos se hace difícil el control de la agresividad, del miedo o de la depresión, y con frecuencia mantienen una lucha interna por dominar las conductas impulsivas, lo que empeora si el sujeto tiene la característica de pasar horas o días rumiando estados afectivos, mientras transcurre su actividad cotidiana. Su importancia radica en que el paso de las alteraciones psíquicas estresantes a la actividad neurovegetativa se realiza a través de los procesos afectivos, y su fuerza y duración son componentes básicos en la interacción psicosomática. Véanse los resultados de una investigación de *González Ubaldo, Características de la reactividad emocional en la hipertensión arterial primaria. Reproducción del experimento en cuatro grupos de comunidades diferentes, con resultados semejantes* (tablas 5, 6 y 7).

Tabla 5. *Presencia de alteraciones afectivas variadas y frecuentes frente a los problemas de la vida cotidiana*

Encuestados	Reconocen padecerlas	No reconocen padecerlas	Total
Hipertensos	15	11	26
No hipertensos	1	25	26
Total	16	36	52

$X^2 = 17{,}694$ $p = 2{,}596\ E^{-0,5}$

Otra de las reacciones emocionales frecuentes reconocidas por los hipertensos fue la **reacción de depresión-angustia**.

Tabla 6. *Diferencias en la percepción de depresión-angustia frecuente entre hipertensos y no hipertensos*

Encuestados	Sí la perciben frecuentemente	No la perciben frecuentemente	Total
Hipertensos	18	12	30
No hipertensos	7	23	30
Total	25	35	60

$X^2 = 7{,}618$ $p = 1{,}268\ E^{-0,4}$

Tabla 7. *Diferencias en la percepción de* ***irritabilidad-agresividad frecuente*** *entre hipertensos y no hipertensos*

Encuestados	Sí la perciben frecuentemente	No la perciben frecuentemente	Total
Hipertensos	20	10	30
No hipertensos	7	23	30
Total	27	33	60

$X^2 = 11{,}430$ $p = 3{,}296\ E^{-0,3}$

Los rasgos externos de la personalidad están determinados en última instancia por el estilo de regulación de la personalidad, pero no de una forma rígida, pues el individuo puede asimilar costumbres, hábitos, actividades del modo de vida y hasta concepciones, desde edades muy tempranas cuando su conciencia y su toma de decisiones no participaban en dicho aprendizaje. Sin embargo, estas conductas y rasgos externos pueden ser potencializadas o atenuadas en dependencia de los mecanismos reguladores internos y sistemáticos, propios de la personalidad.

Por tal razón, en esta concepción, el estilo de vida y las conductas y rasgos externos de la personalidad se consideran una expresión del estilo de la actividad reguladora y directora de la personalidad, y no la personalidad misma como se propone en otros enfoques.

Entendido de esta forma, se puede comprender por qué el sedentarismo, o un tipo de temperamento, o la conducta de urgencia temporal, pueden existir en varias personas pero con consecuencias diferentes para la salud; ya que están gobernados por mecanismos de regulación de la personalidad diferentes y que también influyen en la regulación biológica.

SENTIDO PERSONAL EN LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

El sentido personal, como parte de la conciencia, es lo que permite a la personalidad otorgar sentido a la actividad jerarquizada, por lo que crea un estilo de regulación, una jerarquización de los motivos, una determinación y priorización de las necesidades y actividades; por tanto, el estilo de vida es la expresión objetivada de la personalidad en la actividad socializada y sistemática que cada individuo realiza.

La personalidad, al desarrollarse y adquirir autonomía, es la que adecúa e individualiza el estilo de vida personal, y lo hace orientada por el sentido personal.

Como plantea *Leontiev* el sentido no se enseña, sino se educa. Lo mismo sucede con la personalidad y el estilo de vida. No se trata de informar al individuo acerca de lo que es bueno o malo para su salud, lo que debe o no debe hacer; se trata de educarlo y esto solo se logra al crearle valores y sentidos con su imprescindible basamento afectivo reforzador, los cuales constituyen la génesis de las necesidades sociales en su mundo interno y subjetivo; de la misma forma que la ruptura del equilibrio biológico constituye la génesis de las necesidades biológicas.

Por épocas, las instituciones sociales le han otorgado o le han restado sentido a diferentes cosas. Al sexo se le otorgó un sentido moral hipertrofiado que no lo tiene, y al comer indiscriminadamente y al sedentarismo se le ha restado el sentido negativo que sí tienen. Hoy debemos pagar caro estos fenómenos y luchar contra ellos.

Lo que no pueden olvidar los trabajadores de la salud es que, por contradictorio que pudieran parecer las costumbres y actividades nocivas que puedan encontrarse en el estilo de vida de una persona, para ella tienen sentido y le dan contenido a su vida y por lo general las justifican; por lo que no pueden interpretarse como simples gustos voluntarios o como anormalidades de su psiquis.

Las distintas manifestaciones de las acciones psicológicas encaminadas a orientar a las personas, sea para prevenir o para tratar, han sido una preocupación constante de los profesionales de la salud, como expresión legítima de sus deseos de mejorar la salud del hombre, independientemente del grado de dominio de la ciencia psicológica. Esta iniciativa y sus propósitos no podrían ser más loables. El problema radica en el grado de aplicación profesional de los conocimientos psicológicos que se logre sobre estas acciones de salud.

Son abundantes en la literatura y la práctica médica los programas de orientación psicológica a población o a pacientes, para lograr que ellos sepan conducirse frente a determinada enfermedad. Estos programas son conocidos por diferentes nombres: psicoprofilaxis, automanejo, promoción, etc., pero lamentablemente muchos de ellos se limitan a informar a las personas sobre actividades que deben incluir en su modo de vida, y apelan a la voluntad de cooperar, sin tener en cuenta que la persona puede entenderlas, pero no encontrarles sentido y, por tanto, no priorizarlas.

El profesional de la salud que no tiene la formación psicológica adecuada para entender los problemas que le plantea su trabajo, no se percata de las causas de los fallos del programa, y puede sentirse decepcionado, aun cuando haya hecho un excelente trabajo en la selección de la mejor información al respecto.

Para incorporar actividades al modo de vida de las personas hay que modificar los valores, la respuesta afectiva, la imagen y el sentido personal de esas actividades, en fin, necesidades que presionen y motiven al grupo y a sus integrantes para que puedan ser priorizadas e incluidas en las decisiones y las

costumbres de la persona. Esto equivale a decir, que han sido incluidas en su actividad sistemática por el proceso de regulación de su personalidad; y al objetivarse en actividades sistemáticas se transforman en el estilo de vida que desea el profesional. Todo este proceso tiene que ser elaborado en un programa para la acción psicológica, ya que pretende inducir respuestas instrumentales (conductas solucionadoras) que necesitan ser reforzadas hasta concluir en un aprendizaje.

El sentido que puede tener la comida para un obeso o para un diabético, con frecuencia ha sido reforzado por la ansiedad y por el alivio transitorio de dicha ansiedad, y muy probablemente está justificada por el modo de vida familiar frente a las costumbres alimentarias. Comer para el obeso no es un hábito aislado, es parte de su estilo de vida, por tanto, una actividad jutificada con notable sentido por su personalidad; es una acción rodeada de una compleja actividad con un fin compulsivamente deseado, que incluye adquirir el alimento, procesarlo, y hasta incluirlo en actividades sociales agradables como invitaciones, brindis, fiestas, etc.; todo lo cual le da contenido a la vida del obeso. De pronto, el terapeuta le plantea que tiene que hacer una reducción drástica de la comida; cosa que el obeso quizás entienda, pero es difícil que le vea sentido y, por tanto, no prioriza la reducción de alimentos y mucho menos las actividades sociales en que predominan los alimentos y le sirven de justificación. Un mecanismo similar ocurre con las prohibiciones que el médico orienta en varias enfermedades, como la diabetes o la úlcera; sin incluir que en algunos casos la enfermedad se acompaña de otras complicaciones no tratadas en este ejemplo, como la ganancia secundaria que la enfermedad puede estar reportando.

Por tanto, los *programas de autocontrol* o los tratamientos que necesitan modificar el estilo de vida del individuo no reportarán el éxito deseado, si no se utiliza la técnica psicológica idónea. Esta es una razón más para el trabajo en equipo interdisciplinario.

RELACIÓN ENTRE EL MODO DE VIDA, EL ESTILO DE VIDA Y LAS ACCIONES DE SALUD

El estudio del modo de vida y el estilo de vida tiene una gran utilidad para el médico, precisamente si lo vincula a las acciones médicas que constituyen su trabajo profesional cotidiano, como el diagnóstico, el tratamiento, la promoción y otras.

DIAGNÓSTICO Y MODO DE VIDA

Entre los campesinos como grupo social hay un conjunto de enfermedades que no suelen encontrarse con la misma frecuencia que en los obreros de la ciudad; como ejemplos se pueden citar la rinitis, la hipertensión, dermatitis alérgicas, insomnio, anorexia, la sífilis, etc. Esto indica que sus hábitos de vida o el medio deben ser menos estresantes y agresivos a su salud en relación con estas enfermedades. Tener esto presente le permite al médico una espectativa orientadora en la búsqueda del diagnóstico.

Cuando el médico omite algún componente básico del estilo de vida en su pesquisa clínica, puede correr el riesgo de no hallar una enfermedad que pudiera ser de diagnóstico fácil y evidente si se busca desde otro ángulo. Por ejemplo, pudiera pasar inadvertido un paludismo si no se tienen en cuenta viajes recientes al extranjero o cercanía con esas personas; un cáncer de colon si no se consideran las costumbres dietéticas, o una enfermedad venérea, en sujetos con desenfreno sexual o que realizan mala selección de la pareja.

Esto puede suceder si se ignora la actividad laboral, la condición de desclasado social, la actividad recreativa, las relaciones matrimoniales y sexuales, en fin, todo lo que genera o induce una actividad sistemática y agresiva para la salud.

Todo lo anterior puede auxiliar el pensamiento del médico al orientarse frente al problema que le plantea el diagnóstico. La medicina no debe limitarse a buscar qué tiene el paciente, sino cómo vive y qué hace regularmente.

TRATAMIENTO Y ESTILO DE VIDA

Uno de los problemas más frecuentes que puede confrontar el trabajo médico es la modificación o incumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

En ocasiones el diagnóstico es costoso o difícil, o la enfermedad es contagiosa o destructiva y el tratamiento ha sido bien elegido y dosificado; pero el paciente lo modifica o lo incumple por influencias de su estilo de vida y personalidad. Ante esto, el médico se desorienta y el paciente generalmente oculta sus arbitrariedades o desobediencia, y las consecuencias son perjudiciales no solo para el paciente.

El estilo de vida puede orientar al médico para saber qué tipo de paciente le ha tocado y con esa información decidir una vigilancia estricta, un ingreso o un egreso en dependencia de la capacidad del paciente para cuidarse y cumplir las orientaciones.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y MODO DE VIDA

Las medidas de prevención de carácter específico por lo general se aplican a determinadas personas o grupos de población que se han considerado con alta probabilidad de enfermar, o sea, de alto riesgo. Precisamente los indicadores del modo de vida o del estilo de vida pueden desempeñar un importante

papel para determinar quiénes son las personas con alto riesgo o mayor vulnerabilidad.

Tómese el SIDA como ejemplo. Una pesquisa masiva para detectar SIDA no tendría sentido entre personas que están sexualmente poco activas, como los menores de 12 años o los mayores de 60. Cualquiera opinaría que se están despilfarrando recursos para detectar una cantidad de enfermos o portadores que no justifica el trabajo y las molestias ocasionadas a la población; además de los problemas éticos que implica esta decisión. Pero hay otros indicadores que se pueden valorar para este trabajo, como los siguientes:

- Edad entre 15 y 30 años.
- Ocupaciones que favorecen el contacto con la sangre de estos enfermos.
- Actividad sexual promiscua, ya sea heterosexual, homosexual o bisexual —básicamente mala selección de la pareja.
- Convivencia lejos del hogar por períodos mayores de 4 meses.
- Adultos maduros "cazadores" de adolescentes o "consumidores" de prostitutas.
- Drogadictos.
- Trasnochadores habituales de clubes nocturnos.
- Delincuentes habituales.
- Personas procedentes de hogares destruidos, con valores pobres y muy necesitados de afecto.

No deja lugar a dudas que entre personas con estas características la pesquisa sería mucho más productiva.

Una situación muy semejante ocurriría al seleccionar factores de riesgo para padecer sífilis, ya que los indicadores son muy parecidos, aunque en esta enfermedad adquiere un peso específico, la baja escolaridad, la promiscuidad sexual y la marginalidad social o subcultural.

Para la fiebre tifoidea hay una vacuna; sin embargo, desde hace tiempo los epidemiólogos se han preguntado: ¿cuándo y a quién poner la vacuna?, ya que las condiciones de vida de alto riesgo para la enfermedad son muy específicas. Por tanto, se han seleccionado varios indicadores de riesgo para decidir cuándo usar la vacuna —movilizaciones al campo, después de ciclones, terremotos o inundaciones, brotes previos, etc.— que denotan la presencia de riesgo y esto ha hecho mucho más eficiente, humana y económica su utilización.

Mientras que se incorporen más indicadores del modo de vida y de las condiciones de vida, serán más eficientes las acciones de protección específica.

MODO DE VIDA Y PROMOCIÓN DE SALUD

En la medida en que las ciencias de la salud y la cultura de la población se desarrollan, una parte de los conocimientos técnicos para la protección de la salud es susceptible de ser elaborada por especialistas, para que pueda ser incorporada a la población a través de las acciones de promoción de salud y llegue a formar parte de su vida cotidiana.

Mientras la medicina estuvo limitada a la clínica del enfermo, la promoción de salud tuvo muy poco desarrollo; fueron la higiene, la epidemiología social, la sociología médica, la medicina de la comunidad, la salud pública, la psicología social y la psicología de la salud, las especialidades que más han propiciado el desarrollo de las acciones de promoción de salud.

Precisamente estas disciplinas tienen un campo de acción más amplio, que les permite percibir el proceso salud-enfermedad en su conjunto —historia natural de la enfermedad— a través de un análisis longitudinal y no solo a partir del examen del horizonte clínico.

Por otra parte, el desarrollo cultural de la población es un componente imprescindible en el trabajo de promoción de salud, pues constituye la posibilidad de valorar bien lo que se le trata de enseñar.

Cuando la medicina no contaba con un cuerpo de conocimientos amplios ni con técnicas de diagnóstico que pudieran registrar o cuantificar los signos de la enfermedad desde las etapas más tempranas, solo podía detectar los signos de la enfermedad más avanzada; pero no necesariamente por conocer las causas o los factores de riesgo. Por tanto, las acciones médicas recaían en la fase de mayor intensidad de la enfermedad y no se podía orientar a la población en cuanto a cómo y contra qué protegerse. Evidentemente no existían condiciones para la promoción de salud.

Los medios diagnósticos más avanzados permitieron conocer los agentes productores; y el enfoque epidemiológico permitió conocer la historia natural de la enfermedad. Estas fueron las bases para desarrollar la investigación de los factores de riesgo, que al inicio solo se contemplaban los biológicos, fisicoquímicos e higiénicos, y más tarde se inició el trabajo de búsqueda de los factores socioeconómicos, del modo de vida y psíquicos. En el momento actual del desarrollo de las ciencias de la salud, la investigación más prometedora debe orientarse hacia cuatro frentes en los que esté garantizado unas condiciones de vida y acceso a los servicios médicos aceptables. Estos son los siguientes:

- La ingeniería genética.
- Los mecanismos inmunológicos.
- El modo de vida, fundamentalmente dieta, actividad física y recreación.
- Las características de la personalidad en relación con la resistencia ante el estrés y las enfermedades crónico-degenerativas.

No obstante los progresos alcanzados, sigue existiendo una idea poco realista de realizar la promoción o educación

para la salud, y es creer que educar o promover es informar, y que el individuo no hace las cosas bien hechas porque no las sabe. Esto hace que los programas parezcan más una desiderata que un plan de acción sobre mecanismos psíquicos, sistemas de valores y características de la personalidad que permitan modificar el comportamiento. Esa idea poco realista y sin fundamento científico es la que justifica que se le diga a la población cientos de veces, como mera información: "no fume, use anticonceptivos, no sea sedentario", etc., con el riesgo de convertir el mensaje en indiferente, al profesional como fastidioso y dañar el prestigio y la trascendencia vital que deben tener los consejos médicos para la población.

Algo que ha favorecido esta distorsión de la promoción de salud ha sido la escasez de profesionales de las ciencias sociales y psicológicas incorporados a este campo; ya que generalmente, el especialista que descubre la causa de la enfermedad o el que trata la enfermedad, no es el mismo que sabe preparar esa información para que transforme la conducta y el modo de vida de la población; se confunde la medicina con las ciencias psicológicas y sociales aplicadas.

La labor educativa para formar o modificar el modo de vida para proteger la salud hay que desarrollarla con la familia; y para eso hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de la familia. Pero debe recordarse que la familia no se fortalece por decreto ni por voluntariedad, sino formando al nuevo miembro en el seno de la familia, para que sienta la necesidad de protegerla, perpetuarla y disfrutarla. Es lamentable ver a personas que viven en una familia como si vivieran en un campamento; cada uno se ocupa de lo estrictamente suyo: su plato, su vaso, su cuarto, come su comida solo, se turnan la atención de los niños y de los ancianos, etc., y a eso llaman familia.

Precisamente la genialidad de la concepción del médico de familia en nuestra sociedad está dada por el reconocimiento de la familia como la institución social fundamental y de mayores posibilidades, para desarrollar las acciones de salud e influir en la educación del hombre.

Una madre, orientada por el personal de salud, puede lograr más en el estilo de vida y la salud de su hijo en el corto período del nacimiento a la adolescencia, que las instituciones de salud en el resto de la vida de esa persona. Las ciencias de la salud deben tener muy en cuenta este principio para no desperdiciar la oportunidad que la creación del médico de familia ha puesto en sus manos.

El centro de trabajo y la escuela son otros campos de acción que las ciencias de la salud deben desarrollar, por la gran cantidad de tiempo que los individuos pasan en esa actividad: un tercio de las horas del día y por la cantidad de influencias que reciben.

Esta triada de áreas de acción del hombre —familia, escuela, trabajo— constituyen el *terreno fundamental* para desarrollar la protección específica y la promoción de salud.

PROMOCIÓN DE SALUD EN EL ENFRENTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS CREADOS POR EL DESARROLLO SOCIAL Y LA INADAPTACIÓN RELATIVA DEL HOMBRE

Si se reconoce la contradicción como fuente interna de todo desarrollo, hay que plantearse el estudio de la contradicción entre el desarrollo social y la respuesta adaptativa del hombre, como elemento fundamental para entender y proteger su salud.

No se trata de interpretar los peligros del desarrollo social socolor para proponer la vuelta a la naturaleza. Se trata de prevenir los peligros y preparar al hombre para que los pueda superar. Una concepción equivocada de la relación desarrollo-salud nos puede llevar a un suicidio lento debido a un debilitamiento progresivo de la capacidad de adaptación por el deterioro de mecanismos biológicos que se menosprecian o se desconocen.

Con frecuencia se habla de los logros de la tecnología que han propiciado la reducción de pequeños esfuerzos que favorecen más el sedentarismo que la salud. Pero no se valora y se relaciona bien el incremento de morbilidad y de mortalidad que el mal uso de algunos de estos logros ha ocasionado. Este ejemplo que se analizará puede repetirse en otras conquistas del desarrollo.

La industria puso al alcance de las madres una gran conquista, las leches artificiales y las mamaderas para alimentar bebés; pero esta solución puede engendrar nuevos problemas:

- Que se utilicen con niños que no las necesitan.
- Que lo usen madres que no las necesitan.
- Que no se use bien en aquellos casos que sí las necesitan.

El médico, el biólogo y el psicólogo especializados en esta área deben investigar con quién y cómo usar esos recursos, para evitar el desconocimiento, la falta de decisión y las decisiones erróneas que persisten en este problema; e incluso deberían asesorar a la industria para perfeccionar los productos.

La orientación que reciben las madres en relación con este fenómeno es incompleta y denota un desconocimiento o menosprecio por el mecanismo vital de los mamíferos: el acto de mamar para alimentarse basado en el reflejo de succión, y esta es la primera actividad vital del incipiente estilo de vida del recién nacido que la familia puede guiar, técnicamente orientada, o alterar los mecanismos naturales y convertirla en nociva para la salud del recién nacido. La esencia del buen uso de la mamadera consiste en graduar los orificios de salida de la leche, para que queden satisfechos al mismo tiempo, tanto el reflejo de succión como la cantidad de leche que demanda el hambre del bebé. Se trata de imitar a la naturaleza, no de modificarla. De esta sencilla actividad mal dirigida puede surgir la insatisfacción del reflejo de succión, y de este derivarse un llanto persistente, "un hambre" insaciable y alteraciones de la digestión que pueden acompañarse de cólicos o diarreas.

Cabe preguntar si este pudiera ser el primer escalón de una futura obesidad, a la que puede asociarse inconscientemente el acto de alimentarse como solución o alivio del malestar y la ansiedad provocados por la insatisfacción del reflejo de succión; y como consecuencia queda estampada esta conducta de comer por ansiedad y no por hambre verdadera.

Las conjeturas teóricas expuestas enfrentan la interacción psicobiológica sin necesidad de una interpretación pansexualista a lo froidiano que resulta ajena a las necesidades de sobrevivencia de un recién nacido. Por otra parte, se ha enfrentado un problema estrictamente psicológico, pues se trata del análisis de una conducta básica de la especie: desde la necesidad que la origina, al motivo que la satisface, pasando por la actividad para conseguir la meta y las consecuencias que se producen; con el objetivo de entender y orientar esta conducta básica de la especie y utilizar los mecanismos psicológicos del aprendizaje para la protección de la salud.

El ejemplo deja claro el papel del psicólogo de la salud en su campo de trabajo y muestra su aporte a las ciencias de la salud sin usurpar contenidos de trabajo profesional ajenos, en una verdadera integración interdisciplinaria.

De aquí partiría el psicólogo a la siguiente tarea propia de su perfil, y es elaborar el programa de educación para la salud que logre cambiar los valores, las necesidades, la imagen y el sentido de la correcta crianza de un bebé, con el objetivo de modificar la concepción científica y la conducta de los profesionales y de la población, y no se limite a suministrar y repetir información.

También hay cambios económicos y sociales necesarios para el desarrollo social, pero que conllevan superar contradicciones y viabilizarlas hacia el progreso y el bienestar que prometen los propósitos con los que se concibieron. Este es el caso de la conquista de la igualdad de la mujer que implica cambios trascendentales en las concepciones, petrificadas en las tradiciones y hasta pueden repercutir en la salud.

El viejo anhelo de igualdad y acceso a las actividades sociales se convirtió en posibilidad real en nuestra sociedad. La incorporación al estudio, al trabajo y a las instituciones sociales y políticas, sin la plena comprensión y colaboración del esposo y la familia, le incrementan el estrés a varias mujeres, y el equilibrio de la familia y la psiquis de sus miembros se ponen en tensión. Es en este momento cuando la protección de la salud de la familia puede desempeñar un papel fundamental, sobre todo si se reconoce que aún no se han alcanzado niveles óptimos en los servicios, que pudieran aliviar las tareas del hogar, tales como alimentos cocidos o precocidos, lavanderías, fregadoras, servicios a domicilio, etc.

En cuatro pequeños proyectos de investigación sobre hipertensión arterial esencial, realizados por nosotros en la Lisa y Guanabacoa entre 1985 y 1988, se ha observado que en la lista de hipertensos dispensarizados de varios consultorios y 12 policlínicos, la cifra de mujeres hipertensas es mayor que la de hombres, dato que contradice la literatura científica internacional, que suele presentar registros con tasas más altas en los hombres. Sin embargo, el funcionamiento biológico de las mujeres no ha cambiado. Aunque esta observación no está respaldada por un muestreo, por lo que no puede tomarse como válida, es un llamado de alerta sobre esta problemática y una invitación para investigar los estresores específicos para las mujeres y su solución.

En el contexto en el que se encuentra la mujer y la familia, se hace imprescindible el estudio de la orientación del modo de vida de la familia y sus miembros. No tanto para brindar asistencia, sino para hacer protección específica y promoción de salud.

Se impone un trabajo de modificación de actividades del modo de vida, tanto en las concepciones como en las actividades mismas. La distribución de las actividades del hogar, la eliminación de celos y competencias, costumbres dietéticas, la actividad física, la actividad recreativa, la educación sexual y los hábitos nocivos como la adicción al alcohol, al tabaco y a los fármacos, son objetivos inmediatos del trabajo de la psicología de la salud para la protección de la salud de la mujer y de la familia.

Tomando como ejemplo la necesidad de recreación y los efectos nocivos de una vida sin esparcimiento espiritual, puede mostrarse un enfoque de las acciones de la psicología de la salud en la MGI.

En nuestro trabajo "Actividad recreativa y salud en la población del municipio Playa" (*Ubaldo et al.*, 1990) hemos mostrado la relación existente entre la poca realización de actividades recreativas y el incremento de las preocupaciones, estados afectivos negativos frecuentes y número de visitas al médico. Otro elemento para tener en cuenta es lo planteado por *González F*: "Los beneficios de una actividad para beneficiar los estados emocionales del hombre, están muy vinculados con la motivación que el hombre tenga para realizarla".

Lo anterior alerta sobre la necesidad de trabajar en la educación de la familia para que aprenda y priorice la selección y sistematización de sus actividades recreativas. Hay que lograr que la familia jerarquice la actividad recreativa no solo como fuente de esparcimiento, sino como fuente de salud y de bienestar; que la familia eduque esta concepción y esta actividad en los niños.

Todo este trabajo de modificar las conductas que integran el modo de vida no puede enfrentarse solo con consejos, sino utilizando los recursos técnicos para dirigir el aprendizaje y la psicocorreción. Conquistar una alta esperanza de vida conlleva contradicciones que hay que solucionar para favorecer el desarrollo.

El otro frente de trabajo que exige de un tratamiento especial y urgente es la atención de los ancianos en el seno familiar

e incluso en los centros laborales y las instituciones de ancianos. Nuestra población está alcanzando un alto porciento de ancianos en su pirámide de edades, pero a la vez, subsisten prejuicios sobre las actividades propias de los ancianos. Estos prejuicios hacen que las familias retengan al viejecito en el hogar en un sedentarismo y un aislamiento de la vida social que aceleran su deterioro.

Un nuevo frente de trabajo es el adiestramiento del personal que atiende los ancianos en las instituciones. La conducta del personal que cuida los ancianos no puede ser espontánea, como lo harían cariñosamente con un familiar; esto no es lo correcto, porque induce al anciano a desencadenar las conductas caprichosas que mantiene con sus familiares.

El trato profesional compromete al *sí mismo público* del anciano con los miembros del equipo de salud y aumenta su cooperación; el resto de los ancianos queda como subrogados de sus familiares y amigos, con los cuales él se comportaría diferente.

Es imprescindible definir y educar el modo de vida de los ancianos para alargar agradablemente su existencia. Al anciano hay que crearle motivos de actividad diaria como eslabones que lo aten a la vida: una mascota, una planta, un servicio que él preste, un juego, una visita. Algo que lo haga acostarse cada noche con el propósito de despertarse para continuar mañana una actividad motivante para él. Esta conducta positiva debe tener un reforzamiento positivo personal y social que eleven la autoestima del anciano. El anhelo por gastar agradablemente un día más de los que quedan es vivir sin estar angustiado porque quedan menos. Los que rodean al anciano deben saber contagiarlo de este principio existencial.

En general, se ha observado que la transformación de la conducta del hombre, la familia y los grupos humanos, así como la educación de su personalidad para que dirija su vida de forma saludable y libre, son tareas de la psicología de la salud en el equipo de MGI en la comunidad.

Para esto, el psicólogo recogerá de los profesionales idóneos la información necesaria para investigar, atender y educar la psiquis, la personalidad, el estilo de vida y su interacción con la salud. Al mismo tiempo, el psicólogo entrenará al personal del equipo de salud en todo aquello en que puedan cooperar desde sus respectivas profesiones, así como en técnicas menores que les sean útiles y no pongan en riesgo el equilibrio psíquico de las personas.

INDICADORES DEL MODO DE VIDA PARA EL ESTUDIO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El *estado de la salud de la población* (ESP) es una categoría fundamental para las ciencias de la salud; este expresa, en forma sintética, en un momento específico, el grado de equilibrio biopsíquico entre la población y el medio en que se encuentra, representado en un conjunto de indicadores negativos y positivos de salud.

Conociendo las variables que pueden participar o potenciar el desarrollo de una enfermedad y la magnitud en que una de esas variables se encuentra distribuida en la población, se puede valorar el ESP como un factor de riesgo para estimar la morbilidad, la mortalidad o la incapacidad que la enfermedad pueda favorecer y reorientar las políticas y los programas de intervención en salud.

Entre las variables útiles para el estudio del ESP se encuentran los indicadores del modo de vida que pudieran guardar relación con el proceso salud-enfermedad. Se han seleccionado con carácter demostrativo cuatro indicadores del modo de vida, para relacionarlos con un grupo de enfermedades del aparato circulatorio. Los datos han sido tomados de una investigación realizada por el autor y un grupo de coautores, con una muestra representativa de la provincia Ciudad de La Habana (ya citada), a partir de una encuesta de morbilidad declarada, aplicada a personas de 15 años en adelante.

En las tablas se muestra la distribución de la escolaridad y la ocupación en la muestra estudiada como dos actividades básicas del modo de vida; ahora se utilizarán dos actividades más, para relacionarlas con una parte de la morbilidad de la población. Entre las enfermedades que se van a relacionar con los indicadores del modo de vida se encuentran las del aparato circulatorio.

Debe tenerse en cuenta que el conjunto de enfermedades del aparato circulatorio abarca un grupo muy grande de enfermedades: las cerebrovasculares, cardiovasculares y vasculares periféricas; por tanto, las cifras de estas enfermedades resultan bastante altas. Véase en la tabla 8, la distribución de las enfermedades en relación con el grupo de escolaridad.

Tabla 8. *Incidencia de las enfermedades del aparato circulatorio en cada grupo de escolaridad*

Escolaridad	Declaran padecer la enfermedad	
	Cifras	%
Alfabetizado	16	66,66
Primaria incompleta	149	62,08
Primaria completa	189	51,78
Secundaria completa	111	33,73
Preuniversitario completo	76	35,02
Graduado universitario	44	45,36
Desconocido	2	40,00
Total	587	45,96

Como se aprecia, las personas con más baja escolaridad —alfabetizados, primaria incompleta y completa—, son las que

tienen los mayores porcientos de padecer enfermedades del aparato circulatorio: 66,66; 62,08 y 51,78 %.

Esta información permite conocer el nivel de instrucción para el que hay que orientar las acciones médicas y de salud en el caso de las enfermedades del aparato circulatorio.

Otro indicador de salud es la ocupación, ya que el trabajo es una actividad cotidiana que ocupa un tercio de la vida del hombre y que puede coincidir con sus aspiraciones o no, le exige un tipo de actividad física, mental y una postura que serán perjudiciales o no; además de otras posibles agresiones provenientes de sustancias, radiaciones, ruidos, tensiones, o malas relaciones humanas en el colectivo de trabajo, que posiblemente sean factores de riesgo de diversas enfermedades.

A continuación se muestra la relación entre la ocupación y las enfermedades del aparato circulatorio (tabla 9).

Tabla 9. *Distribución de las enfermedades del aparato circulatorio en cada tipo de ocupación*

	Padece la enfermedad				
Tipo de ocupación	Sí	%	No	%	Total
Obrero	71	35,32	130	64,68	201
Trabajador de servicios	113	47,67	124	52,33	237
Otros	32	35,95	57	64,04	89
Dirigente no universitario	15	50,00	15	50,00	30
Estudiante	12	11,42	93	88,58	105
Ama de casa	168	65,62	88	34,38	256
Jubilado	100	63,69	57	36,31	157
Apto, pero no trabaja ni estudia	3	50,00	3	50,00	6
Graduado universitario	69	36,32	121	63,68	190
No definido	1	50,00	1	50,00	2
Total	584		689		1 273

Las amas de casa presentan la mayor incidencia (65,62 %) de enfermedades del aparato circulatorio; a esto debe añadirse que el trabajo de la casa se realiza generalmente de pie y de forma monótona —favorece las várices en las piernas-, se usan casi siempre los mismos grupos de músculos y, con frecuencia, está acompañada de una vida sedentaria y aislada de la vida social. Todo esto se transforma en condiciones agravantes y hasta enajenantes de esta ocupación, que pudiera incrementar el estrés y el riesgo de enfermar.

Aunque los jubilados presentan el 63,69 % no se puede hacer el mismo análisis, pues la edad y el deterioro del organismo son condiciones que modifican la situación de la variable estudiada.

Un indicador muy mencionado del modo de vida es el ejercicio físico, ya que su realización o no, tiene una influencia especial en varios trastornos circulatorios, tanto en su génesis como en su rehabilitación. Obsérvese en la tabla 10 la distribución de las enfermedades circulatorias en relación con la práctica del ejercicio físico.

Tabla 10. *Incidencia de enfermedades del aparato circulatorio en relación con la práctica de ejercicios físicos*

	Padece la enfermedad				
	Sí	%	No	%	Total
Mi trabajo lo requiere o realizo caminatas de más de 1 km	362	38,88	528	56,71	931
No hago ejercicios físicos de ningún tipo	223	53,22	162	38,66	419
No definido	2	50,00	0	-	4
Total	587		690		1 277

Los datos de la tabla 10 arrojan 931 personas que practican ejercicios físicos sistemáticamente; de ellos la proporción menor (38,88 %) padece de enfermedades circulatorias, y la proporción mayor (56,71 %) no las padecen. Esta relación de proporciones se invierte entre las personas que no practican ejercicios físicos de ningún tipo (419), y el 53,22 % de ellos padecen enfermedades circulatorias y el 38,66 % no las padece; de lo que pudiera interpretarse que la práctica de ejercicios físicos se desplaza inversamente proporcional a las enfermedades del aparato circulatorio.

El último indicador del modo de vida que se expondrá como ejemplo es la práctica de actividades recreativas, para ver cómo esta se relaciona con las enfermedades del aparato circulatorio (tabla 11).

Tabla 11. *Relación entre la actividad recreativa y las enfermedades circulatorias*

Frecuencia de recreación	Sí	%	No	%	Total
Recreación una o más veces a la semana	154	31,30	338	68,69	492
Una vez al mes o menos	127	50,39	175	69,44	252
Una vez al año o menos	260	62,80	154	37,19	414
No definido	46	66,66	23	33,33	69
Total	587		690		1277

De las personas que hacen actividades recreativas una o más veces por semana solo 3l,30 % padece estas enfermedades; mientras que la proporción de los que padecen enfermedades circulatorias se va incrementando en los grupos de personas que tienen menos actividad recreativa al 50,39 % en los que la realizan una al mes o menos, *y* llega a duplicarse 62,80 % entre los que la realizan una vez al año o menos.

Es bien evidente el efecto de este indicador del modo de vida sobre el riesgo de padecer enfermedades del aparato circulatorio, si se tiene en cuenta que hay muchos autores que coinciden en que las personas que tienen muy poca o ninguna recreación, reducen sus posibilidades de relajación de las tensiones en actividades de verdadero placer personal.

Este hallazgo que se observa en esta tabla se relaciona no solo con el modo de vida, sino también con la personalidad *y* su estilo de regulación; ya que esta personalidad no prioriza la actividad recreativa. Este tipo de persona no recibe los beneficios de la recreación *y* el esparcimiento espiritual que ello debe conllevar. Tales sujetos no logran desembarazarse del estrés común de la vida cotidiana a través de la recreación, *y* su situación empeora cada vez que atraviesa por situaciones estresantes.

Las variables estudiadas para conocer la relación entre indicadores del modo de vida y el estado de salud de la población, en relación con las enfermedades del aparato circulatorio, han mostrado en todas las tablas, cómo la condición positiva del modo de vida se relaciona con un descenso de la proporción de estas enfermedades, *y* la condición negativa del indicador se relaciona con un incremento de dichas enfermedades.

Esta información resulta trascendental para los planes de promoción de salud, pues permite delimitar los indicadores del modo *y* el estilo de vida de las personas que deben modificarse en la población, en relación con las enfermedades del aparato cardiovascular.

Por otra parte, los resultados de esta investigación permiten plantearse el estado de salud de la población como u na categoría que descansa, entre otros factores, en el modo de vida; *y* así hacen objetivo su estudio *y* su transformación al operar sobre expresiones concretas de la actividad humana.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTILO DE VIDA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA DEMANDA DE ASISTENCIA MÉDICA DE LA POBLACIÓN

El estilo de vida influye en que las personas actúen de forma diferente e individual para atender sus enfermedades. Algunos se autolimitan ante la menor dificultad o síntoma, *y* otros viajan grandes distancias *y* vencen temores para lograr un tratamiento.

Para estudiar estos problemas e interrogantes que se plantean muchos profesionales de la salud, se expondrán datos seleccionados de una investigación sobre morbilidad declarada *y* estilo de vida, realizada por el autor *y* colaboradores en la Ciudad de La Habana (investigación citada); esta suministra una valiosa información acerca de la relación entre estilo de vida *y* un grupo de variables vinculadas a la salud. Dicha información ayuda a comprender cómo el modo de vida del hombre puede poseer características que influyan, a modo de agresión o de beneficio en su salud.

La información acerca del estilo de vida se obtuvo a partir de tres variables que constituyen solo parte de las actividades que integran el estilo de vida: *la escolaridad, la actividad física y la actividad recreativa.* Se procedió de la forma siguiente:

- Un estilo de vida **1** (bueno) es el que posee una alta escolaridad, practica ejercicios o deportes sistemáticamente —dos o más veces a la semana— *y* practica actividades recreativas una o más veces a la semana.
- Un estilo de vida **2** es el que cumple dos de esas tres condiciones positivas.
- Un estilo de vida **3** es el que cumple solamente con una de esas condiciones positivas o no cumple ninguna.

Las limitaciones que una persona se plantea en su vida no son obra de la casualidad o de condiciones estrictamente objetivas. La subjetividad desempeña un papel importante en las limitaciones, por eso deben estudiarse en relación con la psiquis *y* el estilo de vida.

Véase en estos resultados, cómo influye el modo de vida en las decisiones de acudir al médico cuando se está enfermo, frente a diferentes circunstancias. Ante la pregunta A: ¿Cuáles son las circunstancias que más le dificultan acudir al médico cuando se siente enfermo? Los encuestados respondieron ante dos pregun-

tas que aparecen registradas en dos tablas que aparecen a continuación. Obsérvese el resultado a la primera respuesta: temor a tener una enfermedad grave (tabla 12).

Tabla 12. *Relación entre nivel de estilo de vida y temor a tener una enfermedad grave*

	Los tres tipos de estilos de vida					
Respuestas	1	%	2	%	3	%
Sí tiene temor	5	3,13	30	7,50	83	10,45
No tiene temor	155	96,88	364	91,0	707	89,04
Total	160		400		794	

En la tabla 12 se observa cómo en el estilo de vida 1 (bueno), solo 3,13 % plantea que sí han dejado de asistir al médico por temor a tener una enfermedad grave; esta cifra se duplica en el estilo de vida 2, y se triplica en el estilo de vida 3. Lo que indica que esta circunstancia subjetiva afecta más a los individuos, mientras más baja calidad tienen los indicadores de su estilo de vida.

La otra respuesta a la pregunta A fue: dificultades de transporte; y sus resultados se exponen en la tabla 13.

Tabla 13. *Relación entre estilo de vida y dificultades de transporte como circunstancia que le afecta la asistencia al médico*

	Tres tipos de estilos de vida					
Respuestas	1	%	2	%	3	%
Sí me afectan	4	2,50	14	3,50	52	6,55
No me afectan	54	96,25	382	95,50	737	92,82
Total	160		400		794	

En la tabla 13 se evidencia que las personas del estilo de vida tipo 1 (bueno) son las que en menor proporción (2,50 %) dejan de asistir al médico por dificultades de transporte, y que en la medida que empeora el indicador del estilo de vida al tipo 2 y el 3, los porcientos se elevan.

Analícese el significado y la importancia de estos resultados para la comprensión del comportamiento de las personas frente al cuidado de su salud, cuando son influidas por la valoración subjetiva que ellos hacen de las circunstancias que los pueden afectar, en relación con la salud y la decisión de dejar de asistir al médico.

La decisión de no ir al médico por temor a tener una enfermedad grave cuando se está enfermo es una típica actitud prejuiciada, más probable de manifestarse en personas con baja escolaridad, con normas y valores ligados a la superstición y al pensamiento mágico, o con características contradictorias en su personalidad para enfrentar los problemas.

Por tanto, el resultado es que la necesidad de satisfacer el prejuicio es más fuerte que la necesidad de proteger su salud; planteado de otra manera, constituye un motivo de mayor jerarquización o le concede mayor sentido al prejuicio que a la protección de la salud.

Otro tanto sucede con argumentar dificultades de transporte para no asistir al médico cuando se está enfermo; también puede dar una medida de la baja jerarquización o el débil sentido que la necesidad de proteger la salud tiene para el individuo.

Ambas respuestas no resisten un razonamiento lógico a la hora de tomar la decisión de ir al médico, y menos aún en una sociedad con servicios médicos gratuitos, de fácil acceso y un alto desarrollo de los valores relacionados con la protección de la salud.

En relación con estos criterios, en los resultados han aparecido una mayor proporción de personas que dejan de asistir al médico por esas dos circunstancias, en la medida que el estilo de vida presenta indicadores de más baja calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afanasiev, V (1979): *El enfoque sistémico aplicado al conocimiento social. Revista de Ciencias Sociales*, A. C. de la URSS 1(35).

Álvarez, Puñales y Castilla (1985): *Algunas consideraciones acerca del papel de la familia en la formación político-moral de la joven generación.* Informe de Investigación Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales, La Habana.

Anker, R (1980): R*esearch on women's roles and demographic change: survey questionnaries for households, women, men and communities with background explanations.*, International Labour Office, Geneva.

Araujo, R y Borroto, R (1997): *El problema de la determinación del proceso Salud-Enfermedad.* Análisis crítico para su evaluación, Ed. Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana.

Casales, JC (1989): Psicología Social. *Contribución a su estudio,* Ed. Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana.

Centro de Investigaciones *Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba (1990): Análisis de las investigaciones sobre la familia cubana, 1970 - 1990,* Ed. Ciencias Sociales, Ciudad de La Habana.

Clavijo Portieles, A (1989): *Manual de Psiquiatría para el médico de la familia,* Ed. Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana.

Contrada, R; Leventhal, H and O'Leary, A (1991): *Personality and health. In Pervin LA (ed.) Handbook of personality.* Theory and Research, Guilford, Nueva York.

Cooper, CL and Faragher, BE (1992): *Coping strategies and breast disorders/cancer*, Psychological Medicine, 22(447-55).

Dahl, J (1997): *¿Cómo analizar el impacto del dolor no aliviado*?, Cancer Pain Release, 10(3).

Dickie, E; Knight, R et al. (1981): *Etnographic observations on child care and the distribution of hepatitis B virus in the nuclear family,* Lancet, 2:1000.

Doherty, WJ (1989): *Challenges to integration: research and clinical issues. En Ramsey,* CN Jr., ed. Family systems in Medicine, Guilford Press, New York.

———Baird, MA and Becker, LA (1987): *Family Medicine and the biopsychosocial model the road toward integration.* En Doherty, WJ; Christianson CE and Sussman, MB, Family medicine: the maturing of a discipline, Haworth Press, New York.

Engel, GL, (1977): *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, Science 196:129-136.

Ferrándiz, A (1985): *Terapia familiar: enfoque sistémico*, Rev de Psicología General y Aplicada, 40 (3).

Ferrara, Fa; Acebal, E y Paganini, JM (1976): *Medicina de la Comunidad*. Ed. Intermédica, Buenos Aires.

González, U (1994): *Caracterización psicológica y del estilo de vida de la hipertensión arterial primaria,* Informe de resultados del tema de Investigación presentado al Consejo Científico, Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón", La Habana.

——— y Amarillo, Ma A. (1997): *Características de la calidad de vida psíquica en pacientes con úlcera gastroduodenal y controles no ulcerosos.* Evento Científico del Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón", de La Habana.

——— (1990): *La tendencia a las decisiones inadecuadas en el enfrentamiento de problemas y el modo de vida, y su relación con la hipertensión arterial*, Ed. Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón".[material de texto], La Habana.

——— (1988): *Relación entre el modo de vida y la declaración de circunstancias que dificultan la asistencia al médico durante la enfermedad en la población de Ciudad de La Habana.* Ed. Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón", La Habana.

——— y Amarillo, Ma. A (1990): *El estudio del modo de vida y su relación con la salud*, Ed. Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón", La Habana.

——— Grau, J y Amarillo, Ma A (1989): *La calidad de vida como problema de la Bioética. Sus particularidades en la salud humana.* En Bioética desde una perspectiva cubana, Ed. Félix Varela, La Habana.

Grossarth-Maticek, L and Eysenck HJ (1991): *Personality and cancer: prediction and prophylaxis. Anticarcinogenesis and radiation* 2, ed. by Nygaard, OF and Upton, AC, Plenum Press, New York.

Hockley, J (1993): *Rehabilitation in palliative car -are we asking the impossible*?, Palliative Medicine 7 (suppl 9-15).

Holmes, TH and Rahe, RH (1967): "*The social readjustment rating scale*", Psychsom Med, 11:212-218.

Holland, JC (1992): "*Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities*", Psycho-Oncology, 1:1-13.

——— (1992): *Psychosocial variables: are they factors in cancer risk or survival*? Current Concepts in Psycho-Oncology IV, New York, octubre.

Horwitz, N; Florenzano, R y Ringeling, S (1990): *Familia y Salud familiar; Un enfoque para la atención primaria.* Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 6(1).

Jiménez, L (1996): *La participación social en la planificación sanitaria a nivel local,* Ed. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.

Kasl, SV and Cobb, S (1966): *Health behaviour, illness behaviour and sick-role behaviour*: Part I. Health and illness behaviour. Archives of environmental health, 12:246-250.

Lederberg, M; Holland, JC and Massie, MJ (1989): **Psychosocial aspects of patients with cancer.** In V.T. De Vita Jr, S. Hellman and S.A. Rosenbergs (ed.) *Cancer: Principles and Practice of Oncology,* 3rd. ed, vol.2. Philadelphia, Leppincott.

Louro Bernal, I (1993): *Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención médica primaria.* La Habana, Facultad de Salud Pública.

Morgan, LH, (S/F): *La Sociedad Primitiva*, Ediciones Pavlov, México, D.F.

OMS (1986): *Prevención de las enfermedades cardiovasculares en la comunidad*, Serie Informes Técnicos. No. 732, Ginebra.

Palermo, E (1992): *Enfermos, médicos y sociedades en la Historia* t. I y 2, Ed. Cartago, Buenos Aires.

——— (1986): *Salud, enfermedad y estructura social*, Ed. Cartago, Buenos Aires.

Prieto, O y Vega, E (1996): *Temas de Gerontología*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

Q*uinto Congreso Latinoamericano de Medicina Social* (1991), Universidad Central de Venezuela, Ed. Rectorado. Caracas.

Revilla, L; Aragón, A; Muñoz, M et al. (1991): "*Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud*", Atención Primaria, 8(2):40-42

Rojas, F et al. (1994): I*ndicadores de salud y bienestar en municipios Saludables*, Ed. Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.

——— (1993): *Algunos conceptos y prácticas sobre salud pública, promoción de salud y educación para la salud*, Ed. Instituto de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.

Roux, GI (1999): *La prevención del comportamiento de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud.* Educ Med Salud, 28 (2) 222-33, abril.

Ruiz Rodríguez, G (1990): *La Familia. Concepto. Funciones. Estructura. Ciclo de Vida Familiar*, Rev Cub de Medicina General Integral. 6(1):68-69, 69-70.

Sarmiento Reyes, D (1996): *Programa para la preparación psicológica de los individuos que enfrentan por primera vez los roles de padre y madre. Trabajo para optar por el Título de Máster en Psicología de la Salud*, Facultad de Salud Pública.

Schleifer, S and Keller, S (1991): *Stressful events, depressive disorders and immunity*. In Psychoneuroimmunology. Interactions between Brain, Nervous System, Behavior, *Endocrine and Immune System,* Ed. by Hans J Schmoll, New York.

Siegel, K (1990): *Psychosocial Oncology Research*, Social Work in Health Care, 15 (1).

Solomon, GF (1987): *Psychoneuroimmunology. Interactions between Central Nervous System and Immune System*, J of Neuroscience Research, 18:1-9.

*S*tjernsward, J (1995): *El dolor de cáncer, el cuidado paliativo y la OMS. Prioridades para 1995-1999*. Cancer Pain Release, 8(1).

Suchman, E (1967): *Preventive health behaviour: a model for research on community health campaigns*, Journal of health and social behaviour, 8:197-202.

Temoshok, L (1987): *Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model*, Cancer Surveys, 6(3).

_____ Heller, BW and Savegiel, RW et al. (1985): *The relationship of psychological factors of prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma*, J Psychosomatic Research 29:139-153.

Valdés, L et al. (1998): *Enfermedades emergentes y reemergentes* Ed. Ministerio de Salud Pública, La Habana.

Vincent, HK, Poon (1995): *The Family In General Practice-The Challenges in the Late 1990s*, Hong Kong Practitioner, 17 (5), mayo.

Baso Mat (1992): *La Familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas.* Rev Esp de Geriatría y Gerontología, 26(1):47-52, enero-febrero.

Butler, MR (1992): *Salud en la vejez mito y realidad*, Folleto Actualidad en Gerontogeriatría, 1(8):11-14.

Federación Internacional de la Vejez (1994): *Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad*, Washington, USA.

Fernández Ballesteros, R y Azal M (1992): *Evaluación e Intervención Psicológica de la Vejez*, España, Ed. Martínez Roca S.A.

Gómez Alfonso, C. et al. (1986): *Variables sociales determinantes del éxito o fracaso de asistente al enfermo geriátrico*, Rev Esp de Geriatría y Gerontología, 21(4):245-253, julio-agosto.

Heros, FJ et al. (1990): *Depresión e ideación suicida entre ancianos que viven en régimen de internamiento dentro de una institución geriátrica,* Rev Esp de Geriatría y Gerontología, 25(2): 85-88, marzo-abril.

Martínez García, MF (1993): *Psicología*, Sevilla, Ed. Eudema.

_____García Ramírez, M y Mendoza Sierra, I (1993): *Integración Social y Ancianidad: Aportaciones desde el apoyo social.* En Martínez García, MF. Psicología Comunitaria, Sevilla, Eudema, pp. 173-186.

Merino Cáceres MC et al (1992): *Situación socioafectiva de un colectivo de jubilados*, Rev Esp de Geriatría y Gerontología 27(4):243-248, julio.

Musitu Ochoa, G. (1993): *Comunicación y apoyo el nuevo binomio psicología de la comunicación.* En Loscertales Abril, F y Marín Sánchez, M. Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación, Sevilla, Ed. Eudema, pp. 279-299.

_____(1994): *Determinantes del Apoyo Social, Apoyo Social*, Barcelona, Ed. PPU.

Organización Mundial de la Salud (1981): *La salud en personas de edad.* En Informe del Comité de Ginebra Suiza.

Organización Panamericana de la Salud (1994): *La atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa*, Publicación Científica, no. 546, pp. 57-75 y 361-366.

Organización Panamericana de la Salud: *Hacia el bienestar de los ancianos*, Publicación Científica, no. 492, pp. 64-66.

Roca Perara, MA y Pérez Lazo de la Vega, M (1996): *Apoyo Social: Su significación para la salud humana*, Universidad de La Habana, Facultad de Psicología.

Rocabruno Mederos, JC y Prieto Ramos, O (1992): *El Anciano y la Familia, Gerontología y Geriatría Clínica*, T. I, La Habana, Ed. Ciencias Médicas, pp. 3-6.

Valdés Mier, M (1998): *La depresión en la tercera edad*, Rev del HPH, XX (IX), abril-junio.

PARTE V. PSICOLOGÍA DE LAS EDADES

24. Desarrollo psíquico en la infancia

Diana Marjorie Suárez Vera

En la ciencia psicológica contemporánea se ha formado una unidad indestructible entre la psicología de las edades y la psicología de la personalidad. Esta unidad es expresión del cambio esencial en el objeto de la primera de estas ciencias, la que se ocupa del estudio de la dinámica de la psiquis humana, del proceso de formación y desarrollo de la personalidad. De esta forma analiza el desarrollo psíquico del hombre desde el nacimiento hasta la muerte. Por tanto, a la luz de este enfoque la psicología infantil deviene en análisis de la formación de la personalidad y de los determinantes más esenciales del autodesarrollo del hombre, en las etapas más precoces y probablemente más fundamentales de la vida.

Las leyes que regulan el proceso de autodesarrollo de la personalidad pueden interpretarse con claridad, si se tiene en cuenta que el hombre es al propio tiempo objeto y sujeto de la acción de dichas leyes. Resulta, por tanto válida, la investigación en relación a cuáles son en nuestra época las fuerzas motrices del autodesarrollo del hombre, como sujeto de la historia y de la sociedad en la cual le ha tocado en suerte vivir.

Durante el desarrollo psíquico surgen contradicciones, como en todo proceso de desarrollo. Estas conducen a la aparición de nuevas necesidades e intereses y a la asimilación de nuevos tipos de actividad. Estas contradicciones constituyen las fuerzas motrices del desarrollo psíquico humano. El análisis de la ontogenia de la personalidad a partir de un enfoque científico se sustenta en el principio con arreglo al cual, el hombre se forma y desarrolla en la actividad.

No obstante, es necesario realizar algunas consideraciones con respecto a la estructuración de la actividad en la vida del sujeto y a su interrelación con otros aspectos igualmente significativos para el desarrollo psíquico, en cada una de las etapas o niveles por los que este atraviesa.

Existe, objetivamente una dependencia del desarrollo psíquico del niño, del adolescente y del adulto en relación con la actividad, aunque no a la actividad vista como proceso general, sino por el contrario, esta dependencia se hace específica con respecto a un tipo de actividad determinado. Este tipo de actividad en la etapa del desarrollo psíquico dado la caracteriza, ya que es la expresión de una determinada y particular relación del sujeto con su realidad social. Esta es la actividad que tiene para el período de desarrollo en cuestión un carácter esencial, rector.

Es precisamente el cambio del tipo de actividad rectora, el cambio en la relación esencial del niño con la realidad, el indicador objetivo e irrefutable de que este pasa de un estadio a otro superior en su desarrollo psíquico. Las relaciones que el hombre, en general, y el niño, en particular, mantienen con su realidad circundante, son las que en última instancia determinan las cualidades y rasgos de la personalidad que se formarán y consolidarán.

Ha sido suficientemente demostrado que las condiciones de vida por sí mismas no son capaces de forma directa de determinar la formación de la personalidad. En esta dirección, *L. S. Vigotski* al analizar la historia de las funciones psíquicas superiores introdujo el concepto de situación social del desarrollo al que se está haciendo referencia, y con el que se brinda una interpretación dialéctica desde la perspectiva materialista, del papel del medio en el desarrollo psíquico del niño.

Vigotski designó con estos términos la integración particular de los procesos internos del desarrollo y de las condiciones externas, que es típica de cada etapa y que condiciona también la dinámica del desarrollo psíquico durante el correspondiente período evolutivo, así como las formaciones psicológicas cualitativamente superiores que aparecen hacia el final de cada período.

El cambio en la actividad rectora es un proceso de transformación revolucionaria en la vida del sujeto que se sucede en forma de *crisis evolutiva.* Esta, muy lejos de significar una anomalía en el desarrollo –tal y como se concebía tradicionalmente– constituye una característica universal del viraje en dicho proceso.

Las crisis expresan la reestructuración esencial de la personalidad del individuo, así como el carácter en forma de saltos del proceso de autodesarrollo de la personalidad.

La no aparición de la crisis, en el momento correspondiente, indica, cuando menos una "lentificación" en el desarrollo del niño, la no asimilación de la forma de actividad rectora propia de la etapa y el retardo en el surgimiento de nuevas características y formaciones psíquicas. Esto, sin duda tendrá una repercusión más o menos a corto plazo y un costo en la formación de la personalidad.

Uno de los problemas que más ha ocupado a los estudiosos de la psicología evolutiva, es el de la periodización de la ontogénesis

de la personalidad. Este está directamente vinculado al establecimiento de las formaciones psíquicas inherentes a cada período, a los mecanismos de tránsito de uno a otro, y a la definición de lo que es propio de cada etapa en cuestión.

La psicología con enfoque materialista-dialéctico establece tres criterios esenciales como determinantes en la comprensión y clasificación de los períodos de edades. Estos son: la sucesión de los diferentes tipos de actividad rectora, condicionada por el cambio en la situación social del desarrollo y por último la aparición de formaciones psíquicas nuevas como consecuencia de la sustitución de la actividad rectora y de las modificaciones producidas en la situación social del desarrollo.

De acuerdo con estos criterios el desarrollo psíquico infantil atraviesa por las etapas siguientes:

- **Lactancia**. Desde finales del 2do. mes hasta finalizar el ler. año de vida.
- **Niñez Temprana**. Desde el final del ler. año de vida hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- **Pre-escolar**. Comprende desde finales del 3er. año de vida hasta los 6 ó 7 años.
- **Escolar temprana**. Abarca desde finales de los 6 ó 7 años hasta alrededor de los 11 años, en que se fija la aparición de la adolescencia.

En todo el período que se extiende desde el nacimiento hasta el momento en que comienza la escuela, el niño vive tres crisis, excluyendo la del propio nacimiento. Estas crisis son: la del 1er. año de vida, la de los 3 años y finalmente la crisis de los 7 años. Cada una de ellas marca una etapa evolutiva y delimita el tránsito del niño, en forma de salto cualitativo, de una etapa a otra.

A modo de caracterización general de los períodos de crisis, se señalará que los cambios más ostensibles en el comportamiento del niño y que al mismo tiempo constituyen manifestaciones fenomenológicas de la crisis evolutiva son: desobediencia, irascibilidad, conductas caprichosas, negativismo respecto a las exigencias que antes cumplían, terquedad, obstinación y desinterés, por solo señalar algunas de las más relevantes. Este comportamiento con relativa frecuencia se convierte en fuente de conflicto entre el niño y los adultos que le rodean, de modo especial con los padres y educadores.

Los cambios antes señalados con relativa frecuencia son indicadores de frustración en el niño durante el período crítico; esta frustración que tiene su origen en la deprivación de determinadas necesidades esenciales para él, en las nuevas necesidades que surgen y que son insatisfechas o reprimidas en su normal satisfacción. De manera más general, la esencia de las crisis evolutivas radica en la reestructuración de necesidades y motivos y en el cambio de la relación del niño con la realidad que estimula el cambio de las necesidades y motivos que impulsan el comportamiento de este.

La crisis evolutiva es la manifestación del viraje en el desarrollo; es decir, del cambio cualitativo en el desarrollo de la infancia. Si los educadores toman en consideración los cambios que surgen en el comportamiento del niño y adecúan en consonancia con dichos cambios las relaciones con este, entonces los períodos de viraje en el desarrollo no adquieren las particularidades tan negativas que facilitó se les acuñara como *períodos de crisis.*

DESARROLLO PSÍQUICO EN LA ETAPA PRENATAL

Refiriéndose al proceso de formación de las funciones psíquicas superiores, *Vigotski* expresó que es la sociedad, en primer lugar, y no la naturaleza la que debe ser considerada como factor determinante de la conducta del hombre. Este pensamiento encierra la idea central en torno al desarrollo cultural del niño y refleja la tendencia científica fundamental con respecto a la ontogenia humana.

Esta idea condicionó la radicalización en el actual enfoque de las reacciones de orientación del niño. Estas han dejado de concebirse programadas en forma genética y han pasado, por tanto, a ser parte del objeto de estudio de la psicología, en la medida en que se analizan como un componente esencial de la actividad cognoscitiva del hombre. Es por ello que al abordar el desarrollo psíquico en la etapa prenatal, necesariamente hay que referirse al desarrollo que durante dicho período alcanzan las reacciones de orientación y los componentes sensoriales y motrices que las integran.

Lo expresado en relación con la génesis de las reacciones de orientación permite considerarlas como el reflejo de aquellas condiciones en las cuales está en interacción el feto. Estas condiciones, con excepción de la luz, contienen todas las modalidades estimuladoras capaces de influir sobre los órganos de los sentidos en la etapa de embriogénesis.

En consonancia con lo referido respecto al medio circundante del feto, la sensibilidad dolorosa y visual se forman mucho más lentamente que otros tipos de sensaciones. Este hecho es atribuible a la falta de ejercitación de estos órganos sensoriales, en especial del analizador visual, ya que es el único que en el período uterino no tiene un agente excitante adecuado.

La sensiblidad cutánea es la primera en aparecer alrededor de las 72 semanas de vida embrionaria. La propiocepción que surge en los músculos, tendones y articulaciones hace su aparición alrededor del 4to. mes de vida del feto.

De igual forma, la sensibilidad gustativa según se ha comprobado en niños nacidos prematuramente, a los 6 ó 7 meses de embarazo tiene una rápida aparición durante la embriogénesis. Estos niños prematuros demostraron diferenciar lo salado, lo ácido, lo amargo y lo dulce. Mientras, la sensibilidad olfatoria, en

tanto a la capacidad de diferenciación, es menor que la gustativa. También el estudio de prematuros, permitió conocer que después de los 6 meses de desarrollo intrauterino, aparece la sensibilidad a la temperatura.

Teniendo en cuenta el desarrollo que alcanza el aparato auditivo del feto, es válido aceptar que el desarrollo intrauterino transcurre en condiciones muy favorables desde el punto de vista sonoro. A favor de lo dicho habla el hecho de que las oscilaciones sonoras son transmitidas en el líquido amniótico, en un grado considerablemente mayor que en el aire. Esto permite al feto percibir en forma clara, tanto los estímulos sonoros que vienen del medio extrauterino, como los que provienen del medio interno, tales como la voz de la madre, los tonos de las contracciones cardíacas de esta, entre otros.

Siendo justamente la sensibilidad cutánea la primera en aparecer durante el período embrionario, debe señalarse que de igual forma, en un embrión de 72 semanas pueden provocarse movimientos locales en respuesta a la excitación de receptores cutáneos. Esto señala el establecimiento del primer contacto funcional entre la recepción cutánea y los efectores musculares.

A partir de esta fecha, por estimulación perioral del párpado superior, del dorso de la nariz y otras zonas, pueden provocarse diferentes reacciones motrices en el feto, que van desde la flexión contralateral del cuello hasta el giro del globo ocular hacia abajo. Aun cuando no se ha podido establecer un ritmo motriz fisiológico del feto, es conocido que la cantidad de movimientos que este realiza aumenta en las horas de la noche.

De igual forma se ha obtenido información fidedigna en relación con la actividad del feto, la que está parcialmente condicionada por determinados estados de la madre, tales como déficit de oxígeno, hábitos tóxicos, entre estos bebidas alcohólicas y tabaquismo, cansancio, sonidos fuertes, emociones negativas, y en especial, sensaciones dolorosas intensas.

Antes de concluir esta etapa se hace necesario destacar la importancia de las reacciones de orientación en su calidad de eslabón, de enlace esencial entre el organismo y el mundo exterior. Debe señalarse que sobre la base de dichas reacciones de orientación se forman luego los mecanismos de la actividad psíquica propiamente dicha.

En la estructura de estos mecanismos se integran la búsqueda y el logro de los resultados de la actividad, los que de hecho constituyen eslabones fundamentales de la actividad de orientación considerada en su sentido más amplio.

DESARROLLO PSÍQUICO EN LA LACTANCIA

EL RECIÉN NACIDO

El nacimiento implica el paso a la vida en condiciones fuera del útero, y, por tanto, obliga a la realización de bruscos y rápidos ajustes en muchos sistemas de este nuevo ser, fundamentalmente del cardiovascular y del respiratorio. Hasta la fecha se desconocen con exactitud cómo estos cambios influyen en el cerebro y en su funcionamiento.

A pesar de la multitud de impresiones nuevas que el nacimiento trae al recién nacido, la más importante a los efectos del automovimiento de esta personalidad potencial es el encuentro con las condiciones sociales de la vida, mediatizado por la madre o sustituto. A partir de este momento la comunicación con las personas y la actividad con los objetos devendrán cada vez más importantes.

Solo en la especie humana el nacimiento se inicia con un grito. Los restantes seres vivos nacen en absoluto silencio y es precisamente el grito, la señal que en esta etapa de la vida resultará un eficaz medio defensivo para el recién nacido. Al mismo tiempo es un instrumento que muy rápido, por el mecanismo de reflejo condicionado, permite el logro de los resultados deseados en su micromundo social.

El recién nacido manifiesta un gran número de reflejos defensivos. Presenta, además, una particularidad muy significativa: el desarrollo de la vista y del oído es mucho más rápido que el de los movimientos corporales, particularidad que le diferencia del resto del mundo animal.

En el período neonatal, la condición necesaria para la maduración normal del cerebro es el adecuado entrenamiento de los órganos sensoriales, de tal forma que la falta de estimulación sensorial disminuye bruscamente el desarrollo.

La estimulación adecuada al recién nacido, tanto cuantitativa como cualitativa, propicia el incremento y diversificación de los reflejos de orientación, y aparecen la concentración visual y auditiva, condición esencial para el futuro desarrollo psíquico. Es precisamente el adulto, el encargado de organizar las impresiones sensoriales del recién nacido y estimular así el tránsito del neonato al de lactante propiamente dicho.

Debe destacarse que desde sus primeros días de vida, el niño es un ser humano que, aunque de manera difusa, posee su vida psíquica individual. Tiene necesidades orgánicas –alimentos, calor, movimientos– y otras ligadas con el desarrollo funcional del cerebro. Las más importantes son las que derivan de su propia esencia: las necesidades sociales, la necesidad de otra persona, de la atención y cuidado de esta, y de la comunicación con ella.

EL LACTANTE

Las primeras emociones en el niño surgen en relación con la satisfacción de necesidades sociales, en particular con el inicio de la asimilación de las formas de trato emocional que recibe de los adultos.

A finales del 1er. mes y principios del 2do. mes de vida, se va formando en el niño una acción emotivo-motora, dirigida hacia

el adulto: es el llamado **complejo de animación**. Este limita el paso del período neonatal al de la lactancia propiamente dicha e implica por parte del niño: vocalizaciones preverbales, movimientos no coordinados de miembros y tronco, así como sonrisas.

El complejo de animación es el resultado de la comunicación afectiva directa entre el niño y la madre o el sustituto de esta, y constituye la principal vía del desarrollo psíquico en este período. *Vigotski* señaló que la comunidad psíquica del bebé con su madre es el punto inicial del desarrollo ulterior de la conciencia. Esta comunidad fue acertadamente denominada *proto-nosotros*.

La necesidad de comunicación del bebé, cuyo objeto es otra persona (el adulto), es el fundamento de toda su actividad y precede a cualquier acción manipulatoria. Asimismo las acciones perceptivas del niño se forman en el proceso de comunicación con los adultos, y posteriormente son trasladadas a diferentes situaciones.

Durante el proceso de comunicación, en el bebé se forman y consolidan importantes formaciones psíquicas, tales como la comunidad psíquica con otras personas, *ante todo la madre*, las actitudes emocionales hacia estas, la prensión de objetos, así como una serie de importantes acciones perceptivas.

La comunidad afectiva con el adulto caracteriza la situación social del desarrollo durante el primer año de vida, ya que toda la conducta del niño, toda su actividad se realiza mediatizada por el adulto o en colaboración con este.

Ya en la segunda mitad del 1er. año de vida, precisamente en la colaboración con los adultos, se inicia en el bebé la formación de acciones objetal-manipulatorias, cuya vía fundamental de asimilación es la imitación de las acciones que le son mostradas por los adultos.

En relación con el inicio de la actividad señalada, y a punto de partida de la comunicación afectiva directa con la madre o sustituto, en la conciencia en desarrollo del bebé se diferencian algunas funciones psíquicas.

Aparecen las primeras generalizaciones sensoriales; el niño comienza a utilizar elementos de palabras para designar los objetos. De tal forma las necesidades del lactante empiezan a fijarse cada vez más en los objetos de la realidad circundante, y estos comienzan a adquirir para el niño fuerza inductora, en la medida en que se relacionan con sus necesidades más inmediatas.

Hacia finales del 1er. año de vida se encuentra a un bebé que ha asimilado una gran experiencia: comienza a desplazarse con alguna independencia, intenta expresarse a través del lenguaje oral y ha alcanzado el dominio de un gran número de acciones perceptivas.

Al mismo tiempo que ha consolidado una comunidad psíquica con otras personas, en especial con la madre, así como una actitud emocional hacia estas, paradójicamente el lactante no se muestra dispuesto ya a aceptar de manera incondicional las demandas de los adultos. El niño comienza a rebelarse, llora, se resiste a los intentos de alimentarle, de vestirle, pasearle, cargarle, que hasta entonces constituían para él motivo de alegría y regocijo: la crisis del 1er. año ha hecho su aparición.

Han surgido en el niño nuevas necesidades que inician una modificación esencial en la relación del pequeño ser con su medio social. La comunicación emocional directa con el adulto no satisface estas nuevas necesidades del lactante que se muestra cada vez más independiente. Ha de comenzar una nueva etapa en su vida: la niñez temprana.

DESARROLLO PSÍQUICO EN LA NIÑEZ TEMPRANA

Desde el final del 1er. año de vida y hasta los 3 años se extiende esta etapa de la vida que se diferencia sustancialmente de la anterior, sobre todo por las particularidades que adopta la situación social del desarrollo del niño en este último período evolutivo.

Durante la niñez temprana, el pequeño comienza a comprender su lugar en el mundo de las personas y de las cosas que lo circundan. Logra desplazarse libremente en el espacio, moverse con indepencia y satisfacer por sí mismo numerosas necesidades, al mismo tiempo que es capaz de utilizar con amplitud creciente muchas de las formas de la comunicación verbal.

La actividad objetal-manipulatoria iniciada en la segunda mitad del 1er. año se convierte en la actividad central, rectora del desarrollo psíquico del niño de esta etapa. Le permite reproducir los procedimientos socialmente elaborados de acción con los objetos. Sobre la base de esta actividad objetal-manipulatoria aparecen nuevas formaciones psíquicas en el niño, que en mayor o menor medida se vinculan al desarrollo del lenguaje.

El lenguaje, que aparece en este período, se convierte en la vía fundamental de comunicación con los adultos, así como en un instrumento que le permite al niño organizar los diferentes tipos de acciones objetales que él realiza con otras personas.

La percepción, gracias al lenguaje, se vuelve generalizada y consciente; de esta manera las cosas percibidas por el niño adquieren determinada significación social. La actividad cognoscitiva se orienta tanto hacia el mundo externo como hacia sí mismo. Este último proceso de autoconocimiento cristaliza en una autoconciencia que tiene una particularidad. Esta radica en que el conocimiento de sí deviene para el niño como si se tratara del conocimiento de un objeto externo a sí mismo.

Gracias al lenguaje se produce el conocimiento generalizado tanto de las cosas como de sí, al hacer corresponder primero el nombre de los objetos con estos; posteriormente se establece la correspondencia del nombre propio consigo. No obstante, esto aún no significa que el niño haya logrado separarse a sí mismo del mundo objetal y se pueda autopercibir como sujeto.

El proceso de conocimiento de sí mismo que objetivamente culmina con el concepto **yo** se realiza sobre la base de generalizaciones intelectuales, pero fundamentalmente descansa en generalizaciones afectivas.

La formación psíquica central que surge al finalizar esta etapa es el sistema **yo**, y la necesidad generada por esta formación es la de actuar por sí mismo. A partir de la aparición de esta formación psíquica esencial, aparecen otras de igual importancia para el desarrollo psíquico del niño, entre estas la autoevaluación y la aspiración de corresponder a lo que los adultos esperan de él: ser bueno. Esta autoevaluación primaria se caracteriza por la casi total ausencia del componente racional. Se basa, en esencia, en el deseo del niño de recibir aprobación del adulto y mantener así el bienestar afectivo.

A finales del 3er. año de vida, cuando el niño ha asimilado el mundo objetal circundante, comienza a manifestarse muy interesado por el mundo de las relaciones humanas, lo que unido al desarrollo psíquico alcanzado y a la necesidad nueva de actuar independientemente y de participar en el mundo de los adultos, da paso a la crisis de los 3 años.

El niño, antes obediente, cuya aspiración era la de comportarse a tenor de lo que los adultos esperaban de él, se convierte en un pequeño tirano. No solo trata de hacerlo todo por su cuenta, sino que a cada momento quiere decidir él, cuándo y cómo va a hacerlo.

Esta crisis de los 3 años por lo regular transcurre sin mayores complicaciones, y se soluciona mediante el cambio en la situación social del desarrollo del niño y el tránsito al juego de roles como actividad fundamental.

DESARROLLO PSÍQUICO EN LA ETAPA PRE-ESCOLAR

Este nuevo período evolutivo que se ha venido gestando en la etapa anterior, está íntimamente ligado al progreso de la conciencia infantil, a la contraposición de las acciones independientes del niño y las acciones conjuntas de este con el adulto y a la independización del *yo infantil.*

Estas peculiaridades caracterizan la situación social del desarrollo del pre-escolar. A través del juego y en lo fundamental del juego de roles, que es la actividad rectora del pre-escolar, se forma e incrementa la capacidad de sustitución simbólica, importantísima para la vida futura, especialmente en la escuela.

Mediante el juego de roles y la comunicación con adultos y coetáneos, el niño no solo desarrolla y canaliza su actividad cognoscitiva, sino que al mismo tiempo asimila el aspecto objetal de las interrelaciones, así como el carácter que tienen las relaciones entre los adultos.

Es justamente el juego, la vía del conocimiento del conjunto de las relaciones humanas el estadio más inicial y más general en la orientación profesional, así como un proceso esencial en el autoconocimiento que pone de relieve ante sí mismo capacidades reales y potenciales.

El juego ejercita importantes funciones psíquicas que servirán de base al aprendizaje escolar: la percepción, la memoria, el pensamiento, la fantasía del niño y su voluntad. A través del juego de roles, el niño va dominando la capacidad de sustitución simbólica y de comportamiento voluntario.

En el juego de roles del pre-escolar, aparece una particularidad psíquica de gran importancia para la personalidad: la capacidad de guiarse por instancias éticas. El juego favorece en el niño la comprensión y aceptación de normas éticas de conductas socialmente aceptadas, y en este propio marco, estas se van interiorizando de forma progresiva. Estas primeras instancias éticas del pre-escolar constituyen los gérmenes de los futuros sentimientos y convicciones morales.

Es en esta edad, en la que por primera vez aparece un sistema de motivos subordinados, que le dan unicidad a la personalidad, por lo que en esta etapa evolutiva puede hablarse de la constitución inicial de la personalidad. Es importante destacar que esta subordinación de motivos que aparece en el pre-escolar tiene como característica la estabilidad, a diferencia de las edades anteriores en las que puede haber y de hecho hay, una subordinación de motivos, pero totalmente situacional y circunstancial.

Otro rasgo que merece destacarse en lo relativo a la jerarquía motivacional del pre-escolar, es que en los extremos superiores de dicha jerarquía se encuentran motivos que están mediatizados por los modelos de conducta y actividad de los adultos.

Los niños de edad pre-escolar avanzada se distinguen por poseer sentimientos morales con una gran fuerza inductora. Esta estructura motivacional jerárquica convierte al niño al final de la edad pre-escolar en un ser capaz de guiarse por aspiraciones y deseos estables, ligados a la asimilación de normas sociales.

La autovaloración del pre-escolar, a diferencia de la del niño de edad temprana se caracteriza por apoyarse en la evaluación que el propio niño realiza del éxito de sus acciones. Se apoya, además, en la valoración de quienes le rodean y en especial en la aprobación de los padres.

Hacia finales de la edad pre-escolar, el niño tiene una visión del mundo a partir de los conocimientos generalizados extraídos de la práctica cotidiana y de la comunicación con las personas. Las referidas generalizaciones se reestructurarán en el proceso de aprendizaje escolar.

Esta visión de la realidad encierra no solo cierta representación general hacia el mundo y la actitud del niño hacia este, sino igualmente la representación y actitud del pequeño hacia sí mis-

mo en dicho mundo. Esta es la llamada *posición interna* que emerge en esta etapa, y genera nuevas necesidades y aspiraciones en el pre-escolar.

De este modo a finales del período, conjuntamente con la aparición de nuevas necesidades y formaciones psíquicas, el juego de roles deja de satisfacer al niño. Aparece la necesidad de ocupar un lugar nuevo y más responsable en la realidad de los adultos, de cumplir una actividad real, seria y socialmente importante. La insatisfacción de esta necesidad, vital para la etapa, da paso a la crisis de los 7 años y al consiguiente salto en el desarrollo.

Esta crisis es la expresión concreta de los intentos del pequeño por salirse de los marcos de la vida infantil, y se manifiesta en forma de caprichos, negativismos, desobediencias, que indican que el juego debe ceder el lugar a una forma superior de actividad: el estudio.

DESARROLLO PSÍQUICO EN LA ETAPA ESCOLAR TEMPRANA

Entre el 6to. y 7mo. años y hasta aproximadamente los 11 años de edad, se extiende esta importante etapa de la vida, cuyo inicio señala un cambio radical en toda la vida del niño por las características que asume la situación social del desarrollo de la personalidad.

El escolar aprende a cumplir una actividad socialmente importante. Esta actividad le coloca objetivamente en una posición social nueva, que abarca tanto la relación con los adultos como con sus coetáneos y cambia su autovaloración, y reestructura las interrelaciones en el seno de la familia. El estudio y la vida escolar exigen del niño el cumplimiento de una serie de normas. Las relaciones con el maestro están subordinadas a la actividad conjunta, y organizadas a partir de las necesidades inherentes al aprendizaje y a la vida escolar.

El niño en la edad escolar temprana debe, en todo momento, regular su comportamiento y subordinar sus deseos al cumplimiento de la disciplina impuesta por la organización de la escuela.

El estudio, actividad fundamental en la edad escolar temprana, permite la formación en el niño de una relación teórica hacia la realidad y la capacidad para operar con conceptos abstractos. Esto es consecuencia del hecho de que el estudio introduce a los niños en la esfera de los conocimientos teóricos, de modo que aseguran el desarrollo de formas del pensamiento cualitativamente superiores.

Asimismo surgen otras importantes formaciones psíquicas ligadas al estudio, como son la necesidad y los motivos escolares cognoscitivos. Las tareas de estudio con sus correspondientes acciones y operaciones posibilitan la formación de un procedimiento general de solución de las tareas particulares de un tipo dado, la cual es transferida posteriormente por el escolar a situaciones nuevas.

Bajo la influencia del estudio y de la organización escolar se desarrolla con gran intensidad la voluntariedad de la conducta. El escolar temprano no solo se guía por lo que le orienta el adulto, sino que comienza a plantearse objetivos y en correspondencia con estos, a controlar su conducta por sí mismo. La voluntariedad no solo abarca la conducta del escolar, sino sus procesos cognoscitivos e igualmente la actividad escolar en lo concerniente a la asimilación de conocimientos.

En la enseñanza primaria, tanto la percepción como la memorización, la atención, la solución de problemas, se transforman en actividades voluntarias durante la etapa escolar.

Respecto a las relaciones mutuas del niño con sus coetáneos cabe diferenciar varios momentos. En los grados iniciales no hay diferenciación en las relaciones, y estas están basadas únicamente en condiciones externas: proximidad en la ubicación de los niños en el aula y cercanía de vivienda, entre otros.

Sin embargo, a finales de la edad se produce un cambio ostensible en las peculiaridades de las relaciones: hay una actitud selectiva hacia los compañeros, así como determinadas exigencias hacia las cualidades personales de estos. En la medida en que el niño se acerca a la edad escolar media y a la adolescencia, los compañeros y el grupo escolar devienen cada vez más un elemento significativo en la vida del escolar y especialmente en la regulación de su actividad y comportamiento.

En resumen, en esta etapa aparecen importantes formaciones psíquicas para la personalidad, que son al mismo tiempo premisas indispensables para el salto hacia una nueva etapa del desarrollo: la adolescencia.

Entre las más significativas formaciones psíquicas del período es necesario resaltar el desarrollo en el escolar temprano de una nueva actitud cognoscitiva hacia la realidad, que permite el paso a formas más complejas del pensamiento y a la realización de operaciones con conceptos abstractos.

En la esfera afectiva y de las necesidades se alcanza un nuevo nivel que permite que el niño actúe a partir de objetivos conscientemente planteados, de sentimientos y de exigencias morales. Este hecho está en íntima relación con la búsqueda de un lugar en el grupo escolar y en la asimilación de las exigencias morales que plantea.

La conducta y actividad del niño muestran una creciente tendencia a la estabilidad, necesaria para la formación de cualidades volitivas de la personalidad, así como para el desarrollo de formaciones y cualidades psíquicas características de la adolescencia.

25. Adolescencia

Olga Esther Infante Pedreira

El término *adolescencia,* que proviene del vocablo latino *adolescer,* significa padecer; durante mucho tiempo la adolescencia se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de nuestra especie.

Para definir esta etapa, los criterios basados en sus límites de edades han encontrado serias dificultades, fundamentalmente en cuanto a la edad de terminación, por la gran variabilidad que suele verse en este grupo.

Según la OMS, la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.

Los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan a partir de los de un niño a los de una persona adulta.

Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia.

Como período crítico del desarrollo, es rico en potencialidades de cambios y transformaciones, lo que motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa el adulto del mañana.

En la sociedad moderna, la población de adolescentes ha alcanzado una cifra relevante: casi la cuarta parte de la población mundial; y a pesar de que existen grandes diferencias entre los adolescentes de distintas regiones del mundo –por las influencias culturales y socioeconómicas a las que están sometidos– puede hacerse una caracterización general de esta etapa.

CARACTERIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

Como tendencia general, el período de duración de la adolescencia se está prolongando: se alcanza la madurez biológica a una edad más temprana, mientras que la independencia social y económica aparece más tarde. Por tanto, esta etapa no ocurre de inmediato, ni está marcada solo por los cambios puberales –aunque frecuentemente se mencione pubertad y adolescencia como sinónimos, entre ellas existen diferencias que explicaremos más adelante–, sino por un lento proceso de aprendizaje, de asunción de nuevas posiciones, tanto psicológicas como sociales.

Para hacer más fácil el análisis de todas las nuevas formas que va adquiriendo el proceso de desarrollo de la adolescencia, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, esta se suele separar en tres períodos: *adolescencia inicial o temprana* –preadolescencia para algunos autores–; *adolescencia media* (adolescencia propiamente dicha) y *adolescencia tardía*.

El término *pubertad* se utiliza para designar el componente biológico de la adolescencia. Etimológicamente proviene del latín *pubere*, cuyo significado es cubrirse de pelos.

Por tanto, al caracterizar cada etapa incluiremos los cambios puberales que se van dando en cada una.

ADOLESCENCIA INICIAL O TEMPRANA (10 A 14 AÑOS)

Es propio de esta etapa un aumento manifiesto de la estatura, del peso corporal y la fuerza muscular, que hace necesaria una familiarización del adolescente con estos cambios físicos, ya que a veces ocurren de manera brusca. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer, el primer signo de comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas (telarquia); a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano (pubarquia). Este desarrollo requerirá de 2 ó 3 años para completarse, a la vez que va aumentando también el volumen del ovario, del útero y de las trompas.

En el varón, el primer cambio es el aumento de volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. Todo esto genera incertidumbre en el adolescente sobre su nueva apariencia física. Es una fase de gran curiosidad sexual y aparecen las fantasías sexuales. Hay una búsqueda de autonomía e independencia, con dificultades para controlar los nuevos impulsos. El adolescente se muestra muy lábil emocionalmente durante esta etapa, con frecuentes cambios de humor.

Se da cierta ambivalencia en relación con los padres: los adolescentes buscan independencia y juzgan a sus padres como incapaces para comprenderlos; sin embargo, sienten la necesidad de su apoyo emocional y físico. Suelen padecer sentimientos

de soledad y necesitan establecer un vínculo afectivo fuerte con otros adolescentes.

ADOLESCENCIA MEDIA (12-13 A LOS 16 AÑOS)

Desde el punto de vista del desarrollo puberal, en la mujer aparece la menarquia, que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, esto último ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el "estirón" masculino, que aunque un poco más tardío es mayor que el de la mujer; también suelen aparecer poluciones nocturnas.

Los adolescentes sienten mayor preocupación por la apariencia, y desean aumentar el poder de atracción. Es frecuente que demuestren fascinación por cierta música, fiestas y reuniones de grupos.

Las relaciones con los otros adolescentes se hacen más fuertes y los comportamientos reciben gran influencia de las normas de conducta del grupo. Esto trae conflictos con los padres, que en esta etapa se agudizan. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad. Ya en esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

ADOLESCENCIA TARDÍA (16 A 19 AÑOS)

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Durante esta etapa se produce un acercamiento a la familia y cesan los conflictos cuando el joven logra alcanzar su añorada independencia. Hay cierta tendencia a sustituir el grupo por la relación de pareja, sin que este deje de tener importancia.

Se logra un mejor control de los impulsos, y los cambios emocionales son menos intensos, al tiempo que disminuye la ambivalencia y el egocentrismo. La adquisición del pensamiento abstracto del adulto le permite desarrollar un sistema de valores propios, con metas vocacionales reales. Podemos decir que el adolescente establece una identidad personal y social, que pone fin a la etapa. Resumiendo, los retos que debe enfrentar el adolescente durante este período (*Peláez, M,* 1996) son los siguientes:

- Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- Separación del tutelaje familiar.
- Establecimiento de la identidad individual, por medio de la relación con sus compañeros.
- Adaptación de las capacidades y habilidades adquiridas para las actividades ocupacionales y de esparcimiento.

ADOLESCENTE Y FAMILIA

La familia constituye el primer grupo al cual pertenece el ser humano; en ella se modelan sus primeros sentimientos y vivencias e incorpora las principales pautas de comportamiento. Por lo tanto, es en el hogar donde se dan las condiciones para que el niño al crecer se desarrolle como personalidad madura y estable, al satisfacer sus necesidades afectivas, de seguridad y confianza, así como las materiales requeridas para su crecimiento y desarrollo.

En el ciclo de vida de la familia, esta va transitando por diferentes etapas, caracterizadas por la ocurrencia de una serie de eventos que, por la repercusión que tienen para la familia, constituyen crisis evolutivas que exigen ajustes y cambios, que de manera constructiva hacen que se fortalezca.

Es necesario aclarar que cuando nos referimos a crisis, no debemos interpretarla como conflicto, sino como contradicción; específicamente en este caso, la contradicción se da entre las formas de relaciones establecidas en la familia, roles, etc., y las exigencias o demandas que genera el evento familiar. De ahí que se consideren *crisis del desarrollo.*

La adolescencia de un miembro de la familia es considerada una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. Los cambios y transformaciones que se dan en el adolescente tienen implicaciones en el sistema familiar, y a la vez están impregnados de las pautas y normas de convivencia que se han desarrollado desde la más temprana infancia en el seno de la familia.

El ambiente familiar dotado de una atmósfera de aceptación y afecto propicia la seguridad y confianza básica, tan necesaria en la adolescencia. El proceso de desarrollo de la personalidad, que se da durante la infancia y particularmente en la adolescencia, transcurre en el proceso de educación y en el sistema de vínculos afectivos familiares significativos. Los padres constituyen los mediatizadores por excelencia del proceso educativo y de la apropiación de la cultura de las nuevas generaciones. De ahí la importancia de prepararlos para desempeñar este papel, justo en las condiciones turbulentas, cambiantes y contradictorias que se dan en la adolescencia.

El adolescente, motivado por la energía liberada durante la pubertad, la necesidad psicológica de independencia y las expectativas sociales de alcanzar el éxito, se encuentra sometido a una enorme presión, mientras se abre paso en el nuevo mundo.

Los adultos debemos crear un contexto –en el que el familiar es el más importante–, dentro del cual se favorezca este desarrollo. Es necesario actuar de manera que permita conservar la dignidad del adolescente, estimular su sentido de autoestima y brindarle lineamientos útiles que posibiliten una mayor madurez social.

El contexto psicológico familiar de un adolescente debe acomodarse a los cambios de humor, a las ideas aparentemente irracionales, a conductas a veces extrañas, al nuevo vocabulario y a los nuevos vínculos sociales (amigos y pareja). Todas estas situaciones surgen al tiempo que el adolescente pone en juego su poder, autonomía, dependencia o independencia.

Cuando las normas familiares son flexibles, y se producen cambios en los códigos de comunicación entre padres y adolescentes, los padres toman conciencia también de su nueva situación sin rigidez, competitividad, rivalidad, ni temor, además de mantener una actitud comprensiva, comunicativa y amorosa; esta etapa puede ser una experiencia enriquecedora para toda la familia.

EDUCACIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Las diferentes áreas de desarrollo del adolescente, como hemos visto anteriormente, no evolucionan al unísono, no son sincrónicas. En los últimos tiempos se observa cómo las primeras manifestaciones sexuales ocurren en edades cada vez más tempranas, en correspondencia con la maduración biológica, que en las últimas décadas —después de la década del 30— ha disminuido también, lo que parece estar relacionado, entre otras razones, con el mejoramiento del modo de vida del hombre, que implica que se amplíe el período fecundo de la mujer.

En contraste con este proceso de disminución de la edad de la maduración sexual, encontramos que el período de formación cultural y profesional se prolonga debido a las exigencias que demanda el desarrollo científico-técnico, lo que hace más lento el proceso de madurez psíquica y social. Quiere esto decir que el despertar de la sexualidad ocurre en una persona aún no preparada integralmente para comprenderla ni ejercerla, pero obligada a asumirla como un componente de su desarrollo (*Peláez, M*, 1996).

Por tanto, es responsabilidad de los adultos preparar al adolescente oportunamente para afrontar este período, y lograr que aprendan a conocerse a sí mismos, a controlar sus impulsos y a canalizar de manera adecuada sus temores o preocupaciones.

Los adolescentes experimentan numerosas emociones amorosas al aparecer por primera vez el objeto sexual; la sexualidad surge como un motivo, con una dirección y sentimientos específicos. Por su alta sensibilidad y labilidad, así como por su gran variabilidad en el comportamiento, las relaciones de pareja que se establecen son muy inestables. Suelen ser románticos y sentir con gran intensidad el amor que se establece en esta etapa de forma superficial, basado en atributos no esenciales, por no haber completado aún el desarrollo de la personalidad. El interés por demostrar sus progresos lo hacen asumir conductas —el maquillaje, el hábito de fumar y otros—, como vías para adquirir una presencia más adulta.

La masturbación es otra conducta propia de esta etapa, alrededor de la cual se crean con frecuencia sentimientos de culpa si el adolescente no está preparado para asimilarla como normal.

Los juegos sexuales y las relaciones íntimas, motivadas a veces por influencias del grupo o reclamos de la pareja, constituyen otra manifestación de la sexualidad adolescente, aunque con frecuencia desconocen las consecuencias posibles.

Mucho se ha hablado de la pertinencia o no de la educación sexual. Sus detractores aducen que el efecto de esta estimula las prácticas sexuales tempranas; sin embargo, no hay ninguna comprobación que lo confirme; por el contrario, sí hay evidencias científicas de que a mejor preparación de los jóvenes para asumir con responsabilidad y conocimiento su sexualidad, menos efectos negativos tendrá.

En nuestra sociedad, a diferencia de otras, las relaciones entre el hombre y la mujer adquieren un carácter nuevo, basado en los principios de la moral socialista: el amor recíproco, las relaciones de igualdad entre ambos sexos, la responsabilidad, ayuda y respeto mutuos, son los atributos de esta nueva forma de relaciones. Por tanto, la educación sexual debe formar parte del conjunto de aspectos que integran la formación multifacética de las nuevas generaciones.

El amor no es una cualidad innata, sino una capacidad que se adquiere y desarrolla en el transcurso de la vida. Es importante que todo el sistema de influencias que recibe el adolescente estimule y propicie el amor en sus diferentes manifestaciones: amor a la patria, a la familia, al maestro, a los amigos y a la pareja.

La educación sexual, consecuentemente, irá dirigida a capacitar al adolescente para que, a través de las relaciones con el otro sexo, pueda disfrutar de los más elevados valores humanos. La sexualidad debe ser asumida con satisfacción, madurez y responsabilidad, y de ninguna manera debe ser fuente de displacer, temores o frustración de expectativas.

El afán de ser adultos y el deseo de comprobar la capacidad reproductiva, interpretada como virtud indispensable para demostrar la nueva condición de mujer u hombre, conducen al adolescente a incursionar con descuidos en el fascinante mundo de la nueva sexualidad (*Castro E, M*, 1995). Algunas de las consecuencias negativas de estas actitudes han motivado investigaciones en diferentes partes del mundo. El embarazo en la adolescencia, el aborto, la maternidad temprana y las enfermedades de transmisión sexual son las que suscitan mayores preocupaciones.

Por la trascendencia que tienen estas conductas en la vida de los adolescentes, así como en su familia y en la sociedad en general, son justificados todos los intentos de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales para disminuir su incidencia. En nuestro país, sectores como la Salud y la Educación, organizaciones como la Federación de Mujeres Cubanas y la

Unión de Jóvenes Comunistas, entre otras, se encuentran sensibilizadas con la responsabilidad de preparar a los adolescentes para el ejercicio responsable y sin riesgos de su sexualidad.

La inadecuada planificación familiar que se deriva de las relaciones sexuales no responsables trae como consecuencias los embarazos en esta etapa, los cuales tienen un elevado riesgo. Con frecuencia conllevan a matrimonios o uniones precoces, que elevan el índice de separación marital; generalmente obligan a la deserción escolar y, por tanto, al no cumplimiento de planes y metas, por lo que se percibe el embarazo como la causa de estas frustraciones.

Estudios realizados demuestran la estrecha correlación entre mayor nivel de educación e información sexual de los adolescentes y menor riesgo de maternidad precoz. Esta crea una desventaja para el hijo desde todos los puntos de vista, derivada de la inmadurez emocional de la madre, posibles limitaciones socioeconómicas por la frustración de su desarrollo profesional, y toda la carga afectiva de un hijo posiblemente no deseado.

En aquellos casos en que las adolescentes acuden al aborto, a veces lo hacen en períodos muy avanzados del embarazo, por temor, dudas o desorientación, lo que incrementa el riesgo de este proceder, el cual tiene, además, consecuencias a nivel psicológico: sentimientos de culpa, temor a perder la capacidad de procrear, entre otros.

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, cuya tendencia mundial va en ascenso, y con la aparición del SIDA, resultan aún insuficientes las campañas masivas de educación. Los métodos empleados, en el caso de los adolescentes, deberán adaptarse a las características de esta etapa, en la que se sienten invulnerables, por lo que adoptan conductas que ponen en riesgo su salud.

Es tarea de toda la sociedad asegurar que los adolescentes reciban una adecuada preparación para la vida familiar, la paternidad y las relaciones sexuales, de manera satisfactoria y responsable.

ADOLESCENTE Y GRUPO

La esfera social del adolescente es una de las más ricas; sus vínculos con otros adolescentes y la necesidad de ser aceptado en el grupo se convierte en una de sus más fuertes motivaciones.

La comunidad de intereses y sentimientos semejantes constituyen la base de estas agrupaciones; el intercambio de las nuevas vivencias emocionales los hace sentirse comprendidos y aceptados en un grupo donde el aprendizaje es permanente. Pueden pasar mucho tiempo unidos y consideran la actividad más importante aquella que el grupo emprende. Por eso resulta de vital importancia para los adultos conocer las características del grupo, las de sus líderes, sus normas y valores, ya que van a ejercer una influencia decisiva en el adolescente, que con seguridad las hará suyas.

Cuando el grupo es portador de normas de comportamiento positivas, se va a constituir en una fuente constante de nuevas iniciativas, nobles empeños y hasta de acciones valerosas. Son muchos los ejemplos de acciones heroicas desarrolladas por adolescentes y jóvenes a lo largo de nuestra historia.

La sociedad toda debe tener la responsabilidad de brindar a los adolescentes la orientación necesaria para que estas agrupaciones utilicen de manera constructiva sus energías renovadoras, estimulen la mayor cantidad de intereses –deportivos, culturales, comunitarios, científicos, etc.– y establezcan formas de relaciones sociales en las que predomine el respeto, la cooperación y la solidaridad.

26. Lo psicológico en el envejecimiento

Olga Iglesias Duran

El proceso de envejecimiento responde a especificidades sociopsicológicas estrechamente relacionadas con los cambios biológicos de esta etapa de la vida, lo que conforma la integración biopsicosocial necesaria para el estudio de la vejez. Los procesos normales o no, de la disolución del psiquismo, con su consecuente merma de las posibilidades neuropsíquicas de adaptación, así como la asimilación del envejecimiento recíproco del individuo y la sociedad, sustentan las bases de lo que llamamos *la dimensión sociopsicológica del envejecimiento.*

La psicología como ciencia en todos estos años ha estudiado bajo múltiples enfoques y teorías los ciclos de la vida que corresponden a la infancia, juventud y adultez, en los que se observan los procesos psíquicos y estructuras de la personalidad en formación, cambios y estabilización. Sin embargo, los estudios acerca de las transformaciones, desarrollo, disolución o desintegración de estos procesos que se encuentran en la etapa de la vejez no han sido suficientemente estudiados.

Los aspectos psicológicos y sociales resaltados en los últimos tiempos en el proceso salud-enfermedad adquieren en la problemática del anciano aún más relevancia. Las variadas situaciones en que se ve enfrascado el hombre en la etapa de la vejez deben ser resueltas en función de favorecer el ajuste a un nuevo estilo de vida, en una persona con menos capacidad neuropsíquica de adaptación al medio.

Es necesario percatarnos de que partimos de un conocimiento muy escaso de las particularidades y leyes generales, de la dinámica de la actividad psíquica en la edad tardía, y que contamos con insuficientes datos clínicos psicológicos, acerca de la delimitación entre las manifestaciones del envejecimiento psíquico y la disminución psíquica determinada por enfermedades orgánicas del cerebro. Se suma a lo dicho las deficiencias de los métodos e instrumentos psicológicos en los que no se han tenido en cuenta las diferencias intelectuales, motivacionales, y resistencia física para su uso.

En el envejecimiento, considerado como el resultado de una serie de cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que el factor tiempo introduce en el ser vivo, se encuentran presentes múltiples factores biopsicosociales.

De manera general, podemos plantear que la adaptación a la vejez, vista esta como un resultado de interacción entre el ambiente y la constitución individual, dependerá de diferentes factores, en los que desempeña un papel fundamental lo psicológico y lo social. La adaptación a la vejez es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados. El fracaso de dicho proceso conlleva innumerables desajustes en el anciano, como la depresión, la angustia, el sentimiento de soledad, la introversión, la agresividad y a desorden y conflictos en la sociedad; mientras que el éxito lleva al desarrollo, bienestar, creatividad y a una relación armónica con la familia y la sociedad.

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas. Dentro de estas funciones se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones consigo mismo y con los demás. La integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral que define lo subjetivo-individual suponen una serie de cambios durante todo el ciclo vital.

El envejecimiento normal y patológico requiere el conocimiento de cambios en las fronteras – muy difícil de establecer– de procesos sumamente complejos y entrelazados, como son los cognitivos, afectivos, de interacción social y, en resumen, de la personalidad en su conjunto. Dentro de las situaciones que se establecen como especialmente críticas se encuentran los cambios negativos de la autoimagen, la autoestima, las pérdidas, el desempeño de roles y sentimientos de soledad.

Los cambios adaptativos que realiza el ser humano a lo largo de todo el ciclo vital muestran una correlación entre las capacidades psicológicas y cerebrales, por lo que no podemos olvidar la unidad orgánica-cerebral. Estos cambios, encontrados en el envejecimiento cerebral, como variaciones en su morfología y neurotransmisión, entre otros, intervienen en importantes funciones psicológicas, como la sensopercepción, la memoria, el aprendizaje y los estados de ánimo.

FUNCIÓN COGNOSCITIVA

PERCEPCIÓN SENSORIAL

El proceso perceptivo en el anciano se ve afectado en primer término por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta.

Las capacidades del anciano sufren cierta disminución, que varía considerablemente de un individuo a otro, lo que provoca una alteración en recibir y tratar las informaciones del entorno.

La vista, el oído y los otros sentidos sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la generalidad de los ancianos sean sordos o ciegos. La mayoría de ellos continúa normalmente sus actividades. La consecuencia mayor de este déficit ocurre en la pérdida de velocidad, la declinación de la capacidad de ejecución y dificultad de la coordinación; por tanto, ante las tareas difíciles, fatigosas y mantenidas el anciano mostrará cansancio, agotamiento o incapacidad. *Brownly* señala que esto sucede más en las actividades nuevas que en las familiares.

MEMORIA

La memoria constituye un proceso psíquico, y funciona como "índice tradicional" del envejecimiento, tanto normal como patológico, aceptado igualmente en lo popular como en lo científico. La memoria puede definirse como un proceso que permite conservar y reproducir las huellas de una experiencia anterior y reaccionar a las señales o a situaciones, que han dejado de actuar de manera directa sobre el hombre. La literatura divide la memoria para su estudio en los siguientes aspectos:

- Memoria sensorial.
- Memoria primaria (a corto plazo).
- Memoria secundaria (a largo plazo).
- Memoria terciaria.

La etapa denominada como *memoria sensorial* es la que registra la nueva formación a través de los sistemas visuales y auditivos fundamentalmente.

La *memoria primaria* está relacionada con los datos que han penetrado en el sistema –a través de los sentidos–. Los procesos de registro y pérdida en los almacenadores sensoriales operan de la misma manera en todas las edades, sin embargo en los ancianos es evidente en alguna medida, la dificultad para adquirir y recuperar información. Si la persona está atendiendo, los datos de entrada pasan a la memoria a corto plazo –con una existencia de no menos de 30 s– , lo que a pesar de su limitada y temporal capacidad de almacenamiento de información desempeña un importantísimo papel en el control y asimilación de la información.

En la *memoria secundaria*, a largo plazo, queda almacenada la información, que puede ser utilizada posteriormente por el sujeto a través de la evocación, proceso espontáneo que se encuentra más afectado en los ancianos que en edades anteriores, o por el reconocimiento, proceso con el cual los ancianos responden con más eficiencia al contar con indicadores externos que le facilitan la respuesta. Los fallos en la memoria secundaria han suscitado múltiples controversias acerca de si son producidos por dificultad en el aprendizaje de la nueva información (adquisición) o, si se producen en la recuperación de la información aprendida. Este aspecto de la memoria resulta ser el más afectado en cuanto a:

- Fallos en la adquisición.
- Pérdida del material almacenado.
- Fallos en la recuperación.

Los fallos en la recuperación son los más comunes en el envejecimiento.

La *memoria terciaria* está asociada a los recuerdos de hechos remotos, para los cuales los ancianos conservan más agudeza en su evocación. Aunque se duda sobre su "fidelidad" a la realidad, parece ser cierto que se encuentran mejor conservados los hechos pasados que los recientes. Esta memoria es la más conservada.

La edad aporta diferencias mínimas en la memoria sensorial, primaria y terciaria, no así en la secundaria, en la que se observa declinación significativa en los aspectos siguientes:

- Tanto el recuerdo espontáneo (evocación), como el reconocimiento decaen con la edad.
- El reconocimiento es más efectivo que el recuerdo espontáneo.
- El reconocimiento, con materiales familiares al paciente,
- El reconocimiento en los dementes se hace deficitario aun en materiales familiares, lo que sirve para diferenciar los procesos normales de los patológicos.

En las personas mayores ocurre un fenómeno de retroalimentación o *feedback* y autojustificación de las dificultades en la ejecución: "tengo mala memoria porque soy mayor, es normal". Entre las quejas más frecuentes escuchadas en la práctica diaria, podemos señalar:

- Olvido de acciones cotidianas: realizar algo, dónde ha dejado algún objeto, lo que pensaba hacer.
- Dificultad para recordar nueva información.
- Fenómeno de la palabra en "la punta de la lengua".
- Perder el hilo de la conversación.

Estas quejas están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje; y se refieren en la práctica, a la percepción subjetiva del proceso referido de forma espontánea por el paciente y sus familiares. Las quejas y síntomas alrededor de la pérdida de la memoria pueden estar asociadas con la autopercepción de envejecimiento o con estados afectivos.

Las investigaciones biológicas realizadas hasta el momento no han ofrecido respuesta global al problema de los fallos de memoria del anciano. Algunos investigadores son defensores de

posiciones psicológicas ante la explicación del problema, al encontrar atenuación de las deficiencias de la memoria del geronte si se le ofrecen estrategias y métodos más organizados, y si se reduce la velocidad de exposición de los materiales que debe recordar, lo que favorece el aprendizaje.

Trabajos realizados con enfoques neuroquímicos y farmacológicos han mostrado cambios en las funciones neuroendocrinas y neurotransmisoras en los ancianos; se piensa que estos pueden ser los responsables del declinar de las funciones cognoscitivas en la senectud.

No existen conocimientos acabados ni conclusiones definitivas acerca de los efectos de los neurotransmisores sobre la actividad mnésica; algunos resultados preliminares apuntan que las sustancias colinérgicas facilitan la memorización, mientras que por otro lado, factores anticolinérgicos producen un déficit del rendimiento mnésico, aunque no se ha determinado si esto afecta el registro sensorial o los procesos de almacenamiento o compresión del material.

Resulta de gran importancia, sobre todo en el área clínica, tener en cuenta la percepción subjetiva de los procesos psíquicos en los que la memoria toma un papel principal, como decíamos anteriormente, como indicadores de envejecimiento, muchas veces sin constatación objetiva en la exploración del paciente.

La "popularización" de la pérdida de memoria como factor de la vejez muchas veces está asociada a estados depresivos más o menos enmascarados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognoscitivo.

PENSAMIENTO

Los procesos centrales del pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo-motor y los cambios de criterios. También se evidencia un proceso de desgaste-rendimiento; y se puede observar a partir de los 30 ó 40 años, el comienzo de la declinación de algunas características, tales como la flexibilidad, la fluidez y la originalidad.

Con la edad el pensamiento se hace cada vez más reflexivo, se mantienen la comprensión, la capacidad de juicio, la atención, el vocabulario y el conocimiento; mientras que disminuyen la memoria, la concentración, la asimilación y la rapidez de reacción.

INTELIGENCIA

La inteligencia es la actividad psíquica superior a la que más atención se ha prestado. El aspecto fundamental de la polémica alrededor de este proceso constituye la hipótesis de su mejoramiento o descenso en la vejez. Podemos definirla como la capacidad para pensar y actuar racional y lógicamente en el medio circundante.

Los estudios concernientes a los cambios normales que ocurren en las capacidades mentales en los años tardíos de la vida son de interés para el médico por las razones siguientes:

- La cooperación del paciente es esencial en el diagnóstico. Los cambios en competencia afectan el proceso de valoración médica.
- Los cambios más relevantes en la realización intelectual pueden indicar tanto trastornos físicos, como psíquicos.
- La capacidad del paciente es importante en el tratamiento.
- La inteligencia es importante en la adaptación a la vida.

Las habilidades verbales se mantienen estables y a veces mejoran, mientras que las habilidades de ejecución parecen decaer con el avance de la edad. De esto se desprende, que las habilidades verbales al ser sobreaprendidas requieren un procesamiento de información antiguo. En cambio, las pruebas de ejecución necesitan un procesamiento nuevo de la información bajo condiciones de desconocimiento que requieren una rápida respuesta para obtener alta calificación, actividad que pudiera entorpecerse en el anciano.

En relación con la inteligencia, *Catell* propone la existencia de dos formas: una *fluida* y otra *cristalizada*. La primera es capaz de resolver los problemas nuevos y descubrir las nuevas asociaciones. La segunda aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores. La inteligencia fluida depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, y disminuirá con la edad; mientras que la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de la experiencias, aumentaría con los años. Para *Horn*, las diferencias entre envejecimiento normal y patológico se encuentran en el componente cristalizado de la inteligencia que en el sujeto normal no se degrada, mientras que sí lo está en el sujeto demente.

En el anciano es importante conocer los mecanismos de procesamiento de la información –su estado cognitivo– y no la capacidad intelectual global. Es importante también conocer la conducta inteligente del anciano, su adaptación a la vida diaria, el grado de comprensión de la realidad, su capacidad discriminativa y su habilidad para tratar mentalmente situaciones prácticas. Es por esto que en el anciano es importante averiguar si existe evidencia de afectación cognitiva. En la exploración de este proceso no se debe olvidar que las quejas y síntomas que presenta un anciano pueden expresar otros síntomas como falta de afecto y sentimiento de inutilidad. También sucede que sin llegar a este extremo, los síntomas que afectan los procesos cognoscitivos pueden estar expresando estados de ánimo de tristeza que se enmascaran en síntomas físicos, los que interpretados correctamente nos llevan a la causa de la enfermedad.

APRENDIZAJE

Existe un estereotipo según el cual el adulto mayor tiene dificultad para aprender cosas nuevas. Sin embargo, investigaciones en estas edades y la práctica diaria demuestran lo contrario. En estas personas existe la capacidad de aprender y de generar estrategias sustitutivas, aunque necesitan un tiempo de reacción más largo. Las dificultades se presentan en la utilización de algunas técnicas de aprendizaje como la asociación y la visualización, así como una mayor tendencia a ser precavidos.

Al igual que en la memoria, en el aprendizaje hay mayor dificultad en relación con la complejidad, la rapidez y la abstracción; los resultados son menos eficaces en las pruebas de ejecución. Factores como la motivación, la tendencia a reaprender, la asociación, la repetición, el refuerzo, y la transferencia, influyen en el proceso de aprendizaje.

En el aprendizaje del adulto mayor se deben tener en cuenta las características siguientes:

- El anciano necesita más tiempo.
- El aprendizaje debe ser activo. La actividad del que aprende favorece los resultados.
- Se debe promover el análisis de la situación y la relación con situaciones análogas.
- La familiarización previa con la tarea facilita el aprendizaje.
- El procesamiento cognitivo es más negativo ante dos tareas simultáneas.
- Cuando el anciano tiene que proceder en contra de sus expectativas, el rendimiento es menor.
- La diferencia entre el aviso y la presentación del estímulo dificulta la ejecución durante el aprendizaje.
- Se deben informar los resultados: qué acciones son adecuadas, cuáles no lo son y qué efectos se producen.
- La situaciones libres de ansiedad facilitan el aprendizaje.

El aprendizaje en la tercera edad debe individualizarse. El anciano debe "tomarse su tiempo", para lograr su objetivo.

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La escolaridad, el entrenamiento profesional, el estímulo del entorno, el estado de salud físico y psíquico, las pérdidas sensoriales, los aspectos biográficos y de personalidad, la motivación y relevancia del material aprendido, son factores influyentes en el funcionamiento intelectual.

Con la edad disminuye la agilidad mental (inteligencia fluida), la capacidad de resolución en situaciones nuevas, a muy corto plazo; mientras que mejora la inteligencia basada en los conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad de juicio (inteligencia cristalizada).

Los ancianos presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones, en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de esta.

La capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad psicomotora. En general, las capacidades dependientes de la memoria inmediata disminuyen más que las que no tienen influencia temporal. Los cambios rápidos en el rendimiento cognitivo son un indicador significativo de deterioro físico o psíquico, que exige una valoración y exploración especial.

Se debe tener en cuenta que en todas las edades hay niveles intelectuales altos y que se pueden observar dificultades individuales en la inteligencia. También se refiere una fuerte relación entre memoria e inteligencia.

FUNCIÓN AFECTIVA

Los procesos afectivos se expresan a través de *estados de ánimo, emociones y sentimientos* que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio.

Los estados de ánimo se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza, y se mantiene relativamente durante un período; mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañada casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viscerales. Por su parte, los sentimientos son modalidades más estables, de aparición lenta y duradera y no se acompañan de cambios somáticos.

ESTADOS AFECTIVOS

Los cambios en los estados de ánimo son más difíciles de identificar que el funcionamiento de la esfera cognoscitiva. En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo.

Los trastornos de los estados de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor. Como criterio de estos trastornos se exige la presencia o ausencia de episodios afectivos. Los estados de ánimo del anciano deprimido son de pesimismo, irritabilidad, inestabilidad, y a veces sentimientos de culpas.

El anciano influido por las pérdidas a las que está sometido y por el temor a estas pérdidas sufre una especie de exclusión o descalificación. La reducción de su sistema relacional y social lo conducen a la muerte social antes que llegue la muerte biológica. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Para algunos autores al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años tenía alguna alteración psíquica, en la que predominaban la ansiedad y la depresión. Para otros, uno de cada tres ancianos acuden a consulta por alguna alteración psíquica. La necesidad de adaptarse sin mucho sufrimiento a las nuevas condiciones de vida pone en juego mecanismos de defensa del anciano.

ANSIEDAD

La ansiedad ha sido menos estudiada que la depresión, pero sin duda alguna es tan importante como esta. Algunos geriatras opinan que al menos las tres cuartas partes de los ancianos que asisten a consultas médicas en medios urbanos, la padecen.

Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez. En estas edades, se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud, tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, conllevan la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa.

Para establecer el diagnóstico de ansiedad generalizada, se debe tener en cuenta la tensión motora, la hiperactividad autónoma, la expectación aprensiva y alteraciones en la vigilancia.

La ansiedad subyacente o manifiesta se relaciona fundamentalmente con las respuestas adaptativas a las pérdidas –afectivas y de objetos– y temores, al afrontamiento, a las frustraciones, al sentimiento de ser marginado u olvidado, y a la asimilación racional de la realidad.

Podemos definir la ansiedad del geronte como una desviación de la normalidad psicológica media que no compromete gravemente la convivencia social, aunque crea problemas a la familia, a las instituciones y a quienes los pretendan atender. La ansiedad aparece o se acentúa como consecuencia del envejecimiento, motivada por la psicodinámica de la personalidad o por modificaciones orgánicas que al envejecer se producen, sin ser estas patológicas.

DEPRESIÓN

En la depresión intervienen factores biológicos, genéticos, endocrinos y bioquímicos; los problemas de salud más citados en pacientes deprimidos son las artropatías, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, las musculoesqueléticas, las brocopulmonares y las respiratorias. Se citan también el funcionamiento físico deteriorado y las limitaciones físicas, los cambios ambientales, los problemas económicos y la inseguridad, aunque prevalecen los factores sociales.

La percepción de apoyo también ha sido considerada en fechas más recientes como fundamental, y resulta inversamente proporcional a la depresión. La carencia de amigos y familiares se relaciona de forma particular con la depresión. Se plantea, además, que el estrés producido por acontecimientos adversos de la vida, en particular por las pérdidas de objetos y afectiva, de independencia económica y de autonomía, contribuye de forma decisiva a la depresión del anciano. Las fuentes de estrés determinan en buena medida la depresión.

La adaptación a esta etapa de la vida permite hacer frente a los cambios que ocurren en ella, y tiene en cuenta la necesidad y posibilidad de remplazo de roles y la vulnerabilidad individual. Podemos destacar que los factores psicológicos y sociales han ocupado un lugar relevante en los últimos años en la causa y evolución de la depresión del geronte.

Podemos definir la depresión como una alteración en las funciones afectivas, que se caracteriza por un estado de ánimo de tristeza, abatimiento e infelicidad y que se advierte en la expresión facial, acompaña a enfermedades comunes y disminuye la actividad y la tensión vital; es una enfermedad común, y es el síntoma que con más frecuencia pasa inadvertido; pero incluso cuando se reconoce, es el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica. Los signos y síntomas de la depresión son múltiples y complejos y tienen diferentes fases y problemas de acuerdo con la edad del individuo.

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. El Comité de Expertos de Gerontopsicología de la OMS refirió que la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad. Los pacientes geriátricos con depresión enmascarada solicitan con frecuencia ayuda por malestares físicos. Estos pacientes muestran a veces alteraciones cerebrales orgánicas (apraxia y afaxia) unido a la depresión que puede intensificarse por manifestaciones de organicidad (pseudodemencia). La depresión puede ser una emoción humana normal y también un grupo de síndromes o trastornos. En la atención primaria se encuentran casos en los que coexisten ansiedad y depresión, y no se cumple con los criterios diagnósticos de las clasificaciones existentes.

En el anciano la depresión da lugar a errores, porque puede presentar formas atípicas con manifestaciones somáticas y manifestaciones hipocondríacas, como la pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de la conducta y abusos de drogas. A veces, se presenta en forma de ansiedad o estados de pánico y conlleva riesgos de suicidio. También la depresión se enmascara con la predemencia.

En relación con el sexo, se refiere que los trastornos depresivos en la mujer son el doble de frecuentes que en los hombres.

Las diferentes formas clínicas de la depresión patológica y el grado de elaboración, estabilización, cronicidad y resolución definitiva de los estados depresivos están vinculados con las características siguientes:

- Una estructuración psíquica depresiva específica.
- Aspectos de la personalidad del adulto mayor.
- El contexto familiar y comunitario en que el anciano se desenvuelve.

Los estados depresivos no son siempre patológicos. Existen procesos depresivos naturales en relación con los cambios adaptativos que el sujeto tiene que hacer obligatoriamente desde su nacimiento. No existe una causa única para la depresión; se describen una suma de factores causales, como pérdidas afectivas o de objeto, sobrevaloración de ideales, alteración de neurotransmisores químicos, transmisión genética hereditaria, etc. La depresión es un proceso reversible, con posibilidades de mejorar con el transcurso del tiempo y de recuperar las funciones alteradas, por lo que es necesario realizar un diagnóstico precoz.

En la depresión reactiva, los síntomas aparecen simultáneamente por causas traumáticas y emociones. En el anciano los síntomas de depresión se relacionan con la pérdida de seres queridos, de poder económico, el propio envejecimiento, la jubilación impuesta, el desarraigo por cambios de domicilio, enfermedades quirúrgicas y las enfermedades clínicas invalidantes, entre otras.

La depresión endógena (unipolar), con iniciación progresiva y lenta, a veces se relaciona con traumas psíquicos. La depresión bipolar –psicosis maníaco depresiva– con oscilación entre ciclos de depresión y de manía, presenta síntomas bruscos. Las depresiones sintomáticas son consecuencia de enfermedades orgánicas, en las que el síndrome depresivo puede ser la primera manifestación, y enmascara el cuadro clínico de base. Los cuadros depresivos enmascarados o mixtos hacen difícil el diagnóstico, que se hace a veces por la revelación de un trauma desencadenante.

La depresión caracteriza al anciano como un individuo silencioso, retraído, inmóvil, sin interés por la vida. Su hábito externo suele ser de desaliño, de apatía y de letargia. Sus características más relevantes son la tristeza y el autorreproche. La depresión puede estar oculta por *síntomas somáticos*, por encima de lo psicológico; – tales como quejas hipocondríacas, síntomas de fatiga, pérdida de peso, anorexia, etc.– . En la depresión enmascarada por signos de *pseudodemencia* es difícil hacer un diagnóstico certero.

La ansiedad también puede enmascarar la depresión en esta edad. Por otra parte, algunos factores psíquicos como la pérdida de intereses, de actividad placentera y los trastornos del sueño y las alteraciones de la atención y la memoria, sugieren también depresión oculta. Se citan, además, otros factores psicológicos y sociales como la actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, la autovaloración negativa, y la autoestima pobre, así como conductas de lentitud, de aislamiento y disminución del validismo (cuadro 10).

En el anciano pueden observarse cambios, como los referentes a la crisis media de la vida, en la que los procesos de cambio –por ejemplo: duelos, patrones de conducta, etc.– determinan nuevos patrones de conducta para enfrentarse a nuevas situaciones sociales, y el nivel biopsicosocial se reacomoda –por ejemplo: cambios de identidad, interacciones con individuos o cosas, cambios de ideales y de normas sociales establecidas, etc–. El anciano debe adaptarse a los objetivos existenciales propios de la vejez: la autoconservación, el grado de aislamiento social, la elaboración del envejecimiento tardío y de la muerte real.

El anciano vive sus últimos años en el hogar, alejado de objetos de satisfacción, con pérdidas y dificultad para lograr nuevas relaciones –por descenso de la interacción social y de lugares de encuentro–. Sin embargo, este anciano tiene un aparato psíquico más discriminado y entrenado en relación con los jóvenes; por lo tanto, tienen más resistencia emotiva, mejor elaboración de las vicisitudes cotidianas y estados depresivos, y menos vulnerabilidad a traumas psíquicos desencadenantes. La vejez es un período de conservación y de mayor utilización de las estructuras existentes, entre ellas, los procesos de elaboración y preparación para la muerte.

Cuadro 10. *Criterios establecidos para diferenciar la ansiedad de la depresión*

Ansiedad	Depresión
Estado de ánimo centrado en el futuro	Estado de ánimo centrado en el pasado
Predomina la actitud hipervigilante	Predomina el enlentecimiento
Compatible con el mantenimiento de intereses	Pérdida global de intereses
Comienzo habitual precoz	Comienzo habitual tardío
No hay episodios de depresión previa	Frecuentes episodios depresivos
Funcionan los rasgos de la personalidad neurótica	Personalidad previa suele ser adecuada
Curso con frecuente agravación	Curso fásico
No ritmo circadiano	Tendencia a la agravación matutina
Insomnio de conciliación	Insomnio tardío
Sueños angustiosos	Sueños tristes
Conducta suicida infrecuente	Conducta suicida frecuente
Generalmente respuesta normal al *test* de supresión de dexametazona	Frecuente conducta anormal al *test* de supresión de dexametazona
Duración normal del período de latencia del sueño REM	Período de latencia del REM acortado
Mejoría con tranquilizantes	No mejoría con tranquilizantes

Tomado de Ayuso JL, 1988.

PERSONALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

El tópico de la personalidad del anciano se ha concentrado, tradicionalmente, en la cuestión: ¿Cómo afecta el envejecimiento a la personalidad o cómo afecta la personalidad el envejecimiento? Para dar solución a estas preguntas se han propuesto numerosas teorías acerca de la personalidad del anciano, y se han utilizado diversos conceptos que revelan el comportamiento del individuo.

Se plantea por algunos autores que con el incremento de la edad surge una tendencia a la introversión; sin embargo, en estudios recientes en nuestro país (*G. Quintero*, 1997) con mujeres en la tercera edad, se encontró alta la tendencia a la extroversión, lo que pudiera relacionarse con la idiosincrasia del cubano.

La satisfacción del anciano por la vida va a estar determinada por su actividad y sus relaciones afectivas. El bienestar, tanto subjetivo como objetivo, es un indicador importante en la experiencia subjetiva del envejecimiento y una expresión de las circunstancias en las que ha vivido la persona.

Neugarten (1988) sustenta que la personalidad es continua, por lo que un anciano no difiere mucho de lo que fue en su adultez, y refiere que los cambios se realizan más en lo interno que en lo externo. La *teoría de la continuidad de Atchey* afirma la conveniencia de una continuidad en el ciclo vital que evite cortes y rupturas.

Allport concebía el desarrollo de la personalidad como un proceso continuo de diferenciación; advertía que la personalidad del anciano se caracteriza por una complejidad o diferenciación mayor que la de los jóvenes, esto se explica por la mayor experiencia de las personas de edad avanzada y por un mejor dominio de sus impulsos.

Havinghurst, *Tobin* y *Neugarten* refieren que la personalidad es un modelo dinámico en que el individuo es diferenciado por patrones de enfrentamiento y defensa en el manejo de sus impulsos, y en este la personalidad está representada por intereses, actividad, competencia, actitudes y emociones que funcionan como un sistema. Estos autores examinaron la actividad y la satisfacción vital en relación con la personalidad básica del individuo, y observaron que el tipo de personalidad se relaciona con diferentes tipos de comportamiento, así en individuos pasivos dependientes es más fácil que se de una desconexión y que funcione adecuadamente, mientras que en los que tenían una actitud dinámica y activa en los últimos años predominaba la personalidad acorazada-protegida con orientación a triunfar y con sentimientos muy controlados.

Para estudiar la personalidad en la tercera edad, según *Bromley* (1974), hay que tener en cuenta los factores relevantes que caracterizan la adultez tardía. Él analiza que los cambios, en relación con el aumento de la edad, tienen que ver con la enfermedad y los cambios sociales y culturales.

La *teoría de la actividad* de *Tartier y Maddox* refiere que para envejecer hay que permanecer activo y comprometido. La gente con moral más alta es la más activa. Para que el envejecimiento sea satisfactorio el individuo debe mantenerse activo en la sociedad, siempre que esto sea posible.

Kalish y *Knudtson* refieren que el apego como compromiso afectivo con objetos e individuos se desarrolla mediante una atención mutua y una retroalimentación autoproducida. Estos compromisos producen una sensación de dominio sobre el mundo, similar al *locus* de control, que en el adulto mayor puede estar disminuido por la pérdida de los primeros productores de apego a causa de una relación de atención y dependencia. Como consecuencia, se puede pasar de lo social a lo personal, individual e interno, por lo que queda la conducta menos controlada por el entorno social inmediato y por la historia personal.

La primera *teoría sociopsicológica* acerca de la personalidad senescente, la *teoría del desligamiento* de *Cumming* y *Henry*, refiere que la disminución de la actividad e interacción social es fruto de un abandono mutuo, natural y de carácter adaptativo, que se da en un proceso gradual de desconexión y que es la forma correcta de envejecer; es decir, que en la medida en que la sociedad le va reduciendo participación al individuo, y le quita sus papeles de trabajador, padre de familia, etc., este a su vez retira paulatinamente sus compromisos con la sociedad. Estos autores se refieren al decrecimiento de la interacción social como un proceso de doble aspecto, en el que la sociedad y el individuo se desligan mutuamente, y se elimina para este último el compromiso social, cuestión aceptada de forma progresiva por el anciano. Esta teoría refiere el envejecimiento como más satisfactorio en relación con el desligamiento recíproco entre sociedad e individuo.

Reichard (1973) establece una tipología de la personalidad del anciano basada en modelos de psicología individual, en los que analiza diferentes variables que reflejan procesos cognitivos y afectivos como atributos de la personalidad. Esta tipología se centra en los diferentes modos de afrontar la realidad en la edad avanzada, en dependencia de la actividad, participación social y relaciones humanas, como se verá a continuación.

- Personalidades bien adaptadas:
  - **Maduras.** Es constructiva en sus relaciones con otros. Se acepta satisfactoriamente a sí mismo, como a su pasado y presente. Buenas interrelaciones sociales. Rasgos neuróticos escasos o nulos.
  - **Caseras.** Más pasivos que los anteriores. Consideran la vejez desprovista de toda responsabilidad. Sus relaciones con los demás se caracterizan por la dependencia.

- **Blindadas.** Bien adaptados pero rígidos. Recurren constantemente a mecanismos de defensa. Prosiguen una vida activa pero rígida. En este grupo se encuentra la mayor probabilidad de mala adaptación.

- Personalidades mal adaptadas:
  - **Descontentas**. Expresan amargura, agresividad y depresión. Son extrapunitivos –castigan a los demás– y hostiles.
  - **Autofóbicas**. Son intrapunitivos –se castigan a sí mismos– y autohostiles.

La *teoría cognoscitiva* en los estudios de la vejez desarrollada por *H. Thomae* significa una importante contribución. Se trata de un conjunto de variables psicológicas que se relacionan con el nivel de ajuste y bienestar. Esta teoría está vinculada con representaciones cognoscitivas de la situación y con sistemas cognoscitivos tales como creencias y expectativas. Para este autor los sistemas cognitivos no descansan en la interacción continua de motivación-cognición. Ambos sistemas –el cognitivo y el motivacional– deben mantenerse en equilibrio, y es el primero el más importante.

También se destaca en los últimos años un creciente interés por los estudios del *autoconcepto* y sus *dimensiones*, así como su variación a lo largo de la vida; y analiza la tendencia a la estabilidad o al cambio que caracterizan al senescente, sin llegar aún a conclusiones definitivas. Para *Bengtson et al.* (1985), el autoconcepto tiene una estructura cuyo componente cognitivo, definido como el conjunto de ideas o pensamientos que un individuo tiene acerca de sí, corresponde al *yo real* dado por el reconocimiento de determinadas características, que el sujeto identifica como parte de sí. La dimensión afectiva, perteneciente a este modelo, se refiere a aquello que el sujeto "quisiera o debiera ser". Responde a una imagen idealizada con valores que se mueven en un rango que va desde aquellos aspectos más positivos del ser humano, hasta cuestiones que desvalorizan o negativizan al sujeto.

Los estudios realizados por *Hess-Brasshaw* sobre congruencia entre el *sí mismo real* y el *ideal* muestran diferentes resultados: en unos se incrementa la congruencia en relación con la edad y en otros no.

En estudios de personalidad llevados a cabo por el psicólogo cubano Dr. *Fernando González Rey* (1982), se conceptualiza la personalidad como el conjunto estructurado de características biopsicosociales, establecidas en la interrelación dialéctica sujeto-medio que se manifiestan en dicho proceso y diferencian unos hombres de otros. Este autor (*González Rey*, 1984) considera la personalidad como una unidad indivisible que es siempre única e individual, porque las condiciones internas de cada sujeto van a ser siempre tan diversas como las externas. La combinación de estos rasgos y cualidades de forma específica y relativamente estable, se encuentran determinada por las relaciones sociales existentes en el medio durante el período en que se forma y se desarrolla. No obstante, el condicionamiento social de la personalidad, esta no constituye un reflejo directo de las relaciones sociales. La influencia de la sociedad sobre la personalidad está mediatizada por las condiciones internas del individuo, por su propio psiquismo, y, se han formado bajo influencias sociales y por la actividad desplegada por el hombre.

Teniendo en cuenta los cambios más frecuentes que se observan en la atención clínica, en relación con la desintegración más o menos rápida de la personalidad, podemos señalar que se encuentran orientados de la forma siguiente:

- Cambios en el pensamiento, en la afectividad o en la conducta diaria.
- Insatisfacción por la vida.
- Pérdida de autonomía.
- Insatisfacción o desajustes sexuales.
- Pérdida de papeles familiares y sociales.
- Rechazo e inadaptación a la vejez.
- Inconformidad con su imagen corporal.
- Proceso de aislamiento o disminución de las relaciones humanas.

ESTRÉS EN LA TERCERA EDAD

El término **estrés** ha sido utilizado con diversos significados después que *Selye* lo definió en l926, como "la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo, estresor o situación estresante". Posteriormente ha servido para designar la respuesta del organismo ante la situación que la desencadena o los efectos producidos como consecuencia de la exposición repetida a situaciones estresantes, como concepto explicativo y mediador en diversas enfermedades, como causa de accidente, y como responsable del abuso de sustancias psicoactivas.

En fechas más recientes se define el estrés como un proceso transaccional entre el estímulo o situación estresante y la persona que responde. Por lo tanto, el estrés no puede buscarse de manera aislada en el ambiente ni en el individuo, sino que es concerniente a la relación entre ambos (*Lazarus* y *Folfman*, l986). Este enfoque asume el papel activo del individuo en cuanto a sus respuestas a las demandas ambientales y a la forma en que este determina y selecciona su entorno, así como presta atención especial a la valoración cognitiva del sujeto en relación con la evaluación de las situaciones o estímulos ambientales y sus recursos de afrontamiento.

La *respuesta de estrés* es la que ofrece el organismo ante cualquier cambio externo o interno mediante el cual el individuo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de una situación. Esta respuesta pone a disposición del organismo recursos excepcionales, con un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva. La respuesta de estrés se explica a nivel psicológico –percepción de tensión–, a nivel fisiológico –aceleración del pulso, elevación de tensión arterial, etc.– y a nivel bioquímico –alteración de marcadores bioquímicos.

Los individuos dan una respuesta de estrés de acuerdo con las demandas objetivas del medio, así como de la percepción que tienen del mismo y de los recursos con que cuentan para hacer frente a dicha demanda. Cada individuo tiene la capacidad de recuperarse después de cada respuesta, pero si esto se repite con mucha frecuencia, intensidad o duración, es posible que el organismo no se pueda recuperar y se produce la aparición de trastornos psicofisiológicos y con ellos la enfermedad. El desarrollo de estos trastornos como consecuencia del estrés depende en gran medida de las respuestas fisiológicas activadas y de los órganos corporales implicados. Los factores que modulan la evaluación de una situación pueden ser estresantes o no. Estos pueden ser internos o determinados por la situación misma.

El afrontamiento está determinado por los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. El afrontamiento es cambiante y lleva a la selección de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación. Puede estar dirigido a un problema –búsqueda de soluciones, alternativas, etc.– o dirigido hacia las emociones –evitación, atención selectiva, autorreproche, comparaciones positivas, conservar el optimismo, etc.– . Puede también dirigirse a ambos tipos de estrategias, y esta combinación es la más efectiva. Lo más importante es con cuántas estrategias cuenta un individuo en su repertorio y cuán flexible es en el empleo de las mismas.

El estrés y su afrontamiento adquieren gran relevancia, no solo ante los problemas de salud ya tradicionalmente señalados por la literatura en las enfermedades crónicas no transmisibles, en las que parece desempeñar un papel importante en el origen y evolución de las enfermedades, sino también en el proceso de envejecimiento aunque su determinación no se precisa; sin embargo, nadie duda que el envejecimiento está asociado a un gran número de cambios que se producen en muy breve período, en circunstancias en las que es real la merma neuropsíquica. Los acontecimientos vitales que se suceden en este ciclo de la vida –como pérdida de seres queridos, limitaciones motoras, disminución de iniciativas y actividades de distracción, jubilación, cambio de roles sociales, entre muchos otros– pueden estar relacionados con la enfermedad o con el propio proceso de envejecimiento sano.

La dimensión psicológica del estrés –determinada por la percepción de amenaza o reto, así como por la vulnerabilidad y capacidad de afrontamiento de la persona, por el significado específico o sentido personal que tienen los diferentes hechos para un determinado individuo– obliga a estudiarlo de una forma bien diferenciada; se debe tener en cuenta las características de la personalidad de cada anciano, conjuntamente con el grado de repercusión biológica expresado en diferentes sistemas y enfermedades.

El significado estresante o no de los hechos y sucesos que le ocurren a un individuo se relaciona íntimamente con las peculiaridades y características de su personalidad, y solo provocan estrés en la medida en que adquieren un significado determinado para este.

Los estresores en la vejez –pérdidas de salud, afectivas y de objeto, estéticas, limitaciones, propensión a la fatiga, aislamiento, soledad, etc.– con su consecuente necesidad de ajustes y cambios para la adaptación influyen sobre un individuo que ha perdido capacidad física y psíquica para ello y que, por lo general, lo reconoce. Por eso el envejecimiento por sí solo actúa como estresor. La conciencia que casi siempre tienen los ancianos de disminución de sus capacidades, muchas veces reforzadas por las diferentes personas que los rodean, constituye, ya por sí misma un factor de estrés.

La sobretensión o estrés forma parte de lo cotidiano en cualquier etapa de la vida, por lo que se plantea que ante la inevitabilidad de este hecho, el afrontamiento al mismo se convierte en un proceso psicológico fundamental, a fin de evitar o atenuar las graves consecuencias físicas y psíquicas que este tiene sobre el individuo. Se supone que al sentirse amenazado o retado, el individuo realiza una serie de actividades que lo hagan tolerar esta situación. El fracaso puede estar relacionado con la incapacidad para enfrentar nuevas situaciones, pérdida de la autoestima e intolerancia al sufrimiento, características frecuentes en la vida de un anciano.

Dadas las características psicológicas de la tercera edad y teniendo en cuenta que la respuesta exitosa al estrés depende de funciones que se encuentran en mayor o menor medida afectadas en el anciano, nos inclinamos a pensar que el afrontamiento al estrés difiere de lo que conocemos como respuesta entre los adultos. El comportamiento efectivo de afrontamiento al estrés debe estar dirigido a la búsqueda de alternativas para dar solución al problema. En el anciano, la búsqueda activa de ayuda de otras personas tropieza con el inconveniente de que las mismas no existen porque murieron, o con las que cuenta no son de la generación del anciano, aunque sean su propia familia.

La exploración de la realidad, como actividad consecuente en la búsqueda de soluciones, se dificulta ante la merma neuropsíquica que caracteriza la etapa de la vejez. La búsqueda de soluciones certeras agotará las energías del anciano, a veces antes que la posibilidad de hacer frente con éxito a las situaciones que se le presenten. En el mantenimiento del control, debemos tener en cuenta las alteraciones de la afectividad que con frecuencia aparecen, al mismo tiempo que la pérdida de la autoestima y de la confianza en sí mismo.

A pesar de todo esto, la mayoría de los ancianos viven, se adaptan y afrontan situaciones estresantes, a veces mejor que personas más jóvenes. La experiencia vivida, las múltiples situaciones enfrontadas y las posibilidades no conocidas de desarrollo en los ancianos, pudieran explicar esta adaptación.

Para determinar las fuentes fundamentales de estrés en los ancianos, debemos partir del criterio de que estos perciben que han perdido capacidades, *status*, familiares y amigos. El grado de estrés a que está sometido un anciano en su vida cotidiana en diferentes áreas está relacionado con aspectos socioculturales, su familia y su estilo de vida individual y familiar. El apoyo social que recibe de familiares, amigos e instituciones contribuirá notablemente a su adaptación. Estudios realizados al efecto han encontrado la enorme influencia que la ausencia del apoyo social tiene en la morbilidad y mortalidad del anciano.

En los ancianos internados el uso del tiempo libre resulta la principal fuente de estrés, mientras que para los no institucionalizados lo constituye la familia, que se comporta como proveedor de afecto, y sistema de apoyo, al mismo tiempo que como fuente de estrés. Ambos grupos encuentran apoyo fundamental en amigos y conocidos.

Un comportamiento efectivo para el afrontamiento al estrés necesita de los requerimientos siguientes:

- Búsqueda activa de ayuda de otras personas.
- Exploración activa de la realidad.
- Mantenimiento del control.
- Confianza en sí mismo.

Para la prevención y tratamiento del estrés en los senescentes, tiene gran importancia el manejo del ambiente, y los ajustes de personalidad necesarios para lograr el equilibrio.

ENVEJECIMIENTO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

El envejecimiento no solo está determinado por la edad cronológica, sino que intervienen en él factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos y también acontecimientos históricos y aspectos éticos.

La variabilidad individual en las funciones físicas y psíquicas se expresan en el proceso de envejecimiento de las diferentes áreas del comportamiento. El proceso involutivo es multidimensional e individual y conlleva la disminución de las posibilidades de adaptarse al medio, ante lo cual el organismo utiliza mecanismos de compensación.

Los cambios biológicos del senescente se expresan por adelgazamiento, arrugas en la piel, canas en el cabello, dificultad en la marcha, mayor lentitud de las funciones metabólicas, merma del volumen de líquidos en espacios celulares e intercelulares, etc. Conjuntamente con estos procesos ocurren cambios en la esfera psíquica, como la disminución de la memoria, la aparición de estados de ánimo de soledad y aislamiento, cambios en la autoestima, la autonomía y la creatividad. También se observan cambios en la sexualidad y en el desempeño de roles, entre otros.

Podemos calificar el envejecimiento como normal o satisfactorio, cuando cumple con los parámetros de competencia esperados y aceptados, en función de la edad del individuo, lo que le permite una buena adaptación física, psíquica y social; y un desempeño adecuado, de acuerdo con las exigencias del medio y las propias expectativas del individuo. El envejecimiento sería patológico cuando la incidencia de procesos, enfermedades u otros, alteran los parámetros esperados y aceptados, e impiden o dificultan la adaptación y el desempeño del individuo (cuadro 11).

En el envejecimiento se produce la interacción de las influencias extrínsecas (del medio) y las intrínsecas (genéticas). A veces, es difícil diferenciar el envejecimiento de la enfermedad; sin embargo, consideramos que no son sinónimos, aunque la enfermedad puede influir en la evolución y expresión del proceso de envejecimiento, y este puede tener un papel relevante en la evolución y expresión de la enfermedad. A pesar de las diferencias entre envejecimiento y enfermedad, muchas veces ante una afección secundaria al envejecimiento; este se percibe como inevitable e inmejorable y no se brinda la atención médica o acción de salud necesaria.

El envejecimiento como fenómeno debe ser entendido y atendido en su verdadera dimensión y la repercusión que este tenga en los planos biológicos y sociales debe recibir una atención adecuada.

Cuadro 11. *Modelo de envejecimiento normal y patológico*

Envejecimiento normal (senectud)		
Biológicos	Psicológicos	Sociales
- Sincronismo en el envejecimiento de los órganos - Procesos morbosos diagnosticados con tratamientos y controlados periódicamente - Hospitalización no frecuente	- Desarrollo o desintegración de algunos procesos psíquicos que pueden ser compensados - Buen afrontamiento al estrés - Autovaloración positiva - Sentido de la vida optimista	- Sustitución o evolución de roles - Apoyo social (familiar, comunitario) - Posibilidades de autonomía - Contactos familiares y amistosos - Actividad productiva. - Discrepancias intergeneracionales no disruptivas
Envejecimiento patológico (senilidad)		
- Envejecimiento prematuro de órganos - Descompensación de alguna enfermedad - Crisis agudas frecuentes - Hospitalización muy frecuente	- Pérdida progresiva e irreversible de procesos psíquicos - Mal afrontamiento del estrés - Autoevaluación negativa - Sentido de la vida pesimista - Sentimientos de soledad y abandono	- Pérdida total de roles sin posibilidades de sustitución - Ausencia de apoyo social - Dependencia involuntaria - Inactividad, aislamiento - Conflicto intergeneracional - Ausencias de contactos familiares y amistosos

Tomado de Quintero, G, 1998.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, CC (1995): *Familias de Criancas e adolescentes*: Diversidad e Movimento, AMAS, Belo Horizonte.

Antonuccio, ON (1992): *La Salud Mental en la Tercera Edad.* En Psicogeriatría, Ed. Akadial.

Bages, N (1990): *Estrés y Salud: El Papel de los Factores Protectores,* Revista Comportamiento, 1, Universidad Simón Bolivar, Venezuela.

Bengtson, V; Reedy, M and Gordon, C (1985): *Aging and Self Conceptions: Personalities Processes and Social Context*, Birron, J; Schaie, W, Handbook, 2da. ed. VNR, New York, USA.

Berenger, M and Hermini, M (1988): *The l988 Sandoz Lectures* En Gerontology, Crossroad in Aging, Ed. Academy Press, England.

Bozhovich, LI (1987): *Etapas de formación de la personalidad en la ontogenia.* En Psicología evolutiva y pedagógica en la URSS, Ed. Progreso, Moscú.

——— (1976): *La personalidad, su formación en la edad infantil,* Ed. Pueblo y Educación 1ra. ed., La Habana.

Bromley, SB (1974): *Personality and Adjustment*. En Middle Age and Old Age. En The Psychology of Human Ageing, Ed. Penguin Books.

Brown, SD (1996): *The Textuality of Stress, Journal of Health Pychology,* Sage Publications, London.

Buendía, J (1997): E*l Proceso de Envejecimiento*. En Gerontología y Salud, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.

———y Riquelme, A (1994): E*nvejecimiento y Psicología de la Salud*, Ed. Siglo XXI, España.

Casal Sosa, A (1997): *Estrés como Riesgo a Enfermar, material didáctico*, Facultad Calixto García, La Habana.

Castro, EM (1995): *Crecer en la Adolescencia* (Programa) CENESEX, La Habana.

Colectivo de autores (1996): *Obstetricia y Ginecología Infanto-Juvenil. Su importancia*, SOCUDEF, Ciudad de La Habana.
Consuegra, NR (1988): *Problemas Médicos en los Adolescentes,* Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
Contrada, RJ; Leventhal, H y O'Leary A (1992): *Personality and Health,* Rutges University.
Chinchella Moreno, A (1993): *Trastornos por Ansiedad,* Ed. Saofì, Wenthrop S.A., Barcelona.
DSM-IV (1994): *Manual de Clasificación de Trastornos Mentales.*
Finley, E y Delgado, M (1981): *La Psicología del Envejecimiento*, Revista Latinoamericana de Psicología, 13(3).
Fonariov, AM (1972): *El desarrollo de las reacciones de orientación en los niños,* Ed. Pueblo y Educación, La Habana.
González, R (1982): *Algunas cuestiones Teóricas y Metodológicas sobre el estudio de la Personalidad*, Ed. Pueblo y Educación.
——— (1984): *La categoría personalidad y su incidencia en la aparición de indicadores de riesgo en los trastornos cardiovasculares,* Rev Cub de Psicología, l(3).
Guerrero, N (1985): *La Educación Sexual en la Joven Generación*, Ed. Política, Ciudad de La Habana.
Hess, AL and Bradashw, HL: *Positiveness of Self Concept and Ideal Self as a function of Age,* Journal Genetic Psychology.
Holtzman, WH; Evans, RY; Kennedy, S y Iscoe, Y (1988): *Psicología y Salud*. En Boletín OPS 105 (3).
Iglesias Durán, O (1997): *Depresión y Senectud* [inédito], Trabajo para optar por la especialidad en psicología de la salud, Facultad Calixto García, Ciudad de La Habana.
——— y Quintero Danauy, G (1990): *Personalidad en la Tercera Edad*. En Temas de Psicología Gerontológica, Congreso Nacional de Gerontología, Cuba.
Jiménez Herrero, F (1992): *Gerontología 92*, Ed.CEA S.A., España.
———(1993): *Gerontología 93*. Ed. Científico-Técnica, España.
Kaplan, HY y Sadok, BJ(1988): *Compendio de Psiquiatría*, 2da ed., Ed. R, (tomado de la edición Española de 1987), Cuba.
Lazarus, RS y Folkman, C (1986): *Estrés y Procesos Cognitivos*, Ed. Martínez Roca, Barcelona.
Lehr, U (1980): P*sicología de la Senectud,* Ed. Herder, Barcelona.
Manual Merck, de Geriatría
Marx, K (1981): *La ideología alemana*, Ed. Progreso, Moscú.
Morales Calatayud, F (1991): *Estrés Psicológico en el Riesgo a Enfermar*, Rev Cub de Medicina General Integral, (1), enero-marzo.
Neugarten, BL (1988): *Personality and Psychosocial Pattern of Aging.* En Crossroads in Aging.
OMS (1984): *Informe sobre Epidemiología del Envejecimiento*, Serie de Información Técnica, no. 706, Ginebra, Suiza.
OPS (1989): *La Salud en la Tercera Edad*, boletín,Ginebra, Suiza, 107 (4).
Peláez, MJ (1996): *Adolescencia y Sexualidad. Controversias sobre una vida que comienza*, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
Prieto Ramos, O y Vega García, E (1996): *Temas de Gerontología*, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
Quintero Danauy, G (1990): *Dimensiones Sociopsicológicas del Envejecimiento.*
——— (1997): *Educación Sanitaria Geriátrica*. En Gerontología y Salud, Perspectivas Actuales, Madrid, Biblioteca Nueva.
Reichard, S (1973): A*djustment to Retirement*. En Middle Age and Aging, University of Chicago, Ed. Press.
Rocabruno Mederos, JC y Prieto Ramos, O (1992): *Gerontología y Geriatría Clínica*, Ed. Ciencias Médicas.
Salgado, A (1990): *Manual de Gerontología*, Ed. Salvat.
——— Guillén, F y Díaz de la Peña V (1986): *Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica*, Ed. Salvat.
San Martín, H (1990): *Epidemiología de la Vejez*, Ed. McGraw-Hill, Interamericana, España.
Satir, V (1991): *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, Ed. PAX, Méjico.
Sorín, ZM (1990): *Padres e Hijos ¿Amigos o Adversarios?*, Ed. Ciencias Sociales, La Habana.
Spicer, JK and Chamberlain, H (1996): *Developing Psychology Theory, Health Psychology*, Journal of Health Psychology, Sage Publication, London, 1 (2).
Thomae H, (1982): *Personalidad y Envejecimiento*, Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 13, No. 3.
Tolstij, A (1972): *El hombre y la vida*. Ed. Progreso, Moscú.
UNICEF, FNUAP (1995): *Cuba. Transición de la Fecundidad. Cambio Social y Conducta Reproductiva*, Ciudad de La Habana.
Valdés Mier, MA (1997): *Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales*, Ed. Oriente, Cuba.
Vedhara, K and Nott, KH (1996): *Psychosocial Vulneravility to Stress.*
Venguer, LA; (1989): *Temas de psicología pre-escolar, t. I y II*. Ed. Científico-Técnica, 3ra. ed., La Habana.
Vigotski, LS (1987): *Historia de las funciones psíquicas superiores*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.
——— Obras (en ruso).
Walter, C y Lazo, M (1988): *La Depresión en los Ancianos del Ande,* Revista Latinoamericana.
Yanguas, J; Leturia, J; Leturia, M y Uriarte A (1998): I*ntervención Psicosocial. En Gerontología*, Manual Práctico, Madrid, Cáritas Españolas.
Zaldívar Pérez, D (1996): C*onocimiento y Dominio del Estrés*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

PARTE VI. SEXOLOGÍA

27. ¿Qué entendemos por sexualidad humana?

Lourdes Florez Madan

El término *sexualidad* es uno de los que casi todos consideramos que conocemos, o que tenemos una idea de él, pero que no siempre somos capaces de definir; y es que la palabra sexualidad es de las que incorporamos a nuestro vocabulario envuelta en un manto de mitos, temores, signos de interrogación y expectativas. Sin embargo, cualquier profesional o especialista cuyo trabajo esté vinculado con la salud del ser humano, debe tener claro los aspectos fundamentales que definan o se aproximen a una definición de la sexualidad humana.

Han sido varios los estudiosos que desde sus disciplinas científicas y las respectivas posiciones filosóficas que los sustentan –médicos, psicólogos, pedagogos y biólogos– han propuesto conceptos que intentan definir la sexualidad humana.

Si nos remontamos al psicoanálisis, *Sigmud Freud* en su obra *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*, escrita en 1908, decía que "lo sexual no puede reducirse a lo genital y aunque es en parte endógeno y genético, no constituye un dispositivo ya establecido previamente; se va estableciendo a lo largo de la historia individual, cambiando de aparatos y fines (zonas erógenas), recibiendo una influencia exógena del universo fantástico de los padres –la educación-interacción con los padres-fantasías conscientes e inconscientes–: en Psicoanálisis se le encuentra en forma de deseos".

El sexólogo *Lázaro Sirlin* en su *Diccionario Sexológico* expresa: "sexualidad es todo aquello que trata de las diferencias de los sexos".

Por su parte, el médico sexólogo uruguayo *Flores Colombino* considera que la "sexualidad es un sistema de conductas o comportamientos de fuente instintiva e intelectiva, con una finalidad reproductiva (función reproductiva) y placentera (función erótica), al servicio de la comunicación y la trascendencia, que se descarga en un objeto sexual a través del coito o sus sustitutos y condicionado en su expresión por las pautas culturales y morales de cada época y lugar".

Pudiéramos seguir ofreciendo conceptos dados por estudiosos, quienes desde sus concepciones científicas han brindado sus definiciones acerca de la sexualidad humana y que constituyeron en sus momentos importantes e interesantes aportes.

Para nosotros es imprescindible, antes de ofrecer una definición sobre lo que entendemos por sexualidad, tener claro que cuando hablamos de sexualidad humana nos referimos a un hecho humano, es decir, inherente a una persona con características biológicas, psicológicas y socioculturales, con una historia de vida personal, familiar, social y con un desarrollo específico de su personalidad. Por ello coincidimos con la profesora *Anameli Monroy* (México) cuando dice que la sexualidad humana "son características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres y mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros".

Veamos como podemos desglosar este concepto, teniendo en cuenta las dimensiones fundamentales que señala (biológica y sociocultural):

A la base biológica de la sexualidad se le denomina *sexo biológico* que es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres humanos en femeninos y masculinos. El sexo biológico incluye el *sexo cromosómico*, el *sexo gonadal* y el *sexo genital*. El sexo cromosómico es el relativo a la unión del óvulo y el espermatozoide, pues como sabemos, al unirse el óvulo con el espermatozoide cada uno aporta un cromosoma sexual. El óvulo siempre tiene un cromosoma X, mientras que el espermatozoide puede aportar un cromoso-ma X o un cromosoma Y. De la combinación de estos cromosomas pueden resultar las fórmulas XX ó XY, correspondientes como ya dijimos al sexo cromosómico femenino y masculino respectivamente.

En la posterior evolución del desarrollo intrauterino, entre las 6ta. y 8va. semanas de gestación va a determinarse el sexo gonadal y hormonal con la diferenciación de las gónadas a testículo o a ovarios. Después de este proceso, se produce la atrofia de los conductos de Wolff o de Müller y se forman el pene y el escroto, con lo que queda establecido el sexo genital.

La dimensión biológica de la sexualidad no solo controla en gran medida el desarrollo sexual desde la concepción hasta el nacimiento, sino también nuestra aptitud para procrear después de la pubertad, así como el deseo sexual. Por otra parte, la excitación sexual, cualquiera que sea el estímulo, produce una serie de efectos biológicos concretos: aceleración del pulso y el ritmo cardíaco, respuesta de los órganos sexuales, etc.

De manera que podemos decir que nuestro cuerpo es sexuado: los cromosomas son sexuados, los órganos genitales internos y externos, el cerebro y la figura corporal.

Una vez que nace el ser humano con sus órganos genitales diferenciados, se le da un *sexo de asignación*: niño o niña –hombre o mujer–, le asignamos nombre, tipo de ropitas, juguetes, etc. antes de que el niño o la niña tomen conciencia de su identidad sexual. El nacer niño o niña establece cuáles son las expectativas de la familia y la sociedad en relación con el futuro rol sexual del recién nacido, de forma tal que se va estableciendo el *sexo social:* toda una serie de estímulos ambientales e influencias educativas que irán moldeando su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, determinando poco a poco el *sexo psicológico* –sentirse hombre o mujer– y su expresión social, es decir actuar como ello.

Algunos educadores como el profesor *Félix López* afirman que hacia la edad de los 2 ó 3 años, los niños toman conciencia de su identidad sexual –autoclasificarse como niño o niña– y simultáneamente comienzan un proceso de aprendizaje e interiorización de las funciones que la sociedad considera propias del niño o la niña –rol de género.

Así entendemos que la identidad sexual pasa por el aspecto psicológico –sentirse hombre o mujer– y es manifestado externamente a través del rol de género –comportamiento y funciones propias de uno u otro sexo.

Debemos decir además que las diferentes culturas y sociedades asignan actividades y formas de comportamientos específicos a los hombres y las mujeres, por lo que la sexualidad humana debido a su dimensión social y de asignación tiene un importante componente cultural. En otras palabras, no es lo mismo ser hombre o mujer, en el Medio Oriente, en el Occidente, en Asia, en Europa, etc.

Llegado a este punto podemos expresar que somos hombres o mujeres no solo porque tengamos genitales masculinos, o cuerpos femeninos o masculinos, sino porque, además, nacemos en una sociedad que nos transmite formas de comportamientos específicos según nuestro sexo biológico y de acuerdo con la cultura a que pertenezcamos, lo que va nutriendo nuestra psiquis para sentirnos hombres o mujeres; de esta forma vamos formando nuestra identidad sexual (fig.6).

Cada cultura y sociedad regulan las conductas sexuales de formas diferentes a través de la familia, las costumbres, la escuela, los grupos de amigos, los medios de comunicación, las leyes, etc. De esta forma es que se lleva a cabo la educación de la sexualidad, la manera de tratar a los niños y niñas según su sexo, los ejemplos de relación de parejas que viven en sus familias, cómo se responde a las preguntas relacionadas con la sexualidad y la forma en que los padres aceptan su identidad sexual, pueden ser percibidos por los hijos.

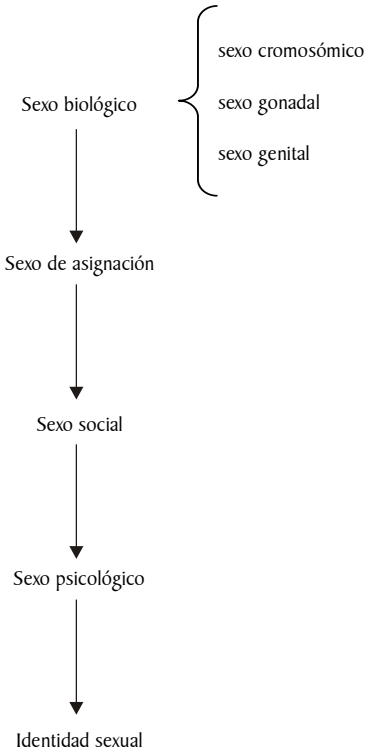


Fig. 6. *Identidad sexual. Tomado de Monroy, A. Salud y sexualidad en la adolescencia.*

En la familia, primer grupo social al cual pertenece el ser humano, se adquieren los valores básicos acerca de la sexualidad, se aprende qué es lo bueno y qué es lo malo, lo socialmente aceptable, los roles sexuales, y los patrones culturales.

La escuela también va forjando modelos y normas de conductas sexuales, la manera en que se organizan los juegos, el modo en que se traten los temas relativos a la sexualidad humana y el ejemplo de los maestros.

En los grupos de amigos es donde muchas veces se canaliza toda una serie de dudas e interrogantes que no son tratados abiertamente en el seno de la familia o la escuela, así como que constituyen modelos de referencia e imitación de conductas sexuales. Los medios de comunicación transmiten estereotipos de belleza, normas y valores que también son elementos de referencia para imitar e interiorizar.

Por ello podemos decir que siempre estamos educando la sexualidad, de manera directa –respuestas a preguntas, clases, cursos sistemáticos– y de manera indirecta, sin que sea un

proceso planeado o dirigido, por ejemplo, la información que se deriva de las actitudes diarias de los padres, de los ejemplos que se transmiten, de las reacciones paternas ante la curiosidad sexual de los hijos, de los de mensajes verbales y no verbales y de modelos de conductas que nos llegan por diferentes vías de forma constante, y que aportan elementos importantes en la formación de la sexualidad. El profesor *Félix López* afirma que la educación de la sexualidad constituye un "proceso de comunicación que transcurre en un intercambio directo o indirecto de conocimientos y actitudes sobre el hecho sexual humano. (...) Es la educación de las relaciones sociales en la vida cotidiana y para la vida cotidiana".

Es por eso que resulta sumamente importante que el estudiante y la estudiante de medicina, enfermería y todo futuro profesional de la salud, reciba una formación integral en relación con la sexualidad humana. En primer lugar, debido al propio carácter biopsicosocial del ser humano y su sexualidad. Toda conducta sexual tiene consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, las cuales tienen una estrecha relación con la salud integral del individuo.

En segundo lugar por el importantísimo rol social que ocupa un médico o personal de enfermería como voz de autoridad muy escuchada y tenida en cuenta por la población. En tercer lugar, por el privilegiado perfil de la medicina general integral que permite estudiar y atender al ser humano y sus afecciones en su contexto social más inmediato –familia y comunidad–, así como la posibilidad de explorar en otras zonas de la vida como la laboral. El ser humano actúa como un todo, con independencia de que la causa de su dolencia sea predominantemente orgánica, esta repercutirá en su psiquis, en su vida social y viceversa; por lo que el nivel primario de salud, por sus posibilidades de detección y orientación adquiere un valor insustituible en conjunto con los niveles de atención secundarios y terciarios de salud. Muchos de los problemas relacionados con la sexualidad humana pueden ser prevenidos, detectados y resueltos en el nivel primario de salud.

SEXUALIDAD HUMANA EN LAS DIFERENTES EDADES. DESARROLLO PSICOSEXUAL

Para comprender la evolución de la sexualidad en las diferentes edades de la vida, es necesario no perder de vista un enfoque integral del ser humano y su sexualidad. Debemos partir del hecho de que la sexualidad humana forma parte de la personalidad del individuo y que su desarrollo no se produce de manera aislada del desarrollo de la personalidad.

Algunos de los enfoques que intentan explicar el desarrollo psicosexual serán relacionados a continuación:

- El enfoque biológico.
- El enfoque psicoanalítico.
- El enfoque cognitivo-evolutivo.
- El enfoque sociocultural.
- El enfoque dialéctico.

ENFOQUE BIOLÓGICO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Esta teoría defiende la idea de que las conductas del individuo están programadas desde el nacimiento, y se basan en las observaciones de *Konrad Loceny* para apoyar sus criterios. Este estudioso fue quien observó que los gansos al nacer siguen el primer objeto movible que tienen a su vista y generalmente es la madre; si fuera un ser humano ese primer objetivo movible lo seguirían también.

Los partidarios de la teoría biológica se basan en la naturaleza instintiva del impulso sexual y lo comparan, además, con las necesidades básicas del ser humano como comer o beber.

Por su parte, *Milton Diamond* considera que las hormonas que actúan en la etapa fetal originan en el cerebro diferencias de orden sexual y que estas constituyen condicionantes decisivas de la conducta posterior del individuo.

El destacado científico *J. Money* señala que si bien la programación prenatal de las características sexuales ocurre, en la mayoría de los sujetos el factor que más influye en la configuración del género es el aprendizaje.

No debemos olvidar que aunque la conducta sexual del adulto tiene componentes genéticos y hormonales, estos son influidos por los factores que plógicos y socioculturales en los diferentes momentos de su vida e interactúan con ellos.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Es importante destacar que *S. Freud* fue uno de los primeros teóricos que reconoció la existencia de la sexualidad durante todo el ciclo vital del ser humano. *Freud* consideraba que el impulso sexual (la libido), era uno de los factores qrincipales que motivaban el comportamiento. Dividió el desarrollo que psexual en los siguientes períodos o estadios evolutivos por los que pasan los impulsos sexuales. Estos estadios evolutivos son indispensables según su teoría para la formación de una personalidad adulta y madura:

- Etapa oral.
- Etapa anal.
- Etapa fálica.
- Etapa de latencia.
- Etapa genital.

Resulta indudable el aporte de *Freud* al estudio de la sexualidad humana, no solo qor haber sido de los primeros en reconocer la existencia de esta desde la infancia hasta la vejez, sino

también por proponer una estructura y periodización del proceso evolutivo humano que no pocos en el mundo toman como referencia.

Otros estudiosos de la sexología como los de *W. Masters* y *V .Johnson*, además de reconocer sus interesantes aportes, estiman que en buena medida pasó por alto la trascendencia del impacto cultural en la evolución de la sexualidad.

Otros, por su parte, no aceptan la tesis freudiana de que las experiencias infantiles determinan la conducta sexual adulta.

ENFOQUE COGNITIVO-EVOLUTIVO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Según este enfoque, el desarrollo psicosexual va paralelo al progreso intelectual del niño. Este punto de vista, representado por *Jean Plaget* se refiere a la existencia de una continuidad en el desarrollo cognoscitivo, que le permite al niño crecer y comprender el mundo que le rodea.

La inteligencia del niño pequeño es de tipo sensitivomotor; se va desarrollando hasta lograr primero un pensamiento prelógico, después lógico y posteriormente, a partir de la adolescencia el pensamiento de tipo hipotético deductivo o abstracto. Los partidarios de esta teoría explican que durante el primer año de vida, que prima el pensamiento sensitivomor, el niño va descubriendo el mundo mediante sus sentidos y movimientos; la exploración va dirigida inicialmente a su propio cuerpo: "se descubre" las manos, los pies, los genitales y en la medida en que puede cambiar de postura varía su relación con el mundo que le rodea y con los adultos. En la etapa de recién nacido cobran gran importancia los sentidos del tacto, el olfato y posteriormente el oído. Esta es la razón por la que la exploración de los objetos se realiza con la boca en su inicio, a diferencia de la interpretación psicoanalítica.

Más adelante, se inicia una percepción subjetiva de los hechos cuando aparece la palabra; de esta forma se va consolidando el pensamiento lógico-concreto, que se desarrolla con la adquisición de los conceptos de conservación, causalidad, tiempo, frecuencia y espacio. Según este grado del desarrollo del pensamiento, se explican las preguntas de los niños relativas a la sexualidad como: ¿por dónde nacen los niños?, ¿cómo entran en la barriga de su mamá?, etc., al igual que se preguntan ¿por qué llueve?, ¿la luna camina?, entre otras.

El punto óptimo del desarrollo cognoscitivo del individuo es cuando se alcanza durante la adolescencia el pensamiento hipotético-deductivo que perdurará a lo largo de la vida.

ENFOQUE SOCIOCULTURAL DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Basándose en los sociólogos *William Simon* y *John Gagnon*, los partidarios de este enfoque defienden la tesis de que el ambiente cultural es la influencia primaria en el desarrollo psicosexual, en lugar de la naturaleza biológica del ser humano. Estos sociólogos refutan dos conceptos básicos de la teoría freudiana:

- Rechazan el hecho de que la conducta sexual sea la expresión de un impulso primordial (libido).
- No aceptan la tesis freudiana de que las experiencias infantiles determinan la conducta sexual adulta.

Describen el desarrollo psicosexual de acuerdo con las etapas de edad: niñez, adolescencia, adultez y enfatizan en la conducta aprendida.

Por ejemplo, en relación con la adolescencia consideran que los cambios de esta etapa de la vida divergen si se trata de varones o niñas, pues en los primeros, los cambios son de tipo genital y en las segundas predominan los de tipo social.

Por otra parte, *Erik Erikson* expresa que las personas no desarrollan identidades sexuales en situaciones de aislamiento, sino a través de interacciones con otras personas y en diferentes situaciones. Explica que al mismo tiempo que están encontrando su identidad sexual, están desarrollando otros aspectos de su identidad social.

ENFOQUE DIALÉCTICO DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL

Hemos querido llamarle enfoque dialéctico del desarrollo psicosexual, al hecho de que entre las dimensiones fundamentales del ser humano y su sexualidad, existe una relación dialéctica, interrelación que puede ser identificada en diferentes momentos del proceso evolutivo del individuo, desde su concepción hasta su muerte.

Reconocemos que entre las dimensiones fundamentales de la sexualidad –biológica, psicológica y social–, existe una interrelación activa, de comunicación entre los diferentes elementos, donde unos influyen, determinan y condicionan a los otros. Ninguno de los tres componentes es determinante por sí mismo, sino que interactúan dialécticamente, aunque en determinado momento del desarrollo humano, uno de ellos pueda tener una influencia o papel preponderante para la continuidad del desarrollo.

Aceptando los aportes fundamentales de los diferentes enfoques y desde una concepción dialéctica del desarrollo, explicaremos la evolución psicosexual durante las diferentes

etapas de la vida del individuo, destacando además la dimensión preponderante en cada momento de su desarrollo.

Expondremos cómo la sexualidad cambia en relación con la edad, cómo y por qué somos seres siempre sexuados y que vivimos la sexualidad de forma diferente en cada etapa de la vida, entre las que ocurren cambios cualitativos.

Para explicar las manifestaciones de la sexualidad lo haremos a partir de las diferentes edades, etapas o períodos que pueden ser identificados durante el ciclo vital, y que se distinguen por cambios biofisiológicos y psicosociales que se interrelacionan e interactúan entre sí.

El destacado sexólogo Dr. *Félix López* de la Universidad de Salamanca, España, ofrece un esquema general de la evolución dividido en períodos, y señala en cada uno la naturaleza predominante de los procesos. A continuación ofrecemos el esquema por considerarlo útil (cuadro 12).

Cuadro 12. *Esquema de la evolución*

Período	Naturaleza predominante de los procesos	Cronología aproximada
Prenatal	Biofisiológica	Gestación
Prepuberal	Psicosocial	0-10 y 10-15 años
Pubertad	Biofisiológica	10-15 años*
Adolescencia	Psicosocial	12-13 y 13-20 años
Vida adulta	Psicosocial	20-40 años
Vida adulta	Psicosocial y biofisiológica	40 a 50-60 años
Vejez	Psicosocial y biofisiológica	Más de 60 años

(*) Según la investigación llevada a cabo en Cuba sobre crecimiento y desarrollo, dirigida por el pediatra cubano Doctor *Jordán,* se puede afirmar que el abanico de la pubertad en nuestro país está comprendido entre los 9 y 16 años de edad.

SEXUALIDAD PRENATAL

Como ya explicamos, durante el desarrollo intrauterino, desde el momento mismo de la fecundación del óvulo por el espermatozoide, se va formando el sexo biológico, comenzando por el sexo cromosómico, siguiéndole el gonadal, y genital. Al conjunto de características anatomofisiológicas que nos diferencian a los seres vivos en masculinos y femeninos, se le llama sexo biológico.

Sin embargo, este proceso normalmente armónico puede ser alterado por diversos factores, entre ellos la exposición del feto en desarrollo a ciertas drogas y fármacos, que pueden causar malformaciones, según sea la droga o el fármaco y el tiempo o grado de exposición.

Es importante fomentar condiciones de alimentación, estilo de vida y salud en general de la madre durante el período de embarazo para que no ocurran alteraciones. Evitar el consumo de alcohol, cigarros y la ingestión de fármacos y drogas, en especial la ingestión de hormonas sexuales, pues pueden intervenir en el funcionamiento hormonal propio del feto.

SEXUALIDAD DESDE EL NACIMIENTO A LOS 18 MESES DE VIDA

Finalizado el desarrollo intrauterino, nace el niño o la niña, y la sociedad le asigna un sexo –femenino o masculino–, en dependencia de sus genitales externos. Inmediatamente, el recién nacido recibirá estímulos ambientales según las expectativas sociales que se tengan de él, de acuerdo con su sexo biológico.

Durante el primer año de vida del ser humano, el niño o niña depende de sus padres. Tener un hijo deseado, amarlo y expresar ese sentimiento constituyen las primeras lecciones de educación de la sexualidad, aprendemos a amar si hemos sido objeto de amor.

Mediante su inteligencia sensitivomotora, va percibiendo el mundo. De la actitud de sus padres y de quienes lo rodean depende en gran medida el concepto de sí mismo que el niño o niña va a comenzar a desarrollar.

Durante este período el niño o niña va descubriendo su esquema corporal: así como descubre su pie o su mano, descubre sus genitales. De la reacción de los adultos va a depender el valor que le otorgue a las diferentes partes de su cuerpo. Los padres evalúan las conductas de sus hijos, lo alientan con su sonrisa o muestran señales de molestia, ya sea con su voz o con la expresión de su rostro. De esta forma, el niño o niña va aprendiendo a distinguir los diferentes tonos de voz de las personas que están a su alrededor: suaves, ásperos, cariñosos o acusadores, estimulantes o no. Diariamente, el trato tierno, brusco, amable, el tipo de ropitas y su color, todo lo cual depende en gran medida del sexo del niño, imprimen la identidad de género y se va formando, así, la estructura sexual de la personalidad del niño.

Desde el punto de vista fisiológico, los tejidos del pene y el clítoris están suficientemente formados y enervados por fibras nerviosas, como para que desde el primer año de vida sean posibles las erecciones espontáneas y/o como respuesta a las estimulaciones táctiles.

Desde el punto de vista psicosocial, como explicamos, desde que nace el niño, su grupo social le asigna una identidad social y de género, por lo que son tratados según su sexo biológico y se espera del niño o niña comportamientos coherentes con este.

Además de la asignación psicosocial de la identidad y el rol, el profesor *Félix López* ha desarrollado estudios que demuestran la importancia para el desarrollo de la sexualidad, durante los dos primeros años de vida a partir de las relaciones que mantienen los niños con las personas que les cuidan, especialmente con aquellas a las que se vinculan afectivamente —figuras de apego.

Durante los primeros meses de vida del niño, predominan respuestas emocionales poco específicas, así como su actividad es sensitivomotora, pues carece de la capacidad de la representación mental de la realidad y del uso de símbolos; pero posee desde el nacimiento capacidades perceptivas relativamente organizadas, está preorientado socialmente y tiene grandes capacidades de aprendizaje.

Así se explica que los vínculos afectivos mediaticen la sexualidad a lo largo de la vida, pero en la primera infancia lo hacen aún más.

En la relación con las figuras de apego aprendemos desde los primeros años de vida a comunicarnos mediante el tacto, la vista, la voz y a entender a los demás. Todo esto son elementos esenciales durante el futuro intercambio sexual. Por otra parte, para el desarrollo emocional del niño resulta importante que se sienta querido y amado, pues además de que le imprime seguridad en sí mismo es una manera también de aprender a expresar sentimientos, y lo fortalece para poder enfrentar los diferentes "fracasos" y decepciones afectivas con los que se pueda encontrar a lo largo de su vida.

SEXUALIDAD DE LOS 18 MESES A LOS 3 AÑOS DE EDAD

Desde el año y medio se producen cambios importantes en los niños y su entorno. El niño generalmente ha alcanzado el desarrollo de la locomoción, del lenguaje, va teniendo cada vez mayor precisión manual, etc. y los va perfeccionando, lo que le permite mayor autonomía y mejor comprensión de la realidad.

El niño aprende a partir de las actitudes de los adultos y de quienes lo rodean, si todas las partes y funciones de su cuerpo son buenas y necesarias o si, por el contrario, algunas partes de su cuerpo son "sucias" o "vergonzosas". Durante este período, el entrenamiento del control de los esfínteres es importante para el desarrollo de la sexualidad, y es un momento también propicio para enseñarles el nombre adecuado de los órganos genitales. El niño de esta edad manifiesta curiosidad por las diferencias anatómicas existentes entre los niños y las niñas, y hombres y mujeres, por lo que resulta importante que las respuestas que encuentre a esta curiosidad sexual sean adecuadas y veraces.

El reconocimiento de la existencia de diferentes roles de niño-niña, hombre-mujer es muy temprano, según lo demuestran investigaciones llevadas a cabo por diferentes estudiosos.

Según los clásicos de la sexología, hacia los 2 años los niños se autoclasifican como niño o niña, lo que va determinando la identidad sexual —autoclasificación como niño o niña— y el rol de género —papel asignado por la sociedad a los hombres y a las mujeres—, es decir, el aprendizaje del papel que desempeña el propio sexo dentro de la sociedad en que vive.

SEXUALIDAD DE LOS 3 A LOS 5 AÑOS DE EDAD

A esta edad el niño alcanza el pensamiento pre-lógico, lo que puede explicar las preguntas que formulan relativas al origen de los niños, los embarazos de las madres, nacimiento de un hermano, etc. Suelen preguntar: "¿por dónde nacen los niños?", "¿por dónde sale el bebé de la barriguita de su mamá?" o "¿cómo entró en la barriguita de su mamá?", etc. Todas estas manifestaciones responden al desarrollo del pensamiento del niño, pues igual se pregunta "¿por qué llueve?", "¿por qué la luna camina?", etc.

Sin embargo, la reacción de los adultos ante las preguntas de los niños relacionadas con la sexualidad en ocasiones son evasivas y de alarma, hecho que perciben los niños y, desde entonces, van percibiendo que existen temas que provocan reacciones inadecuadas, de desagrado o evasivas en los adultos; así, paulatinamente, los temas relacionados con la sexualidad van saliendo del ámbito de la comunicación entre padres e hijos.

En estas edades, la curiosidad del niño se manifiesta muy a menudo: espía, pregunta, muestra interés hacia su propio cuerpo y el de los demás. En esta etapa de la vida, los niños se van identificando con los padres de su mismo sexo, lo que implica la incorporación de pautas de conducta características de su sexo. Lo que se inicia como una simple imitación del modelo paterno se va convirtiendo en rasgos de personalidad del pequeño. Así, aprende su rol o papel sexual y va experimentando la pertenencia de su identidad femenina o masculina. De esta manera y con este proceso, el niño va asimilando lo que desde el nacimiento se le ha asignado: nombre, tipo de ropa, gestos, conductas y juegos sexuados.

Es importante destacar que durante la exploración de su cuerpo, el niño puede descubrir que determinadas partes de su cuerpo le producen sensaciones placenteras. Este placer difiere del placer erótico que se va adquiriendo en la adolescencia y adultez.

A partir de los 5 ó 6 años, poco a poco van tomando conciencia de la permanencia de la identidad, consolidando este proceso hacia los 8 ó 9 años.

SEXUALIDAD DESDE LOS 6 AÑOS HASTA ANTES DE LA PUBERTAD

Durante este período de manera general, el niño ya ha logrado la manipulación de los objetos y el control de sus movimientos cada vez con más precisión.

Desde el punto de vista intelectual dirigen la realidad concreta y clasifican las cosas y establecen relaciones entre ellas. En esta etapa predomina un pensamiento concreto. Los cambios biológicos, intelectuales, lingüísticos y sociales van a ser progresivos.

Los niños de estas edades hacen una clara diferenciación entre niños y niñas. Generalmente, se forman grupos de amigos del mismo sexo (isofilia). En estos grupos adoptan su papel, ya sea femenino o masculino. Actúan de acuerdo con lo que se espera de ellos y ven reflejados en los demás muchas de sus características sexuales, lo que afianza su identidad de género.

A lo largo de esta etapa se observa un pensamiento lógico y concreto, por lo que va mostrando curiosidades e inquietudes específicas acerca del crecimiento y desarrollo, el origen, el nacimiento de los niños, el desarrollo intrauterino, las diferencias anatómicas entre niños y niñas, hombres y mujeres, el papel del padre en la reproducción, y algunos tópicos sociales como la planificación familiar, la prostitución, etc.

Desde el punto de vista de la identidad y el rol sexual según el profesor español *Félix López*, ocurre lo siguiente: durante este amplio período se produce un triple proceso del cual se deriva una adquisición más madura de la identidad sexual y de género. Estos procesos interrelacionados entre sí son los siguientes:

- El conocimiento y consistencia de los estereotipos de género aumenta progresivamente hasta la adolescencia, de forma que cada vez el niño los distingue con mayor precisión.
- Adquisición de la permanencia o conservación de la identidad sexual y de género. Para ello, según *Huston* (1983) y citado por *Félix López* (1994) es necesario que los niños sean conscientes de las características de la identidad siguientes:
  - No se puede cambiar de identidad por propia voluntad.
  - La identidad es estable a lo largo del tiempo.
  - La identidad es consciente a pesar de los cambios en la apariencia o en la actividad. La consistencia depende de la permanencia de los genitales como órganos que definen la identidad. En las edades anteriores, los niños hacían depender la identidad más de lo externo –la apariencia, la vestimenta, etc.– que de los genitales.
- Adquisición de la diferenciación de la identidad sexual y de género. Consiste en lograr distinguir entre anatomía corporal básica –especialmente los genitales– por un lado y elementos ornamentales –vestidos, etc.– y actividades asignadas socialmente. Alrededor de los 8 ó 9 años, los niños dan prioridad a las diferencias anatómicas y hacen relativos los elementos de la identidad de género.

SEXUALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud OMS reconoce dos etapas fundamentales en las cuales se puede dividir la adolescencia para su mejor estudio: entre los 10 y los 14 años de edad y entre los 15 y los 20 años.

PRIMER PERÍODO DE LA ADOLESCENCIA (10 A 14 AÑOS DE EDAD)

Las características psicosexuales más sobresalientes del período comprendido entre los 10 y los 14 años de edad son las siguientes:

- El comienzo de la adolescencia lo marcan acontecimientos de tipo biológico, que se conocen como *pubertad* –momento en que se produce la maduración sexual.
- La edad del comienzo de la maduración sexual varía entre ambos sexos y entre los propios púberes. Según el doctor *Jordán*, prestigioso pediatra cubano, el abanico del comienzo del desarrollo puberal en nuestro país ocurre entre los 9 y los 16 años de edad, y las niñas se adelantan alrededor de 2 años con respecto a los varones. Por lo que una niña cubana que inicie su desarrollo puberal a los 9 años no implica un comienzo precoz, y un varón cubano que inicie su desarrollo puberal a los 16 años no implica un comienzo tardío. Por otra parte, algunos autores sitúan la duración de este período entre 3 y 4 años.
- Principales manifestaciones en los cambios morfológicos y fisiológicos que tienen lugar en este período de la vida:
  En el varón:
  - Crecimiento del tamaño de los testículos y las bolsas escrotales.
  - Aparición del vello púbico. Más adelante, aproximadamente un año después se inicia el crecimiento longitudinal del pene.
  - Crecimiento del vello axilar y posteriormente por el resto del cuerpo.
  - Estirón puberal: aumento notable de la talla.
  - Cambios de tipo muscular, óseo, cutáneo y cambios en la voz.
  - Primera eyaculación, que por lo general es nocturna, puede ser espontánea o por automanipulación.

  En la niña:
  - Comienzo del desarrollo del tejido mamario.
  - Inicio del crecimiento del vello púbico.
  - Los ovarios aumentan de volumen, así como las trompas y el útero.
  - Primera menstruación o menarquia alrededor de los 12 años. La menarquia puede estar separada de las

siguientes menstruaciones, incluso por varios meses. Generalmente transcurren 1 ó 2 años antes de que aparezcan los ciclos regulares y ovulatorios

- Todos estos cambios biológicos tienen una repercusión psicológica en los púberes, la cual en gran medida depende de los estereotipos de belleza que primen en la sociedad en que viven. Surgen interrogantes como: "¿seré alto o bajito?","¿tendré caderas anchas o estrechas?". Se reafirman mitos en relación con el tamaño del pene en los varones, la eyaculación, la masturbación y la menstruación.
- El impulso del deseo sexual se canaliza algunas veces en sueños eróticos a través de la masturbación. Se produce un diálogo con el propio cuerpo en transformación.
- El desarrollo del pensamiento va alcanzando el nivel de hipotético-deductivo, lo que significa que pueden ir estableciendo generalizaciones e ideas y conclusiones propias. Los adolescentes van reajustando sus normas y valores, desean independencia y existe ambivalencia emotiva.
- Como se puede apreciar, si bien aparece la capacidad reproductiva, aún el cuerpo de los púberes adolescentes se encuentra en transformación y cambios, así como su desarrollo psicológico, en especial la esfera volitiva de la personalidad.

SEGUNDO PERÍODO DE LA ADOLESCENCIA (15 Y 20 AÑOS DE EDAD)

Paulatinamente el desarrollo hormonal y la figura corporal se van estabilizando, sobre todo al final del período. Es una época de deseos de probar fuerzas, deseos de independencia; va apareciendo mayor autonomía; los cambios emocionales van siendo menos marcados. Se va estableciendo mejor la identidad sexual. Es un período de grandes e importantes decisiones: ¿estudiar o trabajar?, ¿qué estudiar?, etc. Surge la necesidad de compartir el deseo sexual con otra persona, de comunicarse y de intercambiar caricias.

Los adolescentes alcanzan la madurez sexual y adquirieren la madurez biológica para reproducirse; comienza a consolidarse la orientación del deseo sexual: heterosexual, homosexual o bisexual.

En esta etapa también emergen las consecuencias de una inadecuada orientación y educación de la sexualidad, lo que se traduce en la relación sexual precoz y sin protección; esto trae como consecuencias el embarazo en la adolescencia, el aborto inducido y las enfermedades de transmisión sexual. El embarazo no deseado conlleva, además de ansiedad y sentimientos ambivalentes en la madre, riesgos para la salud física tanto en la mamá como en el bebé; mientras más joven sea la madre tendrá mayores riesgos. Por otra parte, también tiene consecuencias psicosociales, como el abandono de los estudios o proyecto de vida y posibles sentimientos ambivalentes hacia el bebé, entre otros.

De manera general, la adolescencia constituye un período de la vida en el que se producen toda una serie de cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales, que ponen al individuo ante una nueva forma de vivenciarse a sí mismos y a todo aquello que lo rodea.

28. Sexualidad en la vida adulta

María Dolores Sala Santos

La visión de la adultez como la etapa en que culmina el desarrollo del individuo ha tendido, sin proponérselo, a dar la falsa imagen del adulto como un ser relativamente estático. Contra esa imagen se pronuncian otros autores que consideran que este período de la vida también constituye una pauta ininterrumpida de aprendizaje, crisis y elección.

El arribo a la vida adulta está determinado por cambios biofisiológicos y en la esfera emocional y social.

Los adultos jóvenes –entre 20 y 40 años– se caracterizan por haber alcanzado la plenitud en la maduración y desarrollo corporal; pero también porque gran parte de ellos han establecido su sistema de valores y una jerarquía de motivos que, de forma mayormente consciente, determinan su actuación en las diferentes esferas de la vida.

Desde el punto de vista social, es en esta primera fase de la etapa adulta, que se alcanza la independencia económica al concluirse los estudios y comenzar la vida laboral, al mismo tiempo que se adquieren plenas responsabilidades ciudadanas en el aspecto legal.

Es también la época en que, generalmente, se realiza una selección de la pareja estable, en la que se forma la familia y se asume la crianza de los hijos. Es, por tanto, un período en el que los individuos toman importantes decisiones en su vida.

Ya en la segunda fase de la etapa –entre los 40 y 60 años– comienzan a aparecer los primeros signos biofisiológicos del envejecimiento, a la vez que se producen importantes cambios en la vida social y familiar, que propician en muchas personas el análisis y replanteo de la vida.

Si bien podemos hablar de estas características de manera general, es necesario tener en cuenta que los adultos se diferencian entre sí mucho más que los niños y los adolescentes, dado que a partir de la adolescencia y durante toda la vida adulta, las personas siguen caminos muy diferentes, en dependencia del estado civil, la profesión, el tipo de vida, las ideas y creencias, etc.

La sexualidad de los adultos es, por consiguiente, de una gran diversidad, a partir de las diferentes formas de vida adulta: casados y solteros, heterosexuales y homosexuales, personas que viven en las grandes ciudades y en zonas rurales, enfermos y sanos, mujeres y hombres, amas de casa y mujeres que trabajan fuera del hogar, profesionales y trabajadores de diversa índole, etc., viven la sexualidad de formas muy diferentes. Incluso, dentro de cada una de estas categorías, cada persona de acuerdo con su ideología, costumbres y formas de vida, vive la sexualidad de manera distinta.

Por otra parte, la etapa adulta es muy larga y las formas de vida sexual pueden cambiar de forma significativa a lo largo de ella.

PRIMER PERÍODO DE LA VIDA ADULTA (20 A 40 AÑOS)

Durante la primera parte de la vida adulta, la respuesta sexual llega a su máxima expresión, ya que todos los factores biofisiológicos así lo favorecen. El placer sexual es específico y las sensaciones sexuales se expresan de forma vigorosa.

Desde el punto de vista afectivo, el adulto puede hacer una distinción en sus relaciones, entre los sentimientos afectivos y la atracción sexual, y logra la armonía de estos vínculos. La relación se manifiesta con sus etapas de deseo, atracción, enamoramiento y amor.

Cada persona tiene un ritmo de deseo sexual que satisfacer a través de las relaciones de pareja o de la autosatisfacción. La atracción sexual está determinada por una serie de preferencias. El enamoramiento y la formación de la pareja culmina en esta etapa, frecuentemente, con el matrimonio o la unión y tiende a la estabilidad.

En lo referente a la conducta sexual, se aprecian particularidades en cada individuo; se observan incluso variaciones en la misma persona en cada relación de pareja.

Los primeros años del estado adulto pueden ser una etapa de satisfacción plena, para unos y una época de incertidumbre sexual para otros. A veces la sexualidad presenta problemas debido a sentimientos de culpa o inmoralidad que el individuo, hombre o mujer, arrastra de etapas anteriores. La preocupación que tenía el adolescente acerca de su idoneidad sexual no ha desaparecido del todo y el joven adulto continúa preocupándose también de su prestancia física y destreza personal en el amor.

La orientación del deseo sexual –heterosexual, homosexual o bisexual–, consciente y generalmente estable en el adulto, es un factor determinante del tipo de actividad sexual que tienen los jóvenes adultos.

En líneas generales puede decirse que los heterosexuales tienden a una sexualidad más convencional; mientras que los homosexuales están más abiertos a diferentes formas de estimulación y ponen mayor énfasis en las manifestaciones no coitales. Los varones homosexuales cambian más de pareja que los heterosexuales. Existe menos información en cuanto a la homosexualidad femenina o lesbianismo.

Las diferencias de género en cuanto a la forma de vivir la sexualidad han disminuido en los últimos años; pero aún existen algunas actitudes y conductas diferenciales entre hombres y mujeres, como son las siguientes:

- La actividad sexual en sí misma es más valorada por los hombres que por las mujeres.
- La mayor parte de las mujeres rechazan la actividad sexual, si no va unida a relaciones afectivas.
- Los hombres suelen adoptar un papel más activo en la relación que las mujeres: la demandan explícitamente con mayor frecuencia.
- Las mujeres valoran más las relaciones que no se centran en la actividad coital, mientras los hombres tienden a recurrir, sobre todo dentro de las parejas estables, a aventuras que rápidamente se centran en la actividad coital.

Otro factor que condiciona la vida sexual de los adultos es el estado civil. Aun cuando la separación entre sexualidad marital y sexualidad de los solteros es cada vez menos clara, porque se dan numerosas situaciones intermedias, existen diferencias entre ambas.

La sexualidad marital ha cambiado mucho en las últimas décadas a partir de la modificación de diferentes factores. En el pasado, la sexualidad marital estaba condicionada por concepciones negativas tales como la reducción del sentido de la sexualidad a la procreación; la existencia de una doble moral para el hombre y para la mujer; la escisión entre amor y sexualidad y la negación del placer sexual a la mujer por el elevado número de hijos, por la falta de métodos anticonceptivos y el consiguiente miedo a los embarazos no deseados. En la actualidad, sin embargo, aún se aprecia que en muchos casos la rutina, el aburrimiento y el desinterés son causa de deterioro en la vida sexual de las parejas casadas.

En cuanto a los solteros, contra lo que se supone generalmente, las investigaciones arrojan que un número importante –entre 3 y 15 %– no llegan a tener nunca relaciones sexuales, con motivo de una decisión personal o por diferentes dificultades físicas o sociales, y entre los que tienen relaciones sexuales, estas son poco frecuentes, en un número muy importante de ellos.

SEGUNDO PERÍODO DE LA VIDA ADULTA (ENTRE 40 Y 60 AÑOS)

Hacia los 40 años, las personas entran en el estadio de la madurez, o lo que se ha denominado "edad mediana". Es el período de los grandes logros profesionales y sociales que llevan al ser humano a sentirse autorrealizado o fracasado en diferente grado.

En la edad mediana tiene lugar un proceso de revalorización y balance de la propia vida y se replantea su sentido. La mayoría de las personas, en esta época, hacen una evaluación de su vida, en función de los objetivos, los logros y las experiencias. Se ponderan aciertos y errores y como resultado de todo ello, a veces empieza a configurarse la llamada *crisis de la edad mediana*.

También en esta etapa, el sujeto se enfrenta por primera vez con la problemática de la muerte y con la sensación de que el tiempo pasa muy rápido. Hasta aquí se siente la vida como eterna y se percibe la muerte como algo que ocurre a los demás.

El miedo a perder la capacidad sexual o el atractivo físico es una de las mayores preocupaciones con las que comienzan a enfrentarse muchas personas al llegar a los 40 años. Esos temores se expresan de manera distinta en los hombres y las mujeres, pero la experiencia de la ansiedad es común a ambos sexos.

En los hombres, la ansiedad causada por el temor a la falta de "rendimiento" se acrecienta con el temor a volverse impotentes, debido al desconocimiento de los cambios fisiológicos normales en el comportamiento sexual, cambios que se inician alrededor de los 40 años. Algunos buscan entonces compañeras sexuales más jóvenes con el objeto de avivar su pasión y otros logran, al menos en cierta medida, derivar la culpa de sus dificultades a la esposa.

La crisis de la edad mediana en la mujer no provoca tantas preocupaciones en cuanto a su capacidad sexual. Las mujeres sufren una presión menor en lo que se refiere al "rendimiento" sexual, pero están sometidas a una expectativa no menos despiadada, la idea de que han de conservar siempre su aspecto juvenil y su atractivo sexual. Envejecer significa una pérdida de la autoestima y una disminución del valor social.

Con la edad se producen en el hombre y en la mujer cambios significativos en los aspectos físicos y fisiológicos, pero normalmente, a no ser que haya enfermedades o efectos adversos de los medicamentos o las drogas, esos cambios no causan perturbaciones sexuales. Nos referiremos a estos cambios con detenimiento más adelante.

CLIMATERIO

En la mujer, este es un período particularmente significativo, ya que entre los 45 y 59 años se producen importantes cambios

neuroendocrinológicos que ocasionan un desequilibrio en sus procesos biológicos.

El climaterio es la etapa durante la cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Comienza alrededor de los 40 años, con la pérdida progresiva de la capacidad ovárica, que trae consigo una disminución en la producción de estrógeno, lo que a su vez conlleva otras consecuencias más o menos pronunciadas.

La menopausia se refiere específicamente a la última ovulación, confirmada por 12 meses de amenorrea. Puede sobrevenir entre los 35 y los 55 años, pero como promedio ocurre a los 50 años.

Se señala que durante el climaterio ocurren cambios inmediatos (síndrome climatérico) entre los que se encuentran, además de los síntomas neurovegetativos –sofocos, palpitaciones, etc.– y las alteraciones genitourinarias –sequedad vaginal y dispareunia en el coito, entre otras–, alteraciones en las esferas psicológica y sexual como son: depresión, ansiedad, irritabilidad, labilidad afectiva, insomnio y disminución de la libido. Se plantea que entre 75 y 80 % de las mujeres climatéricas experimentan uno o más de estos síntomas.

La forma en la que se aborda el climaterio varía de unos autores a otros. Mientras los endrocrinólogos y ginecólogos se han centrado en determinar cuáles síntomas pueden ser atribuidos al déficit estrogénico para delimitar si es necesaria la terapia de reemplazo hormonal (TRH), los especialistas de las ciencias sociales han mantenido el punto de vista de que los síntomas en esta etapa están más afectados por factores socioculturales y psicológicos como las expectativas del grupo a que pertenece la mujer, las actitudes, el nivel de escolaridad, la ocupación y el estado civil de las mujeres, la personalidad antes de la menopausia y la ocurrencia de eventos vitales significativos.

Numerosos estudios han corroborado que los factores culturales, por un lado, y las expectativas y actitudes de las mujeres hacia la menopausia por otro, desempeñan un papel importante en la determinación de la respuesta de la mujer a los cambios biológicos.

La presencia de síntomas asociados a la menopausia varía entre diferentes culturas. En muestras de mujeres norteamericanas y europeas se reportan una proporción de síntomas mayor que entre las mujeres asiáticas. En cuanto a las expectativas y actitudes, ha quedado demostrado que las actitudes negativas antes de la menopausia se relacionan con el subsecuente reporte de síntomas durante esta etapa.

En relación con los síntomas en la esfera psíquica y sexual del climaterio, pueden también estar, además de las preocupaciones propias de esta etapa, numerosos eventos vitales que pueden ocurrir a partir de la década de los 40, entre los que cabe señalar: la aparición de enfermedades importantes en ella misma, en su esposo o en familiares cercanos, muerte del esposo o de familiares cercanos, crisis de la mediana edad o jubilación del esposo, jubilación de ella misma, cuidado de los padres ancianos, abandono de los hijos del hogar –síndrome del nido vacío– o retorno de los hijos al hogar y arribar a la condición de abuela.

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Cuanto más tiempo vive la gente, más crece el interés por conocer lo que sucede con la sexualidad. La sexualidad en el viejo ha estado sujeta a gran cantidad de creencias erróneas y gran parte de los problemas inherentes a ella tienen su origen en la falta de información.

Si se tiene como premisa que el único fin de la sexualidad es la procreación, no tiene sentido que los viejos tengan actividad sexual, por lo que es vista entonces como indecente y de mal gusto, de manera que aquellos que manifiestan intereses sexuales son considerados como pervertidos o aberrados.

Se piensa que los viejos no tienen capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales. Muchas personas, particularmente jóvenes, siguen viendo la actividad sexual como una facultad que se va desgastando hasta perder todo interés en aquellos que han superado los 60 años. Se presume que el deseo sexual se desvanece siempre con la edad, que empieza a declinar alrededor de los 40, va disminuyendo después sin cesar y termina por desaparecer entre los 60 y 75 años.

La ignorancia, los prejuicios y los estereotipos sociales, que han ofrecido una imagen de la vejez como etapa asexuada de la vida, condicionaron en las sociedades occidentales una actitud en extremo negativa hacia la sexualidad de los viejos; sin embargo, cada vez parece más claro y aceptado que la función y la satisfacción sexuales son posibles y deseables para la mayoría de ellos y que el deseo, el placer y la capacidad sexual pueden durar toda la vida.

La actividad sexual en esta etapa depende de las características físicas, psicológicas y biográficas del individuo, de la existencia de una pareja y de sus características, así como del contexto sociocultural en que está inmerso.

La realidad es que el envejecimiento produce ciertos cambios en la fisiología sexual, pero comparados con otros campos propios de la edad, como el ajuste ocular o la capacidad vital, estos cambios son pequeños: la función sexual, vista desde el ángulo del acto sexual, no de la reproducción, se mantiene mucho mejor que otras funciones. Cuando cesa, ocurre por una variedad de razones, que van desde una falta de salud general hasta una libre opción. La sexualidad del anciano está sujeta a un gran número de agresiones, procedentes no solo del bando de la patología, sino también de la medicación y, de manera especial, de las presiones sociales.

La idea de la actividad sexual hasta el final de la vida es totalmente opuesta a las ideas preconcebidas de la familia –incluyendo los hijos–, del personal que atiende al anciano –médico y no médico– y puede ser contraria a las expectativas de los propios interesados que se sienten con frecuencia sorprendidos, e incluso un poco culpables, al ver que su funcionamiento sexual se mantiene.

CAMBIOS BIOFISIOLÓGICOS QUE CONDICIONAN LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Como hemos dicho, estos cambios se inician lentamente entre los 30 y 40 años, y se van haciendo más evidentes en la medida que el sujeto avanza en edad. A partir de los 65 años, las manifestaciones suelen ser bastante claras.

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES EN EL HOMBRE

En el varón, predominan los cambios en la fisiología sobre las modificaciones anatómicas.

La producción de esperma disminuye a partir de los 40 años, pero continúa hasta más allá de los 80 y los 90 años.

De forma similar, disminuye la producción de testosterona alrededor de los 55 años; pero tampoco en este caso se trata de un descenso brusco, sino progresivo. Esta disminución provoca en algunos varones –no más del 5 %– una serie de alteraciones que algunos autores llaman climaterio masculino.

La edad afecta de diversos modos la fisiología de la respuesta sexual del varón. La erección es más lenta y requiere más caricias y contactos en la estimulación directa sobre el pene. En conjunto, las erecciones son menos firmes. En esta etapa, muchos hombres encontrarán cada vez más útil la estimulación manual, ya sea personal o efectuada por la pareja, así como el uso de otros apoyos sensoriales y mentales, como el recurso de la fantasía, para provocar el "despertar" del pene y el mantenimiento de la erección. Los testículos se elevan menos y más lentamente.

La lubricación previa a la eyaculación –producida por las glándulas de Cowper– se reduce o desaparece por completo con la edad, pero esto no tiene casi influencias sobre la capacidad sexual.

Hay también una reducción en el volumen del líquido seminal, de lo que resulta una menor necesidad de eyacular. La eyaculación se retrasa como consecuencia de una disminución de la sensibilidad del mecanismo eyaculatorio, y se reduce la frecuencia de eyaculaciones precoces.

El orgasmo se hace más corto y las sensaciones orgásmicas son menos intensas. El período refractario –tiempo entre una eyaculación y la siguiente erección– se alarga, de forma que una vez desaparecida la erección pueden pasar días antes de obtener otra erección completa.

Se reduce la tensión muscular durante la excitación, pues con la edad suelen disminuir la masa y la fortaleza muscular, pero ninguno de los cambios mencionados interfieren en la experiencia del placer orgásmico extremo.

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES EN LA MUJER

La reducción en los niveles de estrógeno y progesterona y de la eficacia circulatoria producen una serie de cambios anatómicos y funcionales en la mujer de edad avanzada.

Disminuye el tamaño de la vagina, que también se estrecha y pierde elasticidad. Los senos disminuyen y pierden turgencia.

Los cambios fisiológicos que acompañan a la respuesta sexual disminuyen de forma ostensible. La excitación sexual no implica apenas un aumento del tamaño de las mamas, aunque estas mantienen su carácter de zona erógena privilegiada.

Se produce una menor vasocongestión de los órganos genitales. La lubricación vaginal se reduce y se produce más lentamente. Al igual que en el hombre, decrece la tensión muscular, sobre todo en el estadio de meseta, lo cual, como hemos dicho, se corresponde con la normal disminución del tamaño y fortaleza de los músculos, propias de la edad. Esto podría explicar, al menos en parte, la disminución en la intensidad del orgasmo y de la frecuencia de las contracciones.

Es significativo el hecho de que la respuesta clitórica, sin embargo, permanece prácticamente intacta. Los cambios que tienen lugar en la vagina –pérdida de la elasticidad y reducción de la lubricación– pueden hacer el coito doloroso si no se emplean cremas adecuadas.

CAMBIOS PSICOSOCIALES

Numerosos problemas en el área psíquica y ambiental dificultan el mantenimiento de una actividad sexual continuada en el anciano, entre los que caben destacar los siguientes:

- La errónea interpretación de los cambios que se producen en la fisiología de la respuesta sexual, por ignorancia o por haber asimilado un modelo de sexualidad juvenil, genital y coital, que lógicamente se percibe como deteriorado, produce una situación de ansiedad, la cual, a su vez, puede reducir aún más la actividad sexual. La inseguridad, el deseo de demostrar que nada ha cambiado –ansiedad de ejecución– son los peores enemigos de la sexualidad del varón, sobre todo del de edad avanzada.

- Muchas personas se niegan a cambiar sus costumbres y no aceptan otros métodos de actividad sexual como la estimulación oral o manual. De esta manera, se empobrecen y reducen más las posibles expectativas.
- El modelo de figura corporal atractiva dominante, basado en la juventud, la esbeltez, el vigor físico, la ausencia de grasa, etc., hace que la vejez sea sinónimo de fealdad, lo cual provoca en muchas personas mayores un rechazo al propio cuerpo y la idea de que no pueden atraer a los demás, por lo que se autolimitan en sus relaciones.

  Las mujeres suelen asumir mejor que los hombres los cambios que afectan a la esfera estrictamente sexual, pero aceptan peor, sin embargo, el proceso general de envejecimiento, en especial en cuanto a su imagen corporal, porque a las mujeres se les exige una figura corporal más juvenil.
- La disponibilidad de pareja y la capacidad de esta para mantener actividad sexual. Los viudos y los solteros, en estas edades, difícilmente pueden disponer de compañero sexual, aunque lo deseen. Dentro del matrimonio, además, no es infrecuente que uno de los miembros tenga algún tipo de dificultad relacionada con la salud, que limite las posibles conductas sexuales de la pareja.
- El haber tenido una historia sexual en la que las relaciones sexuales se iniciaran tarde y, sobre todo, se mantuvieran de forma irregular, con amplios intervalos sin actividad sexual, se relaciona estrechamente con la disminución de la capacidad sexual en la vejez. Aquellos, que a lo largo de sus vidas han tenido conductas sexuales regulares, son más capaces y activos sexualmente en la vejez.
- Las relaciones rutinarias, insatisfactorias o conflictivas, pueden también conspirar contra la capacidad sexual del viejo.
  - Algunas limitaciones afectan de forma particular a las mujeres, entre las que cabe destacar los dilemas emocionales y sexuales que se le plantean en torno a la posibilidad de quedarse sin pareja, posibilidad que se inicia en la madurez y se intensifica con cada año que pasa. En esta etapa no solo hay más mujeres que hombres, desproporción que va aumentando con la edad, sino que el número de mujeres sin pareja es superior al de los hombres en las mismas condiciones; esto está determinado por el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, unido a factores tales como los convencionalismos sociales respecto a la edad de los esposos, la moral sexual más rígida para con las mujeres y el hecho de estar más desvinculadas socialmente, lo que reduce las posibilidades para conocer nuevas personas y establecer nuevas relaciones.
  - Otras desventajas afectan más a los hombres viejos, como es el caso de la jubilación y el conjunto de cambios económicos y sociales que la acompañan. Para el varón supone, casi siempre, cambios más significativos que para la mujer, aun cuando esta trabaje fuera del hogar.

CAMBIOS PATOLÓGICOS

Además de los cambios asociados al envejecimiento en los aspectos anatómicos, funcionales y psicosociales, muchas enfermedades y fármacos pueden alterar la capacidad sexual. La diabetes de larga duración se acompaña de afectación vascular y neuropática, ambas relacionadas con la ingurgitación y erección del pene. Existen otras enfermedades que pueden interferir en una vida sexual normal como las enfermedades del tiroide, la desnutrición, la artrosis, y la artritis reumatoide, así como también la presencia de secuelas neurológicas.

La enfermedad coronaria produce con frecuencia la terminación de la sexualidad, sobre todo después de un infarto agudo de miocardio, debido a la existencia de mitos y miedos infundados. Por su parte, los fármacos psicotrópicos –antidepresivos, tricíclicos y "antiparkinsonianos"– disminuyen la capacidad de erección. Los antihipertensivos causan disminución de la libido, falta de erección y retraso en la eyaculación. El alcohol y los sedantes debilitan la erección y también retardan la eyaculación.

En esta etapa, la causa de origen psíquico más frecuente de disfunción sexual es la depresión, que debe siempre descartarse. Dentro de las disfunciones sexuales debemos señalar la impotencia, como un problema frecuente entre los varones ancianos; esta afecta al 25 % de ellos a los 65 años, al 55 % a los 75 años y hasta al 75 % a los 80 años. La causa vascular es la responsable de casi la mitad de los casos. En 25 % de los ancianos, la importencia puede ser secundaria a fármacos y alrededor del 10 %, a depresión.

La dispareunia de introducción –dolor en el coito– puede afectar al 30 % de las mujeres posmenopáusicas, debido al adelgazamiento y la sequedad de las paredes vaginales.

Además de los tratamientos específicos para cada caso, se ha sugerido que la masturbación puede ayudar a mantener la potencia en los varones de edad avanzada y la lubricación en las mujeres de la misma edad.

Las investigaciones más recientes llegan a la conclusión de que no existe límite de tiempo para la sexualidad femenina y que en el hombre en condiciones físicas y emocionales favorables, existe una capacidad para ejercer la sexualidad que puede a menudo realizarse hasta los ochenta años e incluso más allá.

Experiencias realizadas con ancianos, por largos períodos, proporcionan datos acerca de que muchas personas ancianas están todavía en disposición de tener relaciones sexuales placenteras. Las experiencias sexuales tienen, en general, efectos favorables en todos los aspectos del anciano, de manera que en circunstancias apropiadas deberán ser alentadas.

Las investigaciones también sugieren que la barrera más destructiva y restrictiva de la actividad sexual de los ancianos es la actitud social negativa ante la sexualidad en la última fase de la vida.

El médico tiene una posición privilegiada para ofrecer la educación sanitaria, de manera que se comprendan los cambios normales de la sexualidad con la edad, dar consejos que sirvan de apoyo y sugerir terapia química y/o psicológica cuando sean necesarias.

29. Disfunciones sexuales

Lourdes Flórez Madan

Para comprender qué se entiende por disfunciones sexuales, resulta importante haber comprendido las fases por las que atraviesa la respuesta sexual humana desde el punto de vista fisiológico. Hay que recordar que el ser humano actúa como un todo integrado y que ante estímulos sexuales reacciona de manera que involucra todo el organismo, e intervienen no solo los genitales, sino los sentimientos, los pensamientos y las experiencias de esa persona.

CICLOS O FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA (RSH)

Masters y *Johnson* (1966) fueron quienes introdujeron la idea de un ciclo o fases de la respuesta sexual humana, para lo que se basaron en extensas observaciones de laboratorio.

Este modelo facilita el estudio y la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen durante la actividad sexual. Estos estudios, realizados a aproximadamente 600 hombres y mujeres, se refieren a los cambios experimentados durante la masturbación y el coito, en individuos tanto heterosexual como homosexual, de 18 a 89 años de edad, de uno y otro sexos.

El esquema original de *Masters* y *Johnson* comprende las fases de *excitación, meseta, orgasmo* y *resolución*. La Dra. *Kaplan* con su grupo de investigadores modificó el esquema básico de *Masters* y *Johnson* y añadió la fase de deseo a las etapas propuestas por ellos.

- **Fase de deseo**. Los cambios más importantes de esta primera etapa pueden ubicarse en el cerebro, pues ello da lugar a modificaciones en el estado de ánimo de la persona, que empieza a interesarse por la actividad sexual y "a buscar" o estar "receptivo a" la experiencia sexual.
- **Fase de excitación**. La excitación es consecuencia de una estimulación sexual, que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. Tal y como lo han demostrado las diversas investigaciones, la respuesta sexual humana puede desencadenarse no solo mediante contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones. Esta fase se caracteriza, de forma general, por el inicio de sensaciones eróticas y por la consecución del estado eréctil en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer.
  Otros cambios genitales que tienen lugar en la mujer durante la fase de excitación son la expansión de los dos tercios internos de la cavidad vaginal, la elevación del cuello del útero y el cuerpo del útero, así como que se produce un alisamiento y elevación de los labios mayores. El clítoris aumenta de tamaño como resultado de la vasocongestión. La erección de los pezones también es característica de la fase de excitación sexual. En el varón, además de la erección del pene,– como resultado directo de cambios vasodilatadores en el tejido esponjoso del pene–, se observan cambios en la apariencia normal del escroto, que se alisa; los testículos se elevan parcialmente hacia el perineo y los conductos espermáticos se acortan. En algunos varones se observa la erección de los pezones durante esta fase.
- **Fase de meseta**. En la fase de excitación se produce un marcado aumento de la tensión sexual. En la fase de meseta se mantienen e intensifican estos altos niveles de excitación sexual, que disponen el terreno para el orgasmo. La duración de la fase de meseta varía en gran medida.
- **Fase de orgasmo**. Se producen contracciones musculares en ambos sexos que en esta etapa son involuntarias. La frecuencia cardíaca y respiratoria alcanza niveles elevados, así como el rubor sexual. La sensación orgásmica en una misma persona puede variar de intensidad según las circunstancias, y puede presentarse sin estimulación genital durante sueños y fantasías.
- **Fase de resolución**. Al finalizar el orgasmo se inician la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron desde la fase de deseo.

Si bien es necesario comprender y conocer qué ocurre en el organismo humano durante la respuesta sexual humana desde el punto de vista anatomofisiológico, no debemos perder de vista el lugar importantísimo de las relaciones sexuales interpersonales, de la comunicación, el respeto mutuo, el afecto, las emociones, los sentimientos y el amor. Debemos entender, además, que el buen funcionamiento sexual tiene mucho que ver con las emociones, los sentimientos, las fantasías, los temores, la autoestima, los sentimientos de respeto mutuo que permitan dar y recibir amor, caricias y placer.

Cuando aparece un fallo persistente en alguna o todas las fases –deseo, excitación, meseta, orgasmo– de la respuesta sexual y que cause molestia a la persona o a su pareja estamos hablando de una disfunción sexual.

Es importante aclarar que este fallo o trastorno debe ser persistente, pues cualquier persona en un momento determinado de su vida puede vivenciar un fallo ocasional, lo que se considera natural y de ninguna forma, una disfunsión sexual.

La mayoría de los estudiosos de la sexualidad humana coinciden en clasificar las disfunciones sexuales como primarias, secundarias, selectivas o generalizadas.

- **Primarias**. Se refieren a cuando la persona nunca ha logrado una respuesta sexual adecuada, lo que le impide disfrutar placenteramente la relación sexual.
- **Secundarias**. Cuando la persona sí ha logrado una respuesta sexual adecuada al menos una vez.
- **Selectivas**. Relativa a cuando las personas solo responden satisfactoriamente en determinadas circunstancias o fallan bajo determinadas situaciones.
- **Generalizadas**. Cuando no responde adecuadamente bajo ninguna circunstancia.

CAUSAS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Se recomienda emplear los términos predominantemente psicológicos y predominantemente orgánicos debido a que con independencia de donde pueda ubicarse la causa de la disfunción sexual, el ser humano reacciona como un todo. Es decir, que si la causa es orgánica repercutirá en la psiquis del individuo y viceversa.

Las causas orgánicas según *Masters, Johnson* y *Kolodny* se refieren a "cuando intervienen factores físicos o médicos, como una enfermedad, lesión o efectos de una droga o fármaco" y las psicosociales "cuando intervienen factores psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales", y pudiéramos agregar educacionales.

Para facilitar su estudio, se han clasificado las disfunciones en **genéricas** y **funcionales**.

DISFUNCIONES SEXUALES GENÉRICAS

Esta clasificación responde al sexo de quien la presenta y las características fundamentales en uno y otro sexos son las siguientes:

- Disfunciones sexuales femeninas:
  - Deseo sexual inhibido, disritmia y aversión.
  - Disfunción lubricativa.
  - Dispareunia.
  - Vaginismo.
- Disfunciones sexuales masculinas:
  - Deseo sexual inhibido.
  - Disritmia y aversión.
  - Disfunción eréctil.
  - Dispareunia.
  - Eyaculación precoz.
  - Eyaculación retardada.

DISFUNCIONES SEXUALES FUNCIONALES

Según la Dra. *A. Monroy*, basándose en la teoría trifásica de *H. Kaplan*, esta clasificación se basa en las alteraciones que pueden presentarse en cada una de las tres fases: deseo, excitación y orgasmo.

- **Fase de deseo.** En esta fase se puede dar una inhibición del deseo sexual, una disritmia en la pareja o una actitud de aversión hacia lo sexual.
  - **Deseo sexual inhibido**. Se presenta tanto en hombres como en mujeres. Consiste en una disminución o desaparición del deseo sexual. Su causa puede ser tanto orgánica como psicológica o sociocultural. Una enfermedad como la ingestión de determinados fármacos puede inhibir el deseo sexual, así como el temor a la relación sexual, la angustia, la depresión, la devaluación de la autoimagen y experiencias desagradables.
  - **Disritmia**. Se diagnostica en la pareja como unidad funcional, consiste en que un miembro –el hombre o la mujer– está inconforme en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales –por mayor o menor cantidad deseadas–. Su causa puede deberse a problemas en las relaciones de parejas, diferencias individuales y factores externos o psicológicos.
  - **Aversión sexual**. Puede ocurrir en hombres y en mujeres. Algunos autores consideran que consiste en una reacción fóbica que puede tener diversas manifestaciones. Este tipo de disfunción con frecuencia se relaciona con antecedentes traumáticos, como la violación o el incesto. Sus causas pueden ser psicológicas y socioculturales como rechazo a la propia sexualidad, sobrevaloración de la virginidad, actitudes familiares rígidas, negativas, etc.
- **Fase de excitación**. Entre los problemas de la excitación se pueden mencionar la disfunción lubricativa en la mujer y la disfunción eréctil en el hombre.
  - **Disfunción lubricativa**. Esta disfunción se presenta en la mujer y consiste en la dificultad para que se lubrique su vagina. Puede deberse a factores biológicos –hipertiroidismo

o carencia de estrógenos– o a factores psicológicos como la angustia, la ansiedad y otros, que impiden que la mujer se excite.

- **Disfunción eréctil**. Se presenta en el hombre y consiste en la incapacidad para obtener y/o mantener la erección adecuada del pene para lograr su introducción en la vagina. En este caso no existe una disfunción del deseo, sino una incapacidad de lograr la erección. La causa puede ser diversa, tanto orgánica como psicológica. Entre las causas orgánicas se pueden señalar la diabetes, la ingestión de fármacos, anomalías congénitas, etc. Entre las psicológicas pueden identificarse factores emocionales, temor al desempeño, factores ambientales, y socioculturales, falta de información adecuada, alteración de las relaciones interpersonales y de pareja. Esta disfunción puede presentarse en diversos grados y situaciones, y puede ser selectiva o generalizada.

- **Fase de orgasmo**. En esta fase puede presentarse la anorgasmia, la eyaculación precoz y la incompetencia eyaculatoria.
  - **Anorgasmia**. Dificultad para alcanzar el orgasmo.
  - **Anorgasmia primaria**. Mujeres que nunca han tenido un orgasmo.
  - **Anorgasmia secundaria**. Durante una época fueron orgásmicas y luego dejaron de serlo.
  - **Anorgasmia situacional**. Han tenido orgasmos en una o más situaciones, por ejemplo, cuando se masturban, pero no al ser estimuladas por sus parejas.

    Según los profesores *Masters* y *Johnson* (1977) la anorgasmia "guarda relación con factores orgánicos en menos del 5 % de los casos. La respuesta orgásmica femenina puede alterarse debido a casi todas las enfermedades crónicas graves. Entre las enfermedades y lesiones que bloquean el orgasmo se encuentran la diabetes, el alcoholismo, los trastornos neurológicos, los estados de carencia hormonal y los trastornos pélvicos (...)".

    Tienen gran peso los factores psicológicos y socioculturales, como una educación sexual rígida, desconocimiento de sus genitales, actitudes negativas hacia la sexualidad, etc.
  - **Eyaculación precoz**. Fallo de control de la eyaculación por parte del hombre. Debe ser persistente y molestar a la pareja y a quien lo presenta. El diagnóstico es difícil definirlo, pues no existe un consenso en cuanto al tiempo mínimo esperado entre la introducción y la eyaculación. Cuando el hombre eyacula antes o inmediatamente después de la penetración resulta más fácil de diagnosticar.
  - **Incompetencia eyaculatoria**. También se le llama eyaculación retardada, puede ser definida como una inhibición del reflejo eyaculatorio.

Otras condiciones que afectan el ciclo de la respuesta sexual humana son la dispareunia y el vaginismo; ambas pueden ubicarse entre la fase de excitación y la fase de orgasmo, de acuerdo con las características particulares que estas presenten en cada caso.

- **Vaginismo**. Es un síndrome en el cual la musculatura pélvica perineal y del tercio externo de la vagina se contraen espásticamente cuando la mujer anticipa la penetración vaginal. Esta contracción de la musculatura es involuntaria. Entre las causas del vaginismo se identifican generalmente factores psicológicos y se considera un temor a la penetración. La doctora *Kaplan*, la señala entre las fobias.
- **Dispareunia**. Consiste en sentir dolor durante el coito. Es una disfunción tanto femenina como masculina. Entre las causas orgánicas más frecuentes en el hombre encontramos la fimosis, la uretritis, la enfermedad del Peyronie, la estenosis uretral y la hipertrofia prostática. En la mujer encontramos varios tipos de dispareunia: la que se presenta durante la penetración profunda y la poscoital. Aunque las causas orgánicas son frecuentes, no se deben descartar los factores psicológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aveni, C: *Realidad actual de las relaciones afectivas y sexuales entre los ancianos y perspectivas de futuro.* En Afectividad y Sexualidad en la Ancianidad. Gerontología, I Societat 5, España.

Bervely Engel, MF (1995): *Raising your sexual self-esteem, A Fawrett* Columbine Book.

Brandt, A (1995): *Sexualidad.* En "Blumel, JE Menopausia. Orientaciones Diagnósticas y Terapéuticas, Santiago de Chile.

Butler, R y Lewis, M (1988): *Amor y sexualidad después de los 40,* Ed. Roca, México, DF.

Calvo, M: *Algunas características de la sexualidad y la sensualidad en la vejez.* En Afectividad y sexualidad en la ancianidad. Gerontología I, Societat 5, España.

Comfort, A: *La sexualidad y el envejecimiento.* En Afectividad y sexualidad en la ancianidad, Gerontología I, Societat 5, España.

Desprats-Reguignot, C (1994): *La psicopatología de la vida sexual,* Amorrortu ed. Buenos Aires.

Egremi, G (1994): *Sexualidad adolescente,* CONAPODIF, México.

Freud, S (1995): *Tres ensayos sobre teoría sexual,* El libro de bolsillo, Alianza Editorial, Madrid.

Gómez, P: *Sexualidad y afectividad en los ancianos.* En Afectividad y Sexualidad en la Ancianidad, Gerontología I, Societat 5, España.

Kaplan, HS (1978): *La nueva terapia sexual.* t. 1 y 2, El libro de bolsillo, Alianza Editorial, Madrid.

Kolodny, R; Masters, W y Johnson, V (1977). T*ratado de medicina sexual*, Ed. Revolucionaria. La Habana.

Lee, V. (1997): *Plenitud Sexual*, Grijalbo, México.

López, F y Fuertes, A (1994): *Para comprender la sexualidad*, Ed. Verbo Divino, 5ta. ed., España.

Master, W; Johnson, V y Kolodny, R(1987): *La sexualidad humana*. Ed. Revolucionaria, La Habana.

——— Johnson, V y Kolodny, R (1977): *La sexualidad humana*. Ed. Revolucionaria, La Habana.

Monroy, A (1985): *Salud, sexualidad y adolescencia*, Ed. Pax, México.

——— (1988): *Salud, Sexualidad y Adolescencia*, Ed. RAX- México, México, DF.

——— (1994): *La sexualidad humana En Antología de la Sexualidad Humana* CONAPO, Grupo editorial "Miguel A. Purrua", México.

Rodríguez, G y Aguilar, J (1992): *Sexualidad de la gente joven*, Fundación Mexicana para Planificación Familiar, México.

Rotmistrovsky, G y Gvozdenovich, E (1996): *Sexualidad en las distintas etapas de la vida*. En Memorias del VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

PARTE VII. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

30. La comunicación en la práctica médica

Radamé Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riva

La comunicación es una forma de relación interpersonal en el proceso de actividad humana. Comprende el intercambio de información sobre la realidad; es parte inseparable del ser social y medio de formación y funcionamiento de la conciencia individual y social. Implica la organización de la interacción de las personas, la transmisión de experiencias, así como la aparición y satisfacción de necesidades espirituales. En forma simplificada, es la transmisión de información entre dos personas o más sobre el medio que les rodea, o sobre ellos mismos. La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada con la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas.

El médico atiende seres humanos para mantener, incrementar, restablecer o mejorar su salud y elevar, en última instancia, la calidad de la vida de ese ser humano: su bienestar físico, biológico, psíquico y social. No puede, por lo tanto, actuar con un alto nivel cientificotécnico que ignore el objetivo fundamental de su actividad, la esencia de esa persona: su personalidad.

En la base de la atención a la salud, se encuentra la interacción humana entre un paciente, una familia o una comunidad y su médico como representante del equipo de salud. Esta interacción humana es la base de la llamada dimensión interpersonal de la atención médica. En este capítulo expondremos los componentes esenciales de esa dimensión interpersonal de la atención médica, y analizar sus relaciones principales con la calidad del proceso de atención médica y la satisfacción de la población con los servicios de salud recibidos.

Aunque los contenidos de este capítulo son válidos para la práctica médica en general, su desarrollo se orienta a demostrar que el dominio de estos contenidos es requisito imprescindible para lograr un desempeño exitoso en la práctica de la medicina familiar.

Para el logro de resultados óptimos en esta dimensión de la atención médica es indispensable que el profesional de la salud esté capacitado en el uso efectivo de la intervención sociopsicológica como un método fundamental para el desarrollo de su práctica médica en la contemporaneidad.

Este método cobra especial importancia en la medicina familiar, puesto que su utilización constituye una de las principales armas diagnóstica y terapéutica de la práctica médica familiar y, al propio tiempo, es idóneo en el desarrollo de las acciones de promoción de salud y de prevención de las enfermedades en el marco de una práctica médica que reconoce al ser humano en su integridad biopsicosocial.

Para que la intervención sociopsicológica se logre a plenitud y se incremente por esta vía la calidad de la atención médica y la pertinencia de sus acciones, es imprescindible que los recursos humanos en salud posean excelentes habilidades comunicativas.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente que ha sido estudiada de modo sistemático y formal.

Se puede afirmar que fue *Sigmund Freud* el primero en analizar directamente la relación psicológica que se desarrolla entre médico y paciente. En los conceptos que estableciera sobre la *transferencia* y la *contratransferencia, Freud* (1948) analizó un importante componente de la relación médico-paciente (RMP): el vínculo afectivo que se establece entre ambos. Con el concepto de resistencia señaló las dificultades en la comunicación del paciente con el médico. Sin embargo, todo ello queda matizado por su orientación pansexualista, mecanicista y biologicista (*Bustamante*, 1967).

Dado su carácter de relación social, la RMP lleva la impronta del contexto social en que se desarrolle y esto no puede soslayarse en modo alguno al emprenderse su estudio; ello cobra mayor vigencia si se trata de generalizar en teorías, esquemas o modelos el quehacer diario de la profesión. Es decir, la "legitimidad" de un enfoque "universal" de este problema, no es válida.

La diversidad de factores que intervienen en esta interacción ha propiciado que surjan múltiples interpretaciones, enfoques

teóricos y modelos tendientes a expresar su dinámica interna y externa. Seleccionaremos algunos que sobresalen, bien por su primicia, su originalidad o su divulgación, y expondremos los principios fundamentales vinculados más directamente con la interacción personal en la RMP, acotando algunas observaciones al respecto.

MODELOS TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Parsons (1951), reconocido como uno de los pioneros en el enfoque sociológico en medicina, creó una teoría tendente a armonizar elementos de la RMP con el sistema social que le tocó vivir. Así estableció lo que consideraba las características del médico ideal en lo relativo a su conducta. Estas eran la siguientes:

- **Especificidad funcional.** Significa que el médico debe ceñirse en la práctica a los aspectos médicos del paciente, y no sobrepasar estos límites.
- **Universalismo.** Enfatiza con ello que el médico debe desempeñar su función y guiarse solo por intereses científicos. Por ello, el médico debe tratar a sus pacientes sin tener en cuenta de la repercusión que las características de estos como clase social, raza, edad, sexo, apariencia física, nacionalidad, etc. puedan ejercer sobre él como ser humano.
- **Neutralidad afectiva.** Significa que, ante el paciente, el médico debe mostrarse distante desde el punto de vista emocional, y no debe traslucir sus emociones libremente, ni establecer un grado alto de empatía, pues ello –según *Parsons*– entorpecería la objetividad científica de la ayuda terapéutica que brinda.
- **Orientación colectiva.** Los intereses personales del médico son secundarios ante los intereses de los pacientes, por lo que este debe anteponer el bienestar del paciente a su solvencia económica.

Asimismo, *Parsons* considera que tanto el médico como el paciente poseen las mismas metas y expectativas en la relación, por lo que ello es un factor que contribuye a la confianza de los pacientes en los médicos. Esta confianza se establece debido, según su teoría, a la asimetría en la relación comunicativa, es decir, al desbalance entre el médico bien informado y poseedor de la ciencia, y el paciente ignorante que no tiene otra opción que confiar ciegamente en el médico, como puente entre su tormentosa ignorancia y el conocimiento médico de su enfermedad. Inscrito en la escuela funcionalista, *Parsons* no pretendió en modo alguno contradecir el orden socioeconómico imperante.

Cabe señalar que la especificidad funcional descrita es insostenible cuando se conoce cómo el estado de salud de la población –y por ende, el estado de salud individual– están influidos por múltiples factores no siempre relacionados de forma directa con elementos puramente biológicos de la enfermedad.

El universalismo es un concepto utópico bajo las condiciones de los países subdesarrollados e incluso de algunos desarrollados, bajo las leyes del mercantilismo. La solvencia económica se convierte en tamiz que diferencia el tipo y calidad de atención médica que se debe recibir.

En relación con la **neutralidad afectiva**, *Winter* (1973) señala que si bien es cierto que el médico no puede dar rienda suelta a sus emociones en beneficio del propio paciente, y que debe, por tanto, mostrar una disciplina emocional, ello no quiere decir que no exista afectividad entre médico y paciente. La conducta médica fría, inexpresiva, tipo "jugador de póker", lleva al paciente a considerarse como un objeto, y atenta contra su valoración positiva de la relación. *Ben-Sira* (1980,1985) comprobó que los pacientes se guían para la satisfacción más por los elementos de comunicación afectiva que por los puramente técnicos.

Friedson (1960), a diferencia de *Parsons* que veía la relación centrada en el médico y de modo armónico, enfoca esta hacia el paciente, y plantea la existencia en ella de un **conflicto entre los interlocutores**. La fuente de este conflicto está dada entre el deseo que tiene el paciente de que el médico, a través de la comunicación interpersonal, le exprese y demuestre interés en él por un lado; y el tratamiento de que es objeto, como parte de un negocio comercial, que le brinda el médico, por el otro. Varios elementos que en su opinión estimulan este conflicto son la diferencia de experiencias o conocimientos, el flujo de información comunicativa y la diferencia de clases sociales entre ambos.

La diferencia entre los conocimientos, anteriormente señalada por *Parsons*, contribuye para *Friedson* a establecer un conflicto, pues ambos juzgan la interrelación de modo distinto: para el médico, es un "caso típico de...", es decir, una rutina, y para el paciente es su "excepcional problema", lo cual por demás es frecuentemente sinónimo de gasto de dinero y aprensión. La diferencia entre estas expectativas crea el conflicto.

Asimismo, postula que el incremento del uso de medios técnicos modernos por parte del médico hace que cada vez al paciente le sea más difícil participar en el conocimiento de su enfermedad, por lo que al no poder evaluar la experiencia técnica del médico basa su juicio en el interés que este le muestra y en la tecnología que utiliza el médico fundamentalmente.

Friedson, por otro lado, señala que el médico retiene información para consolidar su control y atención sobre el paciente, lo cual critica. También afirma que las clases sociales más bajas tienen cierta tendencia a ser más pasivas ante el médico y sus orientaciones que las clases más pudientes.

Este autor ve la solución o mitigación de estos conflictos en la estabilidad temporal de la relación entre ambos, lo que permitirá al médico entender mejor las expectativas del paciente.

Szasz et al. (1956), más que teoría, proponen una suerte de descripción dinámica y pragmática de los intercambios que se producen en la relación. Según su clasificación existen tres tipos de RMP:

- **Activo-pasiva.** En esta relación es el médico quien desempeña un papel activo, y aplica sobre el paciente, incapacitado de responder, sus habilidades técnicas. No entran, por tanto, en interrelación sus personalidades.
- **Cooperación guiada.** Parte de la base de la confianza y obediencia del paciente a las orientaciones del médico, por lo que este procura dirigir el comportamiento del primero que en este caso, aunque enfermo agudamente, presenta plena capacidad intelectual.
- **Participación mutua.** Típica de las enfermedades crónicas; en este modelo el médico orienta al paciente de forma general para que sea él quien, de modo guiado y sin la necesidad de la presencia del primero, lleve a cabo acciones de salud que contribuyan a mejorar o impedir el avance de su enfermedad. Se puede observar en distintas fases de una misma enfermedad la presencia de los tres modelos, y en un mismo paciente, en distintas afecciones que pueda presentar. Ha sido ampliamente divulgada esta concepción de la RMP, sin considerar otros aspectos de esta más que los puramente técnicos.

Para *Mechanic* (1978), la interacción de expectativas entre médico y paciente constituye un punto central de la relación, en la que el primero debe mostrar igual interés tanto por los aspectos físicos como por los socioemotivos del paciente.

Le concede importancia especial al flujo comunicativo, y parte del concepto que el paciente necesita y que debe además brindarla al médico. En su opinión, a mayor información que se brinde al paciente, mayor grado de satisfacción será obtenida por parte de este.

Según *Mechanic* (1978), el médico debe decidir si el paciente padece realmente alguna enfermedad o "lo que presenta es un problema emocional". En este último caso, el médico debe tener en consideración el factor económico del costo de sus servicios. Piensa que si una tercera parte, externa a esta relación, asumiera los gastos de asistencia, entonces el médico estaría en mejor disposición de proveer su atención al paciente.

Señala, por último, que la compatibilidad entre médico y paciente es otro factor de gran importancia en el éxito de la RMP. Entiende por ello la similitud de valores culturales y sociales, de personalidades y de sistema de referencia.

Veatch (1972), basado en su concepción de valores éticos, describe cuatro modelos conceptuales de relación entre el médico y el paciente. En el primero de ellos, el *modelo ingenieril*, el médico se ve a sí mismo como un científico "puro", preocupado solo por "hechos", y, por tanto, libre de consideraciones y valores morales en su interacción con los pacientes.

El no estar involucrado en esta esfera da una imagen de "libertad" en la que imperan las decisiones "puramente técnicas". Pero un médico debe tomar decisiones y estas necesariamente implican valoraciones ético-morales. La importancia jerárquica de las soluciones que el médico brinde estará obviamente en consonancia con su propia escala de valores.

El segundo modelo que identifica el autor, el *sacerdotal*, convierte la relación en un vínculo semirreligioso, en la que el paciente reconoce al médico no solo como un experto desde el punto de vista técnico, sino como una autoridad en la toma de decisiones que tienen un fuerte componente moral. Por la gran ascendencia que posee en este caso el médico sobre el paciente, el primero prácticamente anula la participación del segundo en cuanto a su elección y decisión.

Un tercer modelo, *camaraderil*, convierte a médico y paciente en compañeros con el fin común de eliminar la enfermedad y preservar la salud; en este se da una mayor participación al paciente en las decisiones.

Para *Veatch*, aunque este modelo preserva los valores de confianza, seguridad, digninidad y respeto tan convenientes en una relación, es una posibilidad irreal a la luz de la habitual diferencia de clases, los prejuicios raciales y sexuales, y los valores de ello derivados que imperan en la sociedad norteamericana en que se desenvuelve, como otros estudios han demostrado (*Levy,* 1985; *Rhee*, 1979).

Veatch prefiere un cuarto modelo, el *contractual*, el cual refleja de un modo mejor los derechos de que disponga cada parte y hasta donde llegan sus límites. Según él, aquí se verían superadas las insuficiencias del modelo ingenieril y sacerdotal, en cuanto a la falta de participación de los valores éticos del médico y del paciente. Por su carácter idealista no hace referencia al modelo camaraderil.

Este enfoque se aviene con la necesidad actual de la práctica médica en algunos países –principalmente la privada– de disponer de algún reglamento de común acuerdo que la proteja de las constantes reclamaciones judiciales de los clientes, verdadera epidemia que en busca de reembolsos económicos jugosos, son materia prima para la prensa sensacionalista.

En líneas generales debe señalarse que, a pesar de las diferencias, hay rasgos que caracterizan las distintas teorías y enfoques:

Todas están orientadas hacia la enfermedad y su curación, y no hacia la salud y la prevención, lo cual es explicable en el contexto social en el que se desarrollan. No obstante, *Kushner* (1981) ha alertado que aun en las condiciones de la práctica profesional en los EE.UU., cerca del 80 % de los pacientes pesquisados en un estudio de la atención médica ambulatoria a nivel nacional, acudió a su médico por problemas de naturaleza psicosocial, de autolimitación ante enfermedades de carácter banal o buscando acciones preventivas o de protección específica –estas, por supuesto, en menor medida, el 10 %.

En estos enfoques la atención está dirigida estrictamente a la relación entre dos personas, y aunque ello es lógico, no debe obviarse la crucial importancia de la participación del personal paramédico, la familia, las instituciones y la comunidad.

Por último, estos estudios están caracterizados por un enfoque ahistórico y aislado del contexto de las relaciones sociales.

APORTE DE LOS MODELOS TEÓRICOS EN LA COMUNICACIÓN HUMANA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No obstante las diferencias de enfoques, interpretaciones y soluciones planteadas a los problemas, estas teorías han aportado un cuerpo de conocimientos que trae a primer plano el decisivo rol de la comunicación humana en la RMP.

En primer lugar, el análisis de la interacción entre los participantes de la relación. Mientras *Parsons* centra su teoría en los puntos de vista del médico, *Friedson* lo hace en los de los pacientes. *Szasz, Knoff* y *Hollander, Veatch,* y, en medida cualitativamente superior, *Mechanic*, tienen en cuenta la comunidad de intereses y su interacción. En particular, *Mechanic* pone acento en las expectativas mutuas de médico y paciente, y lo decisivo de la resultante en la confrontación de ambas.

En segundo lugar, el flujo comunicativo (información y afecto). La "asimetría" en el flujo informativo a favor del médico –lo que *Parsons* considera adecuado para la RMP– constituye para *Friedson* la fuente de un fuerte conflicto.

Por su parte, para *Szasz et al.*, el flujo comunicativo está enmarcado en el esquemático enfoque del tipo de relación descrita por ellos. Prácticamente aplican un esquema parsoniano en la cooperación guiada y abogan por un mayor flujo en la participación mutua.

Al parecer, para *Veatch,* que tiene muy en cuenta el manejo de la información por parte del médico, los elementos contractuales –léase burocrático-transaccionales– regirán la medida de ese flujo en su modelo ideal. *Mechanic* parte de la premisa de que el paciente debe tanto dar como recibir información. Si el médico brinda información al paciente, ello cumplirá las expectativas de este último, y será fuente de su satisfacción.

La comunicación afectiva entre el médico y el paciente en su relación aparece reflejada en los distintos modelos o enfoques desde los que defienden por su destierro, los que ignoran su papel (*Szasz et al.*) y los que como *Mechanic* consideran su alto valor, pues el paciente juzga al médico que se muestra cordial y afectuoso como interesado por él como persona; y ello se convierte en un punto de referencia principal para sentirse satisfecho en la relación y valorar como adecuada la competencia técnico-profesional del galeno.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN

El concepto *calidad de la atención médica* puede parecer, en un primer nivel de análisis, muy claro para todos. En la práctica social todas las personas –independientemente de su nivel cultural– han interiorizado un grupo de experiencias que desarrollaron en ellos expectativas personales de lo que significa calidad en la atención médica. Por supuesto, el grado de desarrollo de esas expectativas –que se convierten en patrones de referencia para evaluar la asistencia médica– difiere sustancialmente entre los distintos individuos y grupos humanos.

En el momento en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y las condiciones reales que se manifiestan en la prestación del servicio de atención médica, se obtendrá un mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida.

La definición de la calidad de la atención médica ha sido abordada por múltiples investigadores *(Donabedian,* 1976, 1990; *Malterud,* 1987; *Sheeseer,* 1986) y cada uno ha hecho énfasis en determinadas aristas del problema. Luego, existen varias definiciones de la calidad o diversas variantes de una definición, y cada definición o variante es legítima en un determinado contexto; pero consideramos válido utilizar como concepto unificador de la calidad de la atención médica, el que se fundamenta en la armonía de las características de los servicios brindados a la población con el sistema de normas valorativas y expectativas que existen en un momento histórico concreto y en una sociedad dada.

En el concepto *calidad de la atención médica (Donabedian,* 1989) podemos diferenciar de modo muy general dos dimensiones principales: el componente técnico de la atención y el determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.

La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente con un mínimo de riesgos.

En la dimensión interpersonal se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

Algunos autores han denominado a la dimensión técnica "componente científico de la atención", mientras que a la dimensión interpersonal la han llamado "arte de la medicina".

Tanto la dimensión técnica como la interpersonal tienen fundamentos científicos, y debe ser un objetivo de todo profesional que base su ejercicio en una filosofía humanista profundizar permanentemente en la base científica del componente tecnológico médico, así como en los elementos –cada vez mejor conocidos científicamente– que determinan la calidad del componente interpersonal.

Es evidente que la práctica de una medicina que diera un papel preponderante a la dimensión interpersonal y relegase el profesionalismo técnico sería una falacia. Por desgracia, no es tan evidente que la sobreestimación de los elementos eminentemente técnicos en detrimento de la dimensión interpersonal puede acarrear problemas igualmente serios en los resultados de la práctica médica.

En la medida en que se profundice en la investigación de los factores que determinan el desarrollo de la dimensión interpersonal de la atención médica, y se aplique el conocimiento adquirido en la práctica médica y en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud, la frontera entre la denominada dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la atención médica se irán borrando; y podremos hablar entonces de una atención médica a la que le es inherente un alto nivel científico y técnico integral, pues el profesional de la salud estará cada vez más capacitado para actuar científicamente al acercarse a la dimensión humana de sus pacientes.

La tecnificación actual de la práctica médica con el enfoque biologicista que le es consustancial, así como las perspectivas de ultratecnificación inevitable e indispensable, nos obligan a mantener una perpetua vigilancia contra las amenazas que se ciernen sobre la RMP contemporánea. Estas se caracterizan por dos polos opuestos: el peligro de la "deshumanización de la práctica médica" ante la invasión instrumental y el diametralmente contrario y no menos nocivo "neohipocratismo" que preconiza el abandono total de la tecnificación en aras de una RMP de excelencia en el marco de las corrientes de la "antimedicina".

Existe una tercera dimensión de la calidad de la atención médica que aunque no desempeña, a nuestro juicio, un papel tan decisivo como las dos anteriores, incide notablemente en la satisfacción del paciente. Nos referimos a las comodidades y facilidades de que disfrute el paciente en el proceso de atención médica, que influyen de manera decisiva en su estado anímico y en la confianza que este sentirá por el sistema de atención médica en general, lo que facilitará al médico la tarea de establecer una mejor relación interpersonal.

DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN

La valoración que hace cada individuo del grado en que se satisface su necesidad de salud en cada momento está influida, en primer lugar, por su propia experiencia como usuario del sistema de salud, y esta experiencia valora sobre todo la calidad de la relación que se establece con el médico, como paciente o como familiar de paciente.

Esta relación puede tener como marco el hospital, el policlínico, la casa, e incluso la calle o la cuadra, en el nuevo tipo de relación que se establece entre el médico de familia y su comunidad. Pero no se limita la experiencia de cada ciudadano sobre el sistema de salud a su valoración de la relación con el médico; incluye sus criterios sobre la relación establecida con enfermeras, técnicos, personal auxiliar, estudiantes de medicina, y con las instituciones de salud en general; asimismo, engloba la información que sobre estas cuestiones recibe, sea a través de los medios de difusión masiva, por publicaciones especializadas, o por las informaciones que obtiene en sus múltiples relaciones interpersonales.

La satisfacción del paciente analizada en su integralidad cumple varias funciones:

- **Social.** Para el ciudadano cubano la salud pública es una institución priorizada, responsabilizada con el mantenimiento, conservación y mejoramiento de su salud; y sus experiencias en estas instituciones influyen decisivamente en su opinión sobre el sistema social.
- **Profiláctica y dinamizadora de las conductas generadoras de salud.** El ciudadano que tiene experiencias positivas de la salud pública y alto nivel de satisfacción con la atención médica mantiene una actitud activa en cuanto a la solicitud de ayuda médica y a la transformación de su modo de vida, en aras de incrementar su salud.
- **Terapéutica.** Un paciente satisfecho con la atención de salud presenta un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones del médico y se muestra muy cooperativo, dado lo cual traduce la existencia de una real confianza en el criterio y actividad del profesional. Como ya hemos expresado, el paciente tiende a enjuiciar la competencia técnica del médico por el grado de apoyo sociopsicológico y emocional que recibe de él. Por esta razón, el médico que se gana la confianza de su paciente está engendrando una respuesta socioemotiva en el mismo, que beneficia por muy variadas vías el resultado de la atención médica. Esta relación se ha comprobado empíricamente en varias investigaciones internacionales.

La satisfacción del paciente representa la evaluación que él hace acerca de la calidad de la atención, y está determinada por la percepción que haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención médica de buena calidad. Es de vital importancia como una medida de la calidad de la atención, pues proporciona información sobre el éxito del sistema de salud en alcanzar las expectativas del paciente; y su medición es un instrumento de extremo valor para la investigación y dirección del sistema.

Sin embargo, la satisfacción del paciente tiene también limitaciones como medida de la calidad, pues es común que tengan un conocimiento incompleto de las bases cientificotécnicas de la atención médica, por lo que sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos los pacientes esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionara. Estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad

de la atención. Por ejemplo, si el paciente está insatisfecho porque sus irrazonablemente altas expectativas sobre la eficacia de la ciencia médica no se han cumplido, es evidente que el profesional falló en la educación de su paciente y no supo transformar esas expectativas en función de sus necesidades reales de salud.

Generalmente, el paciente no puede valorar con justeza si el aspecto técnico científico funcionó de manera adecuada en la atención médica recibida; él no sabe si una intervención quirúrgica o un examen complementario se realizó con la calidad requerida o si el diagnóstico es acertado o no; pero él sí sabe qué tipo de asistencia recibió, qué grado de calor humano sintió en la relación que estableció con el médico y el resto del personal del equipo de salud. Él sabe si fue tratado como una persona o no.

De modo general, el criterio que se forma el paciente de la competencia técnica de la asistencia recibida está correlacionada de forma positiva con el grado de satisfacción general que este sienta en la relación interpersonal establecida con el médico y el equipo de salud.

Las expectativas de los pacientes pueden agruparse en cuatro amplias categorías relacionadas a continuación:

- Los aspectos referidos al proceso de interacción personal que se establece entre el equipo médico y el paciente, la familia o la comunidad.
- Los aspectos referidos a los valores morales del profesional de la salud que se manifiestan en el cumplimiento de la ética médica y la ética general de la sociedad.
- Los aspectos referidos a la percepción que tengan los pacientes acerca de la competencia técnica del médico y su equipo.
- Las condiciones de los lugares en que se brinda la atención, así como el grado de accesibilidad a la misma.

Teniendo en cuenta los aspectos analizados en el presente capítulo, solo nos referiremos a las dos primeras categorías.

INTERACCIÓN PERSONAL ENTRE EL EQUIPO MÉDICO Y EL PACIENTE, LA FAMILIA O LA COMUNIDAD

Las expectativas referidas a la interacción personal que se establece en la práctica médica ha sido estudiada por diversos autores *(Ben-Sira*, 1985; *Di Matteo,* 1982; *Steinert*, 1987). Como principales factores dentro de esta categoría, se encuentran los relacionados con el proceso de comunicación informativa y los correspondientes a la calidad de la comunicación afectiva.

PROCESO DE COMUNICACIÓN INFORMATIVA

La comunicación que se establece entre el paciente, por una parte, y el médico u otro trabajador de la salud por otra, en el marco de los servicios médicos no es espontánea; está predeterminada por los respectivos papeles que asumen ambos interlocutores en esa singular relación. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso de comunicación, en su relación con el hombre, objeto de su trabajo, dado que su preparación técnica debe capacitarlo para esta tarea primordial.

Varios factores hacen de la comunicación plena con la población que tiene a su cargo el médico, una verdadera necesidad para el desarrollo exitoso de la atención de salud. Entre ellos cabe destacar los cambios en el cuadro de la morbilidad en el país, con un predominio creciente de las enfermedades cronicodegenerativas; la orientación esencialmente preventiva de la salud pública; el aumento de la población en la tercera edad; todo lo cual enfatiza la necesidad de una participación más activa de la población en las acciones de salud y, por tanto, de la más efectiva comunicación con ella, y en especial, de la información sobre los problemas de salud que se deben evitar o resolver.

La comunicación con el paciente adquiere no solo un valor en el orden social, sino además un importante valor terapéutico. La esencia del quehacer médico se resume en la satisfacción de las necesidades de salud del hombre. Nadie puede ser feliz en la ignorancia y mucho menos si se trata de lo que acontece con su propia salud.

El paciente solo estará satisfecho cuando conozca todo cuanto desee sobre su salud o su enfermedad. Nadie como el médico tiene la posibilidad de acercarse a lo más íntimo y sensible del ser humano. Tiene el privilegio de la confianza que el paciente deposita en él y la recompensa mayor de quien se dedica a las ciencias del hombre: el propio hombre disfrutando de sus posibilidades plenas.

Diversos autores han estudiado a profundidad el papel de la comunicación informativa en la satisfacción del paciente (*Ben-Sira,* 1980; *Black*, 1994; *Di Matteo,* 1980, 1986; *Short, D,* 1994; *Waitzkin, H,* 1990). Expondremos algunas de las conclusiones más importantes a las cuales se ha arribado:

El volumen de la información brindada por el médico incrementa la calidad de la RMP. En la medida en que sea mayor la cantidad de información que se brinda, a un ritmo que permita su recepción adecuada por el paciente, existirá una participación activa de este en su propia atención y mayor satisfacción derivada de la relación.

La jerga médica usada indiscriminadamente no solo crea una dificultad para que el paciente decodifique de manera adecuada el mensaje verbal y lo interprete mal, sino que puede crear, además, inhibiciones y rechazo ante lo que interpretaría como petulancia por parte del médico y puede generar, por lo tanto, insatisfacción.

No existe un esquema general para la información a los pacientes. La adecuación de la misma a las características individuales del paciente es indispensable para engendrar satisfacción. La experiencia de varios estudios muestra que los pacientes más jóvenes, de mayor nivel de escolaridad y del sexo femenino, tienen una tendencia más elevada a exigir información sobre su situación de salud.

Un problema actual de la práctica médica que está por resolver es el incumplimiento por parte de los pacientes de las indicaciones médicas. La falta de cooperación y la insatisfacción es elevada cuando el médico solo recopila información del paciente e ignora la necesidad de este de recibir información. En cuanto al papel de la comunicación en el resultado del tratamiento médico, hay múltiples evidencias de que la calidad de la relación interpersonal y, en particular, una adecuada comunicación, influyen decisivamente en el éxito o fracaso del tratamiento médico.

El análisis de la repercusión del entorno en la calidad de la comunicación ha evidenciado que el ruido, la falta de privacidad, las condiciones físicas e higiénicas deficientes en el lugar de consulta, son factores que entorpecen la comunicación y generan gran insatisfacción en los pacientes.

CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN AFECTIVA

La esfera afectiva, sentimental o emocional de la personalidad es aquella integrada por el conjunto de sentimientos y emociones que continuamente se suscitan en el permanente flujo de comunicación consustancial a las relaciones sociales. Esta esfera de la personalidad existe por el hecho de que todos los elementos del ambiente con que el individuo interactúa, tienen determinada significación para la satisfacción de sus necesidades: la facilitan o la dificultan, la posibilitan o la impiden.

Es indudable la importancia que tiene para cualquier persona todo lo relacionado con su salud o la de sus familiares. Luego, la relación que establezca con el personal que preservará o devolverá su salud, de manera inobjetable, movilizará con intensidad sus emociones, y estas intervendrán poderosamente en esa relación humana. La dimensión eminentemente afectiva de la RMP y su repercusión en la satisfacción con la atención médica, han sido objeto de diversas investigaciones (*Ben-Sira,* 1985; *Black,* 1994; *Borroto R,* 1986; *Di Matteo,* 1980; *Hays R, y Di Matteo,* 1987; *Korsch,* 1994; *Rawlinson,* 1986; *Steinert* y *Rosemberg,* 1987).

La satisfacción con la atención médica, el cumplimiento de las indicaciones, y el resultado del tratamiento, están íntimamente vinculados con la capacidad del médico para satisfacer las necesidades emocionales del paciente. La capacidad del médico para establecer empatía con el paciente depende, en gran medida, de sus habilidades de comunicación, y sobre todo, de la decodificación y codificación de mensajes afectivos a través del lenguaje extraverbal y verbal.

La calidad de la relación afectiva entre médico y paciente puede influir sobre el resultado de tratamientos que en apariencia dependen solo de factores técnicos. Existe evidencia de que la respuesta del paciente al médico puede ser tan efectiva como la respuesta al medicamento; el paciente recibe beneficio (o daño) no solo con el medicamento, sino con la conducta afectiva del médico hacia él.

La habilidad del médico para comunicar cariño e interés a los pacientes a través de los canales verbales y no verbales es un aditivo especial a la capacidad técnica en la prestación efectiva de la atención médica, ya que la comunicación de afectividad refuerza la percepción satisfactoria de los pacientes acerca de la competencia técnica del médico.

Por tanto, la sensibilidad emocional y la expresividad no verbal del médico parecen estar muy vinculadas a la satisfacción del paciente con el tratamiento médico.

La preocupación que el médico muestre por los aspectos personales, familiares y sociales de su paciente es percibida de modo general como una manifestación afectiva de especial significación por los pacientes; y contribuye, por lo tanto, a engendrar satisfacción con la atención médica.

Las cuestiones consideradas tradicionalmente como problemas personales, incluso los más íntimos como aquellos relativos a la esfera sexual, los problemas familiares, y el mundo más complejo de la inserción del individuo en la sociedad –trabajo, estudio, participación activa en la construcción de la sociedad, amistades, etc.– inciden en la salud de cada individuo de forma peculiar, y deben ser explorados con profundidad por el médico.

A esto se añade que el interés por estas cuestiones contribuye a mejorar la percepción por el paciente del interés que sobre él como persona tiene el médico, y, por otra parte, el propio hecho de conversar sobre estas cuestiones, a veces muy íntimas, favorece la liquidación de barreras en la relación del médico con el paciente e incrementa la empatía.

En Cuba, cada vez más, la población –y especialmente la más joven– tiene entre sus expectativas del rol del médico que este indague sobre estas cuestiones, incluso sobre aquellas que ellos consideran que no están vinculadas a su problema de salud.

Todos los aspectos de la comunicación afectiva con los pacientes que hemos estado analizando se hacen más importantes en la atención primaria. La índole *sui generis* de la RMP en este nivel de atención, que involucra a la familia y a la comunidad en su totalidad, y el género de los problemas de salud que se deben atender, elevan el rol del vínculo emocional con los pacientes para la solución de dichos problemas: la prevención –en la que es fundamental la educación para la salud–, el tratamiento de las enfermedades cronicodegenerativas –con la gran necesidad de apoyo afectivo que implican– y la atención de los trastornos funcionales, en que la relación emocional es decisiva para su curación o alivio, debido al fuerte componente psíquico en sus causas y síntomas.

La satisfacción de las necesidades afectivas debe propender hacia el establecimiento de una RMP camaraderil, de mutuo respeto, en la que el paciente no se sienta a merced del médico, y en la que se reconozca al médico como el miembro de la sociedad encargado del cuidado de la salud del pueblo.

VALORES MORALES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

El cumplimiento de los valores éticos de la sociedad en general y de los principios de la ética médica es otra de las expectativas determinantes para el logro de un alto grado de satisfacción referida a la atención médica. Varios autores han evidenciado que los pacientes requieren confiar y apreciar la integridad moral de sus médicos (*Borroto y Reinoso*, 1986,1991; *Stacey, M,* 1985; *Veatch,* 1972).

Este hecho cobra una trascendencia especial en la peculiar relación que se establece entre el médico de familia y su población, pues este convive con la comunidad que atiende y, por esa razón, debe ser un exponente cabal de las normas y valores morales en su vida en general.

En Cuba, se han hecho estudios sobre la RMP también en el campo de la psiquiatría válidos para su aplicación en toda la práctica médica (*Bustamante,* 1967; *Fernández Sacasas*, 1984; *González, R,* 1980). Sin embargo, no se han realizado de forma sistemática investigaciones sobre los factores que inciden en la RMP, sobre la repercusión de su calidad en la satisfacción de la población con los servicios de salud, así como tampoco en la formación de habilidades a este respecto en el personal de salud, aspectos todos sumamente importantes en la dirección de la salud pública.

En el ámbito internacional se ha venido incrementando este tipo de investigaciones en la segunda mitad del siglo. En ellas se enfatiza la trascendencia de la satisfacción con la atención médica como indicador de su éxito, así como los determinantes socioeconómicos y poblacionales de dicha satisfacción: edad, sexo, raza, escolaridad, ocupación, escala de valores socioculturales, etc. (*Balint* 1964; *Di Matteo et al.*, 1982; *Donabedian*, 1984; *Mainetti*, 1989). No obstante, la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del médico con su paciente no puede estar condicionada por las comodidades o facilidades del medioambiente.

Casi todas las críticas que hacen los pacientes a la atención médica están dirigidas a la calidad de las relaciones interpersonales, es decir, a la dimensión sociopsicológica del ejercicio médico. Valorar profundamente esta crítica se torna decisivo, ya que la satisfacción de las necesidades sociales fundamentales tienen, para la realización plena del hombre, el mismo valor que las biológicas (*Harych,* 1990).

31. Entrevista médica

Radamé Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riva

La entrevista médica es el escenario principal para el desarrollo del proceso comunicativo en la práctica médica, a la vez que constituye una herramienta en sí misma para el logro de un adecuado flujo comunicativo entre médico y paciente.

Todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para desarrollar una entrevista efectiva, pero, en particular, los médicos de familia dada la calidad especial de su accionar médico, que tiene a la intervención sociopsicológica como una de sus principales armas diagnósticas, terapéuticas y generadoras de salud, están compulsados a poseer una depurada técnica para la realización de la entrevista médica (EM); y, a la vez desarrollar al máximo sus capacidades perceptuales, para obtener la información necesaria en el tiempo que dispone para la atención de un paciente dado y poder entonces ejecutar las acciones de salud que correspondan.

En el presente capítulo se expone un conjunto de información relacionada con la EM como técnica de comunicación y como estrategia de intervención médica, con el fin de contribuir a generar conocimientos en esta área que puedan servir de base para el desarrollo de habilidades comunicativas útiles a toda la comunidad médica, pero con importancia especial en el desempeño del médico de familia.

Los principales elementos que conforman el proceso de la entrevista (cuadro I 3) se refieren fundamentalmente a las características de una entrevista dirigida a la búsqueda de información. En el área de la práctica médica ocurre con mucha frecuencia que la entrevista tiene como objetivo todo lo contrario: brindar información. Tal es el caso de toda situación en que se quiera modificar actitudes y conductas; por lo que de hecho en todas las entrevistas que se efectúan en el marco de la atención a la salud existe una influencia recíproca: se combinan ambas acciones, tanto el entrevistador como el entrevistado generan comunicación en las áreas de la información y de la afectividad.

La EM es compleja, pues a disposición del médico se encuentra una gran cantidad de información –consciente e inconsciente–, y que impactan al entrevistador en forma simultánea. Durante una entrevista médica ningún médico puede enterarse de todos los datos disponibles, pero puede aprender a reconocer más. Los datos, como tales, no tienen un significado específico y pueden obtenerse a partir de un cuestionario escrito. Para ser realmente útiles, deben ser ubicados en un contexto y ello

Cuadro 13. *Principales elementos que conforman el proceso de entrevista*

Comunicador. La persona que indica y dirige la entrevista (entrevistador). Explica el propósito de su actuación, brinda reglas de conducta, hace preguntas o aplica un cuestionario
Comunicante. La persona o grupo interrogado (entrevistado). Su actuación depende del entrevistador. Va a estar en función de la dirección del proceso que realice el entrevistador
Mensaje o comunicado. Las informaciones surgidas en el diálogo de preguntas y respuestas (informe de la entrevista). Consta de preguntas y las respuestas dadas a estas, así como de todo el conjunto de informaciones (verbales y no verbales) que se producen en el proceso comunicativo
Campo de comunicación. Situación en la que se efectúa la entrevista. Estas condiciones pueden ser muy diferentes e influyen de manera considerable en la calidad del diálogo

solo se logra en la entrevista. Por ejemplo, conocer que un paciente tiene valores de 140-100 mmHg de presión arterial puede tener poco significado si no se conoce que este mismo paciente "se está sintiendo mejor" y que unos días antes, previos al tratamiento que se le impuso, su presión arterial era de 180-130 mmHg.

A diferencia de los cuestionarios estructurados escritos, la EM brinda una oportunidad única para aclarar y contextualizar lo que el paciente quiere decir con sus respuestas. En muchas ocasiones la aplicación de un cuestionario escrito se convierte en que el que responde trata de adivinar lo que se le está preguntando y el que lo revisa posteriormente intenta adivinar lo que se ha respondido. En una entrevista eficiente, confiable y exitosa, ambas partes se aclaran mutuamente, de modo tal que se precisa lo que ha sido preguntado y lo que se ha querido decir con las respuestas (cuadro 14).

Cuadro 14. *¿Qué hacer en una entrevista médica?*

Escuchar y preguntar
Ayude a que el entrevistado se sienta libre para contar su problema, emplee actitudes positivas y escuche activamente

Observar y examinar
Examine al paciente teniendo en cuenta la información que ha brindado, indique siempre qué está realizando y el por qué

Identificar el problema
Elabore una lista de problemas a partir de la información obtenida en las acciones anteriores

Decidir el camino que debe tomar
Precise cuáles son las acciones que debe seguir, y tenga en cuenta que siempre debe explicar al paciente qué, cómo y por qué se hará

Evaluar las acciones
Analice conjuntamente con el paciente los resultados. A partir de esta evaluación puede concluirse que la situación planteada se ha resuelto (fin del problema) o que todavía no se ha logrado su solución (retornar a los puntos precedentes)

La práctica médica necesita incrementar la confiabilidad de la información obtenida en la EM, con el fin de evitar procedimientos diagnósticos costosos e innecesarios; o iniciar, antes de haber obtenido información precisa, un tratamiento erróneo e incidir cada vez más en la transformación de estilos de vida y conductas no generadoras de salud.

La confiabilidad de una entrevista puede definirse como el inverso del número de planteamientos no aclarados hechos por los dos participantes, y como directamente proporcional al nivel de claridad alcanzado durante la entrevista.

Un indicador que permite valorar el nivel de efectividad de una EM se obtiene cuando se analiza la relación entre el tiempo que está hablando el médico y el que emplea el paciente. En la medida que el médico habla más tiempo que el paciente, disminuye la efectividad de la EM.

PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

En general se acepta (*Froelich*, 1990) que el intercambio entre un médico y su paciente puede considerarse como un proceso de solución de problemas constituido por varios pasos, cuyo número puede variar en dependencia de los elementos que contenga cada uno y la definición que se les dé. Al mismo tiempo, el médico debe evitar en la RMP las siguientes conductas:

- Amenazar al paciente.
- Atacarlo.
- Juzgarlo o criticarlo.
- Bromear o ser sarcástico con él.
- Darle órdenes.
- Ser paternalista.
- Eludir la situación.
- Compadecerlo.

Un elemento que hay que tener en cuenta y que influye en el desarrollo de la EM son las motivaciones, tanto del paciente como del médico. Por su parte, el paciente en la visita está expresando la voluntad de plantear un problema de salud, pero ocasionalmente puede asistir por otras razones, tales como ser exonerado del trabajo u obtener un certificado de incapacidad. La sesión puede ser frustrante si su propósito no está claro tanto para el paciente como para el médico.

El médico, por otro lado, expresa su voluntad de solucionar los problemas del paciente. Pero además puede tener otras razones, como obtener una remuneración económica o satisfacer un determinado requerimiento vinculado a su formación o curiosidad científica. Si una de estas otras razones prevalece, la sesión puede ser muy frustrante para el paciente.

Existen varios aspectos que se deben tener en cuenta en una EM:

- Apreciación inicial.
- Motivo o problema de consulta.

- Recolección de datos.
- Análisis de la información y precisión de la demanda de atención médica.
- Toma de decisiones y alternativas de tratamiento.
- Ejecución de las acciones y su evaluación.

APRECIACIÓN INICIAL

En los primeros instantes de la entrevista, el analizador visual domina el escenario, y de esta primera impresión que tienen tanto el médico como el paciente, depende en muchos casos el éxito o fracaso de la EM.

Para el paciente la calidez o frialdad de la decoración de la habitación, el grado de iluminación, la privacidad, la tranquilidad y comodidad son primeras impresiones importantes. Se ha señalado que la falta de privacidad y confidencialidad constituyen barreras en el acceso de los adolescentes a los servicios de salud (*Purcell*, 1997). A continuación, el paciente juzga la postura, vestimenta, distancia física, sexo, edad y forma del cuerpo del médico. El tono, volumen y expresión de la voz del médico son valorados por el paciente y comparados con los prejuicios originados por experiencias previas. A partir de este contexto es que el paciente comienza entonces a analizar lo que el médico realmente dice. Es decir, el "quién, cómo y cuándo dice" tiene un papel tan importante como lo "que se dice" por el médico.

De forma similar, el médico juzga la forma del cuerpo, postura, sexo, edad, vestimenta, gestos y lenguaje del paciente. Rápidamente el médico percibe al paciente como un ser humano y lo tipifica de acuerdo con su escala de valores socioculturales, aun antes de conocer a profundidad la esencia del problema de salud.

Basado en sus experiencias, el médico también incluye al paciente en determinado estereotipo antes de que una palabra sea pronunciada. Con un paciente nuevo, es mejor para el médico estar callado al menos durante 5 ó 10 s para permitir que este proceso de apreciación tenga lugar.

MOTIVO O PROBLEMA DE LA CONSULTA

La forma en que comienza la entrevista tiende a variar en dependencia del entorno y estilo de trabajo del médico. En ocasiones, antes de entrar a la consulta una enfermera o secretaria obtiene un conjunto de datos descriptivos del paciente, tales como su nombre, dirección, edad, otros miembros de la familia, etc. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, es aconsejable que sea el propio médico quien haga estas preguntas, ya que de esta forma se comienza la entrevista con un tópico que no constituye una amenaza para el paciente. Pero además, al obtener estos datos, el médico ya está reuniendo información sobre la memoria del paciente y su orientación.

Una vez que se obtienen estos datos, el próximo elemento es preguntar al paciente qué lo ha llevado a la consulta. Es frecuente que el empleado encargado de tomar los datos generales del paciente ya lo haya indagado. De todas formas, para conocer la razón real de su visita resulta muy útil emplear una pregunta abierta y no una pregunta de tipo específico. Por ejemplo: "¿Qué problema es el que lo ha hecho venir?" resulta mucho más conveniente: "dice la enfermera que le duele la espalda, ¿qué me puede decir sobre eso?"

Desde luego, al utilizar las preguntas de tipo abierto se debe permitir al paciente concluir su exposición, sin interrumpirle, lo que frecuentemente no se hace. Así, *Meuleman y Harward* (1992) reportaron que al analizar la primera parte de 48 entrevistas, en 44 % de los casos no se permitió al paciente concluir su declaración inicial. Se pudiera aducir que en muchos casos el médico se siente presionado por el tiempo disponible; sin embargo, *Ridsdale et al.* (1992), en un estudio en el que analizaron la forma en que los médicos variaban la utilización de sus técnicas de entrevista de acuerdo con el tiempo disponible, concluyeron que una entrevista más prolongada era una condición necesaria pero no suficiente para promover un mayor empleo de las técnicas de comunicación que los médicos usan con menos frecuencia.

Una vez que se ha definido el motivo de consulta, el médico y el paciente deben estar de acuerdo conque ambos están deseosos de compartir información, de explorar el problema y de hacer todo lo necesario por comprenderlo.

Cuando el paciente duda en responder o manifiesta sentirse incómodo es importante entonces definir de forma verbal cuáles serán "las reglas del juego. Por ejemplo: "Parece usted un poco indeciso a responder mis preguntas. ¿Está usted dispuesto a compartir información conmigo acerca de este problema?" "Semejante pregunta ayudará a exponer lo que se espera y se quiere hacer. Si la respuesta es "No", la próxima pregunta podría ser: "¿Qué está usted dispuesto a hacer?" En muchas ocasiones el tipo de relación es establecido y aprobado decisivamente por el impacto de la comunicación extraverbal por sobre la comunicación verbal.

El tipo de relación es establecido por el estilo y personalidad del médico; pero él debe aprender a adaptar y modificar su acercamiento al paciente para satisfacer mejor sus necesidades. En este orden de ideas es conveniente que se insista en que el médico debe estar muy atento al nivel cultural de su entrevistado y emplear un lenguaje que le sea asequible.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Una vez concluido el paso precedente y que se ha comprendido y aclarado el motivo de consulta, debe estimularse al paciente para que manifieste toda la información. Diversas situaciones pueden presentarse. Por ejemplo, las características de las preguntas relativas a un problema agudo relativamente simple

puede limitarse a varias preguntas específicas, tales como: "¿Dónde se produjo la caída?" o "¿Cómo se produjo la herida?"

En el caso de entrevistas en las que se evalúa una condición más compleja o crónica se pueden considerar varias etapas. En una primera, se obtiene una información global sobre los síntomas actuales, medicamentos que ha consumido, hábitos de vida, preocupaciones generales y acerca de cómo reacciona el paciente desde el punto de vista conductual y emocional a los síntomas.

El desarrollo exitoso de esta etapa se ha descrito de la forma siguiente: abrir un tópico con preguntas abiertas, seguidas de facilidades, reflexiones, respuestas empáticas y silencios, con el fin de conocer la mayor cantidad de información del paciente sin interferencias ni sugerencias por parte del médico (*Enlow*, 1972). Ulteriormente se facilitan las respuestas del paciente por medio de preguntas directas, preguntas de sí o no y se efectúan resúmenes para clarificar la información. Se cierra entonces el tópico y, por medio de un puente conector, se comienza uno nuevo. Estos ciclos se repiten hasta que la totalidad de los tópicos han sido cubiertos.

Cuando se ha logrado definir la situación actual, deben analizarse los orígenes de la misma. El médico necesita una detallada descripción de los síntomas, cómo se iniciaron y cómo progresaron hasta ese momento. Uno de los errores que se encuentra con mayor frecuencia es que el médico trata de averiguar el origen de la alteración antes de conocer detalladamente la situación actual, lo que puede provocar que no perciba con exactitud hacia donde focalizar la atención.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PRECISIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA

A continuación los datos deben ser analizados para darle una significación a los síntomas, signos y datos asociados. A partir de este proceso se debe llegar a un diagnóstico tentativo, lo que constituye otra importante capacidad que debe desarrollar el médico a punto de partida de sus conocimientos y experiencias, así como sus habilidades para sintetizar numerosos datos.

Este diagnóstico incluye la obtención de las motivaciones reales del paciente para solicitar ayuda y la precisión de sus expectativas sobre esta atención. En esta etapa cada vez más, el médico de familia, se enfrenta a motivaciones y expectativas que se orientan a la promoción de la salud o a la dimensión preventiva de la enfermedad.

TOMA DE DECISIONES Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Finalizado el paso precedente, deben entonces considerarse las alternativas de tratamiento y/o de realización de pruebas diagnósticas –para confirmar la presunción clínica.

El médico hace sugerencias sobre las distintas alternativas y explica los posibles resultados, efectos colaterales e implicaciones posibles. La decisión de la conducta debe ser un proceso conjunto entre el médico y el paciente.

EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES Y SU EVALUACIÓN

Las diferentes alternativas –terapéutica, diagnóstica y promotora de salud– se instituyen, y los resultados son evaluados en conjunto por el médico y el paciente. Si la decisión implicó una terapéutica determinada y esta solucionó el problema, solo queda hacer sugerencias sobre cómo evitar una situación similar en el futuro. Si la decisión tomada era de tipo diagnóstico o el tratamiento no fue exitoso, debe entonces regresarse a los pasos precedentes y recomenzar la obtención de nuevos datos.

Si las acciones definidas tienen una orientación eminentemente promotora de salud, que involucra la transformación de estilos de vida y conductas no saludables, es decisivo asegurarse de que el paciente ha comprendido en su totalidad las orientaciones; y se debe precisar cómo médico y paciente, de conjunto, van a evaluar los resultados obtenidos en próximos encuentros.

ALGUNOS REQUISITOS Y HABILIDADES BÁSICAS PARA ENTREVISTAR CON EFECTIVIDAD

El médico de familia competente en cuanto a habilidades comunicativas puede dedicar 10 min a un paciente y este percibir que le fueron dedicados 20. Esta situación es mucho más deseable a que el médico dedique 20 min, pero deje al paciente sintiendo que su médico estaba apurado y que él estuvo abusando de su precioso tiempo cada minuto de la visita.

Aunque como ya se ha expresado, el proceso de la EM es muy complejo y múltiples factores de muy diversa calidad intervienen en él, es posible identificar algunos requisitos principales que incrementan su efectividad y calidad.

DEBERES DEL MÉDICO

El médico debe:

- Ser capaz de generar empatía en todo su accionar durante la EM y el desarrollo de la RMP en general. Para generar empatía el médico debe garantizar *calidad de la comunicación afectiva* y su armonía con la comunicación eminentemente informativa. Por la importancia crucial de este requisito su análisis se realizará en un epígrafe particular.

- Garantizar el *flujo adecuado de comunicación informativa* necesaria para satisfacer las expectativas del paciente y contribuir a solucionar su problema de salud. La calidad de la información brindada verbalmente ha de ser armónica con la información afectiva que el médico transmita por la vía no verbal.
- Mostrar *aceptación* a su paciente y admitirlo tal como es, sin reprocharle sus conductas ni planteamientos y mostrarle el respeto que merece como ser humano.
- Respetar la *confidencialidad*, lo que constituye un principio ético cardinal que se debe cumplir en la EM. El paciente tiene que estar seguro de que toda información brindada por él será mantenida en estricto secreto. El médico de familia debe apreciar ese vínculo íntimo y evitar cualquier amenaza de su disolución.
- Mostrar que es capaz de brindar *atención de alta calidad* al paciente y evidenciar un interés genuino por sus problemas, así como mostrar de que dispone de la competencia técnica necesaria para satisfacer la necesidad de salud de su paciente. La atención de calidad al paciente se resume en ofrecer la mejor atención posible desde el punto de vista tecnicoprofesional, con la mayor calidez humana.
- *Situarse en el contexto sociocultural del paciente* y proceder en consecuencia, utilizar un lenguaje acorde con el nivel cultural del paciente y tratar de captar las expectativas reales que este tenga sobre su solicitud de atención médica.
- *Autoevaluarse* permanentemente con elevado sentido autocrítico, y, en particular, debe reflexionar sobre sus desaciertos, hayan sido percibidos por su paciente o no. Las habilidades comunicativas se entrenan y perfeccionan en la práctica concreta, por lo que se requiere para su desarrollo de estudio, práctica y evaluación en una espiral continua.

Aun cuando son múltiples las habilidades comunicativas que deben dominarse para realizar una entrevista médica eficiente y en el desarrollo del capítulo se enuncian muchas de ellas merecen destacarse en particular las siguientes:

- **Escuchar activamente**. El proceso de comunicación es bidireccional y en la EM debe estimularse que el paciente hable. Por ello, escuchar de forma activa, es tanto o más importante que hablar.
- **Utilizar el silencio adecuadamente**. En ocasiones, el paciente detiene su exposición. En tales casos, no debe apresurársele o interrumpírsele, ya que ello puede romper un nexo que se ha venido estableciendo y cuya recuperación en ocasiones se hace difícil.
- **Aclarar**. El médico puede formular una pregunta después que el paciente ha expuesto su problema. Ello permite verificar que lo que se le ha escuchado es lo que realmente ha dicho.
- **Parafrasear**. Se entiende como la repetición, en las propias palabras del médico, de lo expuesto por el paciente. Este breve replanteo de lo que el paciente ha dicho le da a ambos, entrevistador y paciente, la posibilidad de corregir errores o malas interpretaciones. Demuestra el interés del médico por la historia del paciente y su esfuerzo por recopilar fielmente los hechos. El médico puede replantear lo que el paciente ha dicho y enfatizar los puntos importantes para asegurar un claro entendimiento. Este proceso asegura que ambas partes estén usando las mismas definiciones y minimiza las suposiciones inapropiadas. "Déjeme ver si le he entendido correctamente" o "¿Estoy entendiendo esto correctamente?" son buenas formas de introducir un parafraseo.
- **Reflejar**. En contraste con los dos puntos anteriores, que se refieren al contenido del mensaje que ha emitido el paciente, con esta técnica se repite el mensaje del paciente, al tratar de interpretar sus sentimientos acerca del contenido. Con ello se logra evidenciar al paciente que se ha captado la esencia de la comunicación informativa y afectiva generada por él.
- **Efectuar preguntas de final abierto**. Probablemente el más valioso elemento aislado promotor de la comunicación verbal, es el uso de preguntas de final abierto en el inicio de una entrevista: "Cuénteme más al respecto" constituye un buen ejemplo de pregunta de final abierto. Las preguntas cerradas generan respuestas específicas y raramente algo más, pero no permiten retratar al paciente como un ser humano, que es lo que necesita el médico de familia. El médico quizás necesite usar esta técnica en ocasiones, como cuando está lidiando con el paciente verborreico y vago que rehusa "ir al grano" o cuando se busca información específica.
- **No mostrar señales que desalienten la comunicación**. Aun cuando parezca responder afirmativamente y facilitar la conversación, una persona puede de hecho "apagar" al que está hablando si a menudo comenta "sí" de una forma que transmite desinterés o impaciencia. Todos han experimentado a la persona que dice "sí" antes de que la oración sea terminada o el punto de vista ilustrado. Los pacientes pueden ser avasallados y reducidos al silencio de forma similar. El médico también debe mantener su lenguaje no verbal bajo control consciente y evitar las señales de expresiones afectivas tales como aburrimiento, indecisión, insatisfacción, disgusto, premura o actitud defensiva entre otras, que puedan generar una respuesta negativa del paciente. Tales señales, cuando son reconocidas incluso inconscientemente por el paciente, sirven de barrera al establecimiento de la comunicación.
- **Concluir la historia**. Es un esfuerzo por evitar dejar huecos en la historia o permitir que las preocupaciones del paciente no hayan sido expresadas. Para eso es conveniente concluir cada entrevista realizando preguntas tales como: "¿Hay algo más que le inquiete y no hayamos discutido?". Asimismo es conveniente no suponer que el paciente ha entendido to-

das las indicaciones y prescripciones médicas y pedirle que nos repita lo que le hemos orientado, para valorar la medida de su comprensión. Los médicos no habituados a esta práctica, al iniciarla, se sorprenden del bajo nivel de entendimiento que muestran sus pacientes al intentar repetir lo que para él han sido indicaciones expresadas muy claramente. La comprensión no total por el paciente de las indicaciones, prescripciones o consejos médicos, es la principal causa del grave problema de incumplimiento que afecta la atención médica contemporánea.

EMPATÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

En la base de la atención a la salud se encuentra la interacción humana entre un paciente y un médico. El éxito de esta relación depende en gran medida de que el clima en que ella se desarrolle posea cualidades de aceptación, respeto y confianza. El médico, como profesional responsable del éxito de la relación, debe ser capaz de mostrar que comprende cómo se siente el paciente y qué significado tiene estar en su lugar. Debe ser capaz de transmitir el valor moral de que siente una real solidaridad humana por su paciente y que se identifica con él. A esta cualidad de la interacción se le ha llamado *rapport*, **afinidad**, **empatía** o también **armonía comunicativa en la dimensión informativa y afectiva**.

Para generar empatía, el médico tiene que poseer la capacidad de participar de los sentimientos del paciente, y colocarse a sí mismo en el rol del paciente como vía para comprender los procesos afectivos que se producen en este en el marco de la atención médica. Esto no implica que el médico deba necesariamente compartir los sentimientos del paciente (simpatía).

Aunque en la práctica médica se producen distintos niveles de relación empática, que en algunos casos pueden llegar a generar alto grado de identificación entre médico y paciente, el médico no debe involucrarse emocionalmente, de forma profunda, con el objetivo de mantener la ecuanimidad y objetividad profesional. Es obvio que la "neutralidad emocional" del médico defendida por algunos autores anglosajones no es válida en el ámbito sociocultural latino.

Los elementos básicos de la empatía se encuentran presentes en todas las actividades médicas, estén involucrados niños, adultos, ancianos, una familia o los miembros del equipo de salud. Al existir empatía en una entrevista, los pacientes comparten sus pensamientos íntimos, que ordinariamente no suelen ser revelados ni a los amigos más cercanos. Se facilita la cooperación del paciente durante el examen físico, y lo ayuda en momentos de incomodidad o vergüenza y promueve por parte del paciente la aprobación y cumplimiento de las indicaciones –tratamiento u orientaciones promotoras de salud.

Oliver Wendel Holmes dijo que el médico, para ser efectivo, debe "hablar suavemente, estar bien vestido, tener modales calmados y ojos que no divaguen". Una buena primera impresión es una gran ayuda en el establecimiento de la armonía comunicativa. Aproxímese al paciente de forma segura, confidencial, y muestre una apariencia personal que sea aceptable, pero recuerde que la franqueza empática y la honestidad son los factores más importantes para generar confiabilidad.

Una sonrisa auténtica puede ayudar a establecer rápidamente una atmósfera amistosa y desarrollar una cálida relación interpersonal. La postura es también importante para transmitir una imagen de confiabilidad y competencia. Pararse erguido, moverse con viveza con la cabeza elevada y el vientre recogido, es mejor que andar desgarbadamente. Las personas enérgicas casi nunca se desploman, se sientan derechos y dan la impresión de estar alertas. El descuido o la apariencia aletargada son interpretados como falta de preocupación.

Antes de ponerse en contacto con el paciente, revise sus datos y familiarícese con su nombre y correcta pronunciación. Si se trata de un paciente al que ha visto anteriormente, revise también los aspectos particulares de la visita anterior que deben ser recordados y comentados sobre la marcha. El paciente sentirá que el médico está realmente interesado en su caso. Cortesías adicionales, tales como abrir la puerta, en especial si el paciente es un anciano o una mujer, muestran una consideración que ayuda a establecer y mantener la empatía.

El mayor impedimento para establecer empatía con el paciente es una actitud de indiferencia o falta de interés por parte del médico. El paciente debe sentir que también sus comentarios están siendo escuchados, cuidadosamente considerados y tomados en serio. Debe sentir que el médico valora sus comentarios y opiniones antes de que esté dispuesto a confiarle información de una naturaleza más personal.

Un médico debe mostrar su respeto por los pacientes, y aceptar el respeto de estos por él. Debe existir un concepto de autorrespeto antes de que uno pueda respetar a otros.

Cuando uno está seguro de sí y satisfecho consigo mismo, es entonces capaz de relacionarse con cordialidad y compasión hacia otra persona. Igualmente si tiene una imagen positiva de sí mismo está también dispuesto a reconocer y admitir los límites de su competencia, y se siente cómodo buscando ayuda de un colega cuando dicha consulta es de valor para el cuidado del paciente.

Muchos médicos sienten que es necesaria una imagen de omnipotencia a semejanza de dios para mantener el respeto y la confianza del paciente. Usualmente es una falta de autoconfianza lo que provoca que el médico se esconda tras esta imagen protectora y paternalista que, en cambio, limita su capacidad para ayudar.

El vínculo de respeto mutuo es realzado si el médico hace declaraciones positivas sobre otros colegas. Los pacientes no respetan a un médico que sea un detractor regular, que hace declaraciones negativas acerca de otras personas u otros médicos. Cualquier comentario que pueda ser interpretado como

"elevarse a uno mismo hundiendo a otro cualquiera", por lo general logra lo contrario.

COMUNICACIÓN Y EMPATÍA

Incluso el médico más competente tendrá una efectividad limitada si es incapaz de desarrollar empatía con los pacientes. La base de la empatía es el desarrollo de las habilidades de comunicación en la práctica médica que garanticen una adecuada comunicación de información y una calidad de la comunicación afectiva óptima que permita al médico demostrar un sincero interés por el paciente. Esta es la principal vía (*Di Matteo,* 1980 y 1986) de que dispone el médico para engendrar en el paciente confianza en su desempeño tecnicoprofesional.

En los capítulos 30 y 33 se ha fundamentado la importancia de la comunicación para la práctica médica en general y, en particular, para la medicina familiar, y como se apreció, la calidad y armonía de la comunicación verbal y no verbal en la práctica médica son decisivas en la generación de una relación empática, lo que ha sido tratado por diversos autores (*Ben-Sira*, 1976, 1985; *Borroto*, 1991; *Di Matteo,* 1980; *Korsh*, 1994). Ahora se analizarán en mayor detalle algunos de sus principales elementos, y se vincularán a su importancia para el logro de un alto grado de empatía.

COMUNICACIÓN VERBAL

Gran parte del proceso comunicativo en la EM se centra en el intercambio verbal. Los síntomas, la historia médica anterior y la familiar, así como los datos sociopsicológicos son transmitidos primariamente por la palabra. Algunos aspectos de la comunicación verbal desempeñan un importante papel en establecer y mantener la empatía.

Algunas omisiones –por ejemplo, una persona casada que nunca menciona al cónyuge– pueden significar áreas problemáticas; las cuales, cuando son exploradas, ayudan a que se considere al médico como una persona receptiva que entiende lo que yace bajo la superficie. Se debe considerar constantemente: "¿Por qué el paciente me está diciendo esto?"

Incluso, señalamientos simples en apariencia casuales, pueden ser la forma del paciente de llamar la atención sobre tópicos de gran preocupación. Por ejemplo, el paciente que dice, "Ah, de paso, un amigo mío ha estado teniendo algunos dolores de cabeza y se marea cuando se levanta de la cama, ¿cree usted que eso sea un problema serio?" puede estar hablando de una preocupación suya que es incapaz de enfrentar directamente. O un niño puede ser traído a la consulta por un problema trivial con el objetivo de que la madre pueda tener una posibilidad de discutir con el médico algo que la está preocupando a ella. En este caso, el niño es una "tarjeta de visita" que señala la necesidad de abrir el canal de comunicación.

El médico que es sensible a estas señales y alienta al paciente a discutir lo que es realmente preocupante descubrirá que la armonía comunicativa establecida de este modo, permite que las futuras entrevistas sean mucho más abiertas y directas.

El uso de un vocabulario apropiado es decisivo en el establecimiento de la empatía, pues asegura una comunicación fácil y precisa. Formular preguntas en un lenguaje simple, apropiado para el nivel de entendimiento del paciente y evitar la jerga médica ayuda a establecer un lenguaje y espacio comunes.

El trasfondo cultural del paciente y su nivel educacional deben ser considerados por el médico para adecuar su vocabulario y forma de expresión a las características específicas del paciente. La terminología o jerga médica debe ser evitada a menos que le sea familiar al paciente. Actualmente, la mayoría de los pacientes prefieren ser instruidos y demandan una máxima comprensión de su propio cuidado.

Es mejor comenzar todas las explicaciones sin complicarlas y solo profundizar en función de que la capacidad de comprensión del paciente lo permita. El médico también debe estar seguro de lo que el paciente quiere dar a entender con sus palabras y garantizar que ambos estén operando a un nivel de entendimiento común. Por ejemplo, cuando el paciente diga que "bebe un poco", inquiera más allá hasta descubrir el real significado de "poco".

COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación verbal es tan consustancial a la interacción social diaria que la comunicación no verbal es a menudo ignorada. Sin embargo, mucho de lo que es comunicado es silente. Los especialistas en comunicación han demostrado la gran importancia que tienen los mensajes no verbales para validar o contradecir los mensajes verbales y su enorme influencia como símbolos comunicativos por derecho propio.

La comunicación entre dos personas es un tercio verbal y dos tercios, no verbal. Lo que es dicho, es a menudo enfatizado en forma no verbal; y las emociones y actitudes personales son habitualmente comunicadas a un nivel no verbal. Si consideramos que estas últimas se encuentran a un nivel de menor control consciente que los mensajes verbales, son seguramente más genuinas.

Los elementos de la comunicación no verbal han sido clasificados en distintas categorías por *Knapp* (1978). Todos estos aspectos de la comunicación no verbal tienen relevancia para el encuentro médico-paciente.

PARALENGUAJE

Por paralenguaje se entiende el efecto vocal que acompaña o modifica el habla y, a menudo, comunica un significado. Incluye la velocidad del habla –rápida, lenta o dubitativa–, el tono y el volumen de la voz, los suspiros y gruñidos así como las pausas e inflexiones.

Ciertamente hay una verdadera diferencia entre la información verbal y la vocal. El mensaje verbal se refiere a las palabras literalmente transmitidas. El mensaje vocal incluye la cualidad emocional, el tono de voz, y la frecuencia y duración de las pausas –información que se pierde cuando las palabras son escritas–. El tono de voz, por ejemplo, puede realmente invertir el significado de las palabras. Estudios comparativos han mostrado que cuando los mensajes vocal y verbal transmiten información contradictoria, el vocal es el más reconocido como cierto. El sarcasmo es un ejemplo común de la contradicción entre el mensaje vocal y el verbal.

Los médicos deben estar alertas a los sutiles cambios del tono de la voz. Por ejemplo, cuando el paciente pregunta si todo estará bien. ¿Está pidiendo reafirmación, mostrando temor, o dudando del diagnóstico? En vez de concentrarse exclusivamente en qué está diciendo el paciente, el médico astuto se concentrará en cómo lo está diciendo.

CONTACTO

Un interés real en el paciente puede ser comunicado por el apropiado uso del contacto físico. Un método muy extendido es un apretón de manos, que le permite al médico establecer, desde el inicio, contacto con el paciente. El apretón de manos, usado de forma adecuada, puede demostrar al paciente sinceridad e interés, así como seguridad y equilibrio. Es una intrusión inofensiva en el "área de privacidad" de la otra persona, y puede ser extendida bajo ciertas circunstancias hasta incluir la aplicación de la mano izquierda a la parte superior o inferior del brazo.

El actual apretón de manos, como saludo tradicional de amistad, tiene su origen en el acto de elevar las manos descubiertas por dos individuos que se aproximaban para dar evidencia de que no sostenían ningún arma. Esto precedió al agarre de las manos, o en la sociedad romana, al de los antebrazos. En la actualidad, un firme y sostenido apretón de manos es una muestra afectuosa en de la cultura occidental, tanto entre hombres como mujeres. Con frecuencia un apretón débil indica falta de interés o insinceridad, en especial si se retira rápido la mano. Una palma húmeda es un signo de nerviosismo o aprensión, y el dar solo dedos, indica renuencia o indecisión. El apretón de manos es una acción que se modifica culturalmente, y el médico debe ser muy cuidadoso de malinterpretar el apretón de manos de otra persona sin entender su trasfondo cultural.

El contacto físico puede ser un método efectivo para comunicar preocupación o compasión y puede derrumbar algunas de las barreras defensivas de la comunicación. No obstante, si es usado sin la preparación adecuada, el contacto puede ser interpretado como una invasión de la privacidad y un acto desconsiderado y atrevido. El contacto de un médico puede ser visto como un comportamiento agresivo si es usado antes de que la empatía sea establecida. Durante el examen físico es mejor hablar antes de tocar, y se explicará al paciente qué será hecho a continuación. Cuando es bien usado por el médico, el contacto puede ser facilitante y bienvenido.

LENGUAJE CORPORAL: CINÉTICA

La cinética es el estudio de los actos gestuales, o movimientos corporales y su significado como una forma de comunicación. Es esencial recordar que los gestos específicos y su interpretación son de importancia solo cuando se juzgan en el contexto que los rodean. El lenguaje corporal de por sí no revela una completa imagen del comportamiento. De la misma forma en que una palabra no hace una frase o incluso no tiene mucho significado sin ella, un gesto aislado tiene relevancia clínica solo como parte de una secuencia de acciones. Aunque las señales individuales tienen importancia, no son confiables cuando se presentan aisladas; son significativas únicamente cuando se consideran en el contexto del patrón total de comportamiento de una persona.

Cuando hay armonía entre el mensaje verbal y el no verbal –esto es, cuando el gesto transmite el mismo mensaje que la palabra hablada– la comunicación y su significado están casi seguramente en acuerdo. Sin embargo, cuando uno indica algo distinto del otro, el mensaje no verbal será considerado como el más importante para decodificar el significado de la comunicación.

Los intentos del paciente de enmascarar sentimientos pueden ser fácilmente detectados al observar el comportamiento del cuerpo. Los verdaderos sentimientos se "filtran a través" de los esfuerzos conscientes de ocultarlos, a menos que el individuo tenga un entrenamiento teatral. Los intentos de engaño de un médico serán detectados por los pacientes y destruyen la confianza y dañan la empatía. Una comunicación verbal positiva como "Está usted luciendo mejor hoy" cuando sea acompañada por señales no verbales negativas, será interpretada por el paciente como una insinceridad o una mentira. Por ejemplo, un paciente a quien no se le dice la verdadera naturaleza de una enfermedad terminal, usualmente, lo sabe de todas maneras y puede desconfiar de la familia, los amigos y el médico, si persisten en ocultarle la verdad.

Posición corporal. La posición corporal al sentarse puede mostrar grados variables de tensión o relajación. La persona tensa se sienta erecta con una postura medianamente rígida. Una que esté moderadamente relajada tiene una inclinación anterior de unos 15 ó 20 º y una inclinación lateral de hasta 10 º. Una posición muy relajada –demasiado relajada para médicos que

interactúan con pacientes– es una inclinación posterior (reclinamiento) de 20 º y una inclinación hacia los lados de más de 10 º. Una mayor satisfacción del paciente está asociada con una inclinación anterior del cuerpo y una rotación del torso hacia el paciente. Por otra parte, es conocido que los médicos cuyo estilo de comunicación ha sido considerado como orientado al paciente cambian de posición del cuerpo con más frecuencia, que los médicos cuyas conversaciones fueron centradas en el médico.

Debe intentarse, cada vez que sea posible, sentarse en vez de estar de pie al entrevistar a un paciente, pues la empatía se mejora si el médico no intimida al paciente al colocarlo en una posición de sumisión. Los pacientes se sienten más cómodos y menos indefensos, si hablan desde en una posición de sentados antes que pronados. Sentarse en la cama del paciente ha sido mal visto, pero para algunos pacientes es un medio efectivo para establecer cercanía y comunicar calor de forma relajada pero atenta.

Posición de la cabeza. Típicamente la cabeza es sostenida hacia adelante en la furia, y hacia atrás durante el desafío, la ansiedad o el temor. Está caída o inclinada en la tristeza, sumisión, vergüenza o culpa. La cabeza inclinada hacia un lado indica interés y atención; la cabeza erecta indica confianza en sí mismo y madurez. Cuando un médico está escuchando a un paciente, debe mostrar interés y preocupación mediante una posición de atención, que puede tipificarse al sentarse inclinado hacia el paciente con una expresión facial interesada, atenta y con la cabeza ligeramente ladeada.

Cara. *Charles Darwin* propuso que las diferentes culturas expresan emociones o estados mentales similares con movimientos corporales notablemente uniformes; sostuvo que la expresión facial de emociones –cuando no son disfrazadas– es independiente de la cultura, e idéntica en todo el mundo. De este modo, las expresiones faciales de alegría, tristeza y furia son muy parecidas en diversas regiones geográficas y en diferentes grupos étnicos y culturales. No obstante, es conocido que estas similitudes son disfrazadas de distintas formas, en muchas culturas.

Ojos. Los ojos son probablemente los principales órganos de expresión. Son tan importantes para la apariencia de una persona que cuando el anonimato es deseado, solo los ojos necesitan ser cubiertos. Las cejas han mostrado tener 40 posiciones diferentes de expresión y los párpados 23. Considérese la magnitud de posibles combinaciones cuando todos los elementos faciales están involucrados como indicadores de expresión. El mensaje transmitido por cada posición puede ser adicionalmente modificado por la duración de una mirada y su intensidad.

Los ojos pueden dar más información para algunas emociones que otras. *Knapp* (1978) encontró que los ojos eran mejores que las sienes, la frente o la parte baja de la cara para la precisa representación del miedo, pero menos precisos para el enojo o el disgusto. Incluso, el párpado inferior solo puede transmitir considerable información. Hace mucho es sabido que las pupilas se dilatan cuando la persona ve algo agradable y se contraen cuando ve algo desagradable. Esta señal involuntaria puede ser una valiosa indicación de lo que en realidad está pasando.

En un experimento (*Knapp*, 1978) las pupilas de los hombres se dilataron cuando les fueron mostradas fotografías de desnudos femeninos, y se contrajeron ante desnudos masculinos. Las imágenes de bebés produjeron dilatación pupilar en mujeres tanto casadas como solteras y en hombres casados con hijos. Las imágenes produjeron constricción pupilar en hombres solteros y en hombres casados pero sin hijos. Las pupilas dilatadas pueden indicar también que un oyente está interesado, mientras que las pupilas contraídas sugieren que no le agrada lo que está siendo dicho o visto.

La sinceridad es expresada con los ojos. El mejor método para transmitir sinceridad es el **contacto visual** frecuente. Un rasgo de los buenos escuchas es que constantemente miran al orador. Un oyente que no mantiene contacto visual, sino que continúa mirando hacia abajo o lejos del orador puede ser tímido, estar deprimido, o indicar rechazo por el comunicador o por los comentarios que se están haciendo.

Cuando escucha, una persona puede enfocar alternadamente los ojos y la boca del orador. Un tipo especial de conciencia de humano-a-humano es transmitida por el contacto visual. Un contacto visual prolongado, o mirar fijamente, puede ser ofensivo. Los monos pueden ser provocados al combate por una persona si los mira fijamente, debido a la amenaza de agresión que esto representa.

El descuido del médico al no mirar al paciente a los ojos puede ser deshumanizante, y causar que el paciente se sienta más como un objeto que como una persona. Los pacientes están más cómodos cuando el médico los mira alrededor del 50 % del tiempo y están incómodos cuando el contacto visual es evitado. Al sentarse, el médico no debe ocupar el centro del campo visual del paciente, de manera tal que este pueda mirar a su alrededor con comodidad mientras habla. La frecuencia del contacto visual puede también suministrar pistas acerca de si el paciente está ansioso o deprimido. *Waxer* (1977) demostró que tanto la presencia como la intensidad de la ansiedad pueden ser detectadas según las señales no verbales. Las señales prominentes involucran las manos, la boca y el torso. Los pacientes ansiosos generaron más acariciamiento de sí mismos, tales como la mano en la mano, o la mano en la cara, y tuvieron más crispaciones y temblores. Sonrieron menos, y sus torsos estuvieron tiesos y rígidos como si tuvieran miedo de moverse. También su ritmo respiratorio fue más rápido.

Los pacientes deprimidos mantienen contacto visual solo un cuarto del tiempo en relación con los pacientes no deprimidos. Una contracción caída de la boca y un ángulo descendente de la cabeza son también indicaciones de depresión. Como en el paciente ansioso, no hay apenas diferencia con la frecuencia de contacto visual del paciente deprimido; la diferencia radica en la duración del contacto.

Manos. Las manos están caídas y fláccidas en la tristeza, inquietas o aferradas en la ansiedad, y cuando respondan a la ira formarán puños cerrados. Cuando un orador une sus manos con los dedos extendidos y sus puntas tocándose, indica confianza y seguridad en los comentarios que se están haciendo.

Las palmas son por lo general mantenidas en la posición "palma-adentro". Volver las palmas hacia afuera puede ser un sutil comportamiento de cortejo –muy usado por las mujeres–, pero sobre todo indica un saludo cálido y amistoso. Se puede notar un paciente ansioso si sus manos tiemblan al sostener una pluma o un cigarrillo, se crispan, o son apoyadas antinaturalmente. El paciente con puños cerrados, maseteros tiesos, y el ceño fruncido puede estar deprimido; si se rasca el dorso de la mano muestra evidencias de volver la ira sobre sí mismo.

Brazos. Aunque la posición de brazos cruzados aparece en todas las culturas, la misma es considerada como una respuesta aprendida, en vez de un rasgo innato. Las formas sutiles en que son sostenidos los brazos pueden indicar las emociones subyacentes. Los brazos cruzados pueden significar una postura defensiva, desacuerdo con el punto de vista de otro, o inseguridad. Puede ser también nada más que una posición de comodidad y debe ser analizada, como todas las demás señales, en el contexto del comportamiento total del individuo. Aprecie la manera en que los brazos están cruzados. ¿Están relajados en la posición normal de comodidad, o están en una postura de abrazo que refleja inseguridad o tristeza e indicando una necesidad de reafirmación?

La ira se observa en los puños cerrados que son sostenidos apretadamente contra el cuerpo a manera de "contención", como si se previnieran de golpear. Si el paciente ha asumido una posición de resistencia o defensa, y se sienta con los brazos y las piernas cruzados y quizás con el cuerpo desviado, busque la razón de su defensiva y trate de eliminarla. Quizás la recomendación de que cese de fumar sea amenazante y difícil de aceptar para él. En ese caso es importante hacer un esfuerzo adicional por explicar lo racional de la recomendación; no lo liquide con un breve comentario o admonición.

Piernas. Cruzar las piernas es una posición común de comodidad, pero también puede indicar "cerrar la puerta a", o "protección contra el mundo exterior". Si las piernas cruzadas en un paciente confirman la imagen cinética total de resistencia, incluyendo brazos cruzados y otras señales discutidas anteriormente, haga todo esfuerzo por identificar la razón de la resistencia y corríjala antes de proceder más allá. La información diagnóstica obtenida de un paciente que se resiste es probablemente incompleta, y las instrucciones casi seguro no serán cumplidas. Note también la posición de los pies y su movimiento. Justo como la ansiedad está asociada con los movimientos agitados de la mano, lo está con el pie agitado en constante movimiento. Una persona ansiosa o asustada puede sentarse hacia adelante en la silla con los pies emplazados en la posición de "listo para correr", con un pie delante del otro. La persona enojada colocará sus pies muy separados en una posición de estabilidad, mientras que los pies de una persona triste tienden a moverse en un patrón lento y circular.

Gestos atildados. Los gestos atildados, tales como el masculino de subirse las medias, arreglarse el cuello, o mesar el cabello, y el femenino de arreglarse la ropa o usar el espejo para revisar el maquillaje, tocar suavemente el pelo u otra parte del cuerpo, pueden no ser necesariamente seductores en su esencia, sino un intento por establecer empatía y buenas relaciones interpersonales. El médico debe permanecer alerta a la acentuación de los gestos atildados normales para que pueda identificar al paciente seductor y lidiar temprano con el asunto, antes de que inconscientemente aliente al paciente a continuar con su juego.

Respuesta de aclaramiento respiratorio (RAR). Es cuando se produce un frecuente aclaramiento de la garganta aunque no haya flema o mucus presente. Todos los animales exhiben una respuesta de RAR como un medio de limpiar el tracto respiratorio. Se ha demostrado que esta acción también puede ser una indicación no verbal de disgusto o rechazo.

Otro componente de RAR es la fricción de la nariz. Se caracteriza por un ligero o sutil frotamiento de la nariz, e indica rechazo a una declaración hecha ya sea por el propio sujeto o por otro individuo. La fricción de la nariz para aliviar el escozor es vigorosa, y en ella se produce una serie repetida de frotaciones; mientras que la de la RAR es suave y consiste en uno o dos toques ligeros, y a menudo, nada más que un ligero y rápido golpecito. Esta señal puede ser muy útil en la entrevista con el paciente. Por ejemplo, el médico puede preguntarle al paciente: "¿Cómo están las cosas por su casa?" Él puede responder: "Bien", entonces aclararse la garganta y frotarse ligeramente la nariz con el dedo índice. En realidad está diciendo: "No me gusta lo que me está preguntando", o "Me siento incómodo con mi respuesta; en verdad las cosas no están yendo muy bien en casa". Si es necesario profundizar en el asunto, un simple comentario puede ser útil: "¿Realmente?" o "¿Ni siquiera una discusión ocasional?" A partir de esta intervención pueden desarrollarse temas medulares, enmascarados por la respuesta previa.

Síndrome de la despedida. La frase de despedida del paciente es algunas veces una señal de la razón primaria para la visita, o puede reflejar otro asunto de gran preocupación que es emocionalmente atemorizante y no puede ser expresado hasta el momento de la partida. Algunas veces salen a la superficie importantes asuntos en un último intento de comunicación, ya que, con la mano en la puerta, el escape es posible de forma rápida si la reacción del médico es desfavorable. Las razones para esta comunicación "escondida" del paciente son significativas, y deben ser reconocidas y tratadas. Esté alerta a cualquier comportamiento inusual durante una entrevista, tales como enredos de la lengua, respuestas inesperadas y negativas o afirmaciones demasiado

entusiastas. Busque más allá de las razones declaradas de la visita, cuando un paciente se presente con una queja trivial que parezca inapropiada en ese momento.

Los pacientes con miedo al cáncer, por ejemplo, son a menudo incapaces de expresar su preocupación al médico. En su lugar, se presentan con quejas somáticas o razones inventadas que requieren de un examen completo. Ellos están esperanzados de que el examen calmará sus temores sin que sea necesario expresarlos abiertamente. Por ejemplo, una paciente que se presenta para un examen físico completo puede estar preocupada, en realidad, por padecer de un carcinoma de mama, pues su madre lo presentó a la edad que ella tiene ahora. Tales situaciones enfatizan la necesidad de realizar una historia familiar completa y la discusión de cualquier preocupación del paciente. La aprensión respecto al cáncer está muy diseminada, y a menudo la única cura para este temor es una conversación terapéutica con el médico.

Si el médico no le informa a su paciente, de forma expresa, que no tiene un cáncer, el paciente puede permanecer sospechando que padece de esta enfermedad, ya que él no apreció ninguna acción específica por buscarlo.

FACTORES ESPACIALES: PROXIMIDAD

Una persona estructura y protege inconscientemente el espacio a su alrededor, lo que varía con cada cultura. En la civilización occidental, las personas mantienen una "burbuja corporal" protectora espacial de cerca de dos pies de diámetro a su alrededor cuando interactúan con extraños o conocidos casuales, por lo cual los violadores de este espacio son considerados intrusos y ocasionan que la persona, por lo general, se torne defensiva.

En el oriente medio no existe tal burbuja y es correcto "invadir" esta área. De hecho, el no hacerlo puede ser interpretado como poco amistoso y huraño. Los árabes prefieren pararse suficientemente cerca como para tocar y oler a la otra persona. Los occidentales, si están forzados a pararse juntos, como en un transporte colectivo atestado, usarán sus ojos "en forma de mirada distante" para mantener una distancia adecuada. El largo de un brazo es una buena medida de la apropiada distancia personal para la mayoría de las personas. Marcar los límites ayuda a mantener la territorialidad, acerca más estrechamente a los vecinos que cuando no hay ninguna cerca.

El médico debe tener en cuenta todos estos aspectos durante la práctica médica, para utilizar la proximidad con sus pacientes de forma mesurada y en aproximaciones graduales que favorezcan el desarrollo de la relación empática necesaria.

IMPORTANCIA DE ESCUCHAR

Un buen médico de familia debe saber escuchar adecuadamente. Una expresión popular sostiene que "el hombre tiene dos oídos y una sola boca", por lo que debe oir el doble de las veces antes de hablar. De todas las habilidades de la comunicación esenciales para la empatía, la de escuchar bien es la más importante. Toda la información existente acerca de la comunicación no verbal es de valor limitado si no ayuda al médico de familia a escuchar mejor lo dicho por sus pacientes.

El médico debe escuchar al paciente de una manera abierta y acrítica. Debe aparentar estar relajado pero atento. Debe ser asertivo, para que no inhiba la expresión del paciente y su deseo de relatar problemas de naturaleza sensible. En general, mientras menos diga el médico durante la entrevista, más dirá el paciente.

El silencio puede ser tan efectivo como medio de obtener información adicional, como en las preguntas directas; debe ser usado como una técnica, solo cuando el médico está casi seguro de que existe información encubierta después de la última declaración. Un cambio de posición o una inclinación afirmativa de la cabeza y una sonrisa, apropiadamente cronometrados y acompañados de silencio, pueden ser más efectivos que un comentario alentador. El incentivo no verbal para continuar distrae menos, y puede ser más conveniente que el verbal. El paciente puede estar siguiendo una línea de pensamiento y estar a punto de abrirse más, pero puede abandonarla y concentrarse en el médico, para asegurarse de si este "captura" su atención con una expresión verbal.

El médico debe interrumpir la declaración de un paciente solo si es necesario cambiar la conversación hacia otro tópico, esclarecer un asunto, obtener información que no se haya producido espontáneamente, ofrecer confirmación, o reducir la ansiedad del paciente.

El médico debe ser capaz de demostrar que está dispuesto a escuchar siempre, y ello es reforzado por una inclinación hacia adelante manteniendo el contacto visual. El médico puede desalentar a un paciente de hablar simplemente si mira a otra parte o escribe en el historial médico. Preguntas bien escogidas pueden volverse inútiles por un comportamiento no verbal inapropiado.

ENTREVISTA MÉDICA CON PACIENTES DIFÍCILES

Un volumen considerable de la literatura sobre la EM está enfocado hacia los llamados "pacientes difíciles". Mientras que estos estudios han conducido a significativas comprensiones, una visión más amplia de este tipo de paciente como parte de un sistema ha conducido a análisis adicionales que focalizan no solo al paciente, sino también al médico. Es sabido que un paciente puede ser considerado "difícil" por un médico, mientras que resulta ideal para otro. A continuación se abordan algunos aspectos relacionados con este tipo de paciente, y las actitudes y sentimientos que asumen los médicos.

EL PACIENTE A LA DEFENSIVA

Una causa frecuente por la que los pacientes pueden encontrarse a la defensiva es porque creen que pudiera producirse un resultado negativo en caso de que hablaran con libertad sobre un tópico determinado. En ocasiones esperan enojo, rechazo, culpa, o ser ridiculizados, y se origina entonces miedo o ansiedad. Así, *Wissow et al.* (1994) señalan que los pediatras que trabajan en áreas de atención primaria encuentran dificultades con algunos padres que eluden discutir los síntomas conductuales o emocionales de sus hijos y que la utilización de técnicas de comunicación tales como la realización de preguntas sobre aspectos sociopsicológicos, hacer manifestaciones de apoyo y confianza, así como escuchar con atención ayudan a que esos padres revelen preocupaciones específicas relativas a la salud mental de sus hijos.

Varias técnicas pueden usarse para lidiar con el paciente a la defensiva y el obstáculo que esta actitud impone para la evaluación y el diagnóstico.

- **Primera técnica.** Se pregunta: "¿Qué podría pasar si usted fuera a hablar acerca de... ?" Con frecuencia, una vez que se discute el temor que siente el paciente al resultado que tendría hablar sobre determinado tópico, se hace evidente que no sucederá nada malo. A medida que el asunto es tratado la "defensa" comienza a desvanecerse.
- **Segunda técnica.** Se pregunta: "¿Cuál es la peor cosa posible que podría suceder si hablara acerca de... ?" Casi siempre el paciente se dará cuenta de la improbabilidad de que la acción atemorizante realmente tenga lugar.
- **Tercera técnica.** Se usa, en particular, si el paciente está demostrando no verbalmente que hay información importante y la retiene; entonces se acuerda no discutir el asunto y continuar con otro. El problema será expuesto más tarde en la misma sesión o en la próxima si es de gran importancia para el paciente.
- **Cuarta técnica.** Se hace un comentario sobre la defensiva del paciente, tal como: "Parece usted muy renuente a discutir este asunto", seguido inicialmente por un silencio por parte del médico. Si el paciente no responde, el médico puede proseguir: "¿Hay algo que haría más fácil para usted discutir este asunto?", "¿Hay alguna pregunta que quisiera hacer antes de proseguir?" o "¿Cuáles son las preocupaciones que le dificultan hablar de este asunto?" Finalmente, el médico podría preguntar: "¿Hay algo que le inquiete acerca de mi reacción o sentimientos hacia usted si discutimos este asunto?"

Al realizarse cualesquiera de las anteriores preguntas, el médico tiene que estar preparado para discutir las respuestas del paciente de forma honesta, directa, objetiva y sin distanciamiento personal, ya que el paciente puede estar reaccionando a la persona en el rol del médico.

EL PACIENTE TEMEROSO

Es conocido que uno puede engendrar ansiedad en sí mismo si evoca una situación atemorizante y simultáneamente restringe la respiración. Al hacer lo contrario; es decir, relajando la respiración y evitando los pensamientos que produzcan miedo, la ansiedad puede ser controlada.

Se hace necesario tomar una decisión sobre si el miedo del paciente está relacionado con una amenaza real o una amenaza imaginada. El miedo asociado a una amenaza real debe ser considerado normal. El uso de técnicas de relajación –concentrar la atención de la persona lejos de la amenaza– es una forma útil de atender a estos pacientes.

El miedo neurótico a una amenaza imaginaria debe ser tratado a través de la exploración de esta, y de la probabilidad de que realmente ocurra el hecho junto a las consecuencias que originaría si ocurriera. De nuevo, cuál es la situación atemorizante y cuán real o probable es que suceda. La pregunta: "¿Y qué pasa si sucede?" podría ayudar. Este proceso confronta la irrealidad del miedo y la amenaza imaginada.

El próximo paso es alentar al paciente a respirar lenta y profundamente, a detener los pensamientos que asustan, así como a concentrarse en algún pensamiento agradable.

EL PACIENTE ENOJADO

Varias preguntas vienen a la mente cuando se trata con un paciente enojado.

- ¿Cuál es la dirección y cualidad de la ira?
- ¿Puede el médico aceptar o permitirle al paciente que esté furioso?
- ¿Está la ira del paciente afectando el problema médico?
- ¿Cómo está justificando el paciente su ira?
- ¿Es la ira encubridora de una depresión?

En la persona normal, la ira casi siempre está originada por una frustración. Para superar la frustración en una forma socialmente aceptable, la ira toma la forma de agresión.

Los médicos varían en su habilidad para reconocer la ira y tolerarla en un paciente. Un médico puede disfrutar de un paciente enojado, mientras que otro le teme, se retira, o no acepta la ira del paciente. El asunto es, ¿cómo puede el médico estar cómodo con un paciente enojado si está él mismo enojado?; ¿está el médico dispuesto a aprender cómo estar cómodo con un paciente enojado? Algunos médicos responden a esta pregunta: "Sí, si estoy seguro de que el paciente está en control de sí mismo y no me hará daño." Esta es una decisión diagnóstica que necesita ser encarada.

Que una persona se enoje o no, en un momento dado, debe ser un proceso consciente que esté bajo su control. Si una persona estable, con una autoestima adecuada, escoge no enojarse no puede hacérsele enojar. Comprender la ira como un sentimiento bajo control del individuo sugiere una forma de tratarla.

Un factor adicional que hay que considerar es cómo la persona usa la ira en el proceso interpersonal. La ira es frecuentemente usada como chantaje: "Si hace «esto», me enojaré, y cuando me enojo mejor se cuida." También se usa como un intento por controlar el comportamiento de otros. Siendo así, el tratamiento de la ira es reconocerla, y entonces ignorarla con un planteamiento como este: "Pues sí que está usted enojado. Si escoge estar enojado, no tengo inconveniente, es su derecho, pero realmente pienso que es inadecuado permanecer enojado en esta situación."

EL PACIENTE MANIPULADOR O DEMANDANTE

¿Quién no se ha encontrado con un paciente manipulador en su práctica? Son personas hábiles en obtener algo deseado de otras, mediante el uso de una variedad de maniobras tales como amenazas de un arrebato temperamental, intentos de suicidio, solicitudes afectivas, etc., que están dirigidos a influir sobre otros.

El asunto es: "¿Puedo yo aceptar que el paciente sea manipulador?" o "¿Puedo yo aceptar manipular al paciente en aras de su propio bien?" . El problema de la manipulación se vuelve potencialmente patológico cuando el paciente se torna deshonesto o engaña al médico con el objeto de obtener medicamentos, admisión hospitalaria, o alguna otra prebenda o tratamiento especial.

La consulta con un psicólogo o psiquíatra puede ser necesaria en casos extremos, aunque la mayoría de los pacientes manipuladores pueden ser manejados por el médico de familia, si establece reglas muy claras en cuanto a las demandas que va a satisfacer.

RELACIONES CON GRUPOS ESPECÍFICOS

RELACIÓN CON EL EQUIPO DE TRABAJO MÉDICO

El desarrollo de una relación empática con los miembros del grupo responsable de la atención médica –otros especialistas, enfermeras, personal administrativo y de servicio– es esencial para el funcionamiento óptimo del equipo médico. Con demasiada frecuencia, el mismo médico que puede ser sensible y considerado con las necesidades de los pacientes permanece ciego a las del personal que lo apoya y acompaña. El resultado es insatisfacción, cambio del personal y costosa ineficiencia.

Muchos médicos todavía se ajustan al atrasado estereotipo del médico como figura de autoridad omnipotente. Desafortunadamente, cuando los médicos crean una atmósfera autoritaria, la comunicación con el personal se torna difícil o imposible. Cuando la comunicación es pobre, el personal puede expresar frustración mediante un comportamiento pasivo-agresivo y escasa cooperación. Por otra parte, el médico que muestra genuino respeto por sus asociados –como profesionales y como seres humanos– disfrutará de su lealtad y una cantidad extra de colaboración.

Del médico se espera el liderazgo en varios aspectos del cuidado de sus pacientes, por lo que debe estar dispuesto a asumir la responsabilidad por las decisiones difíciles. Las pequeñas cortesías son muy apreciadas, pero una relación demasiado familiar o íntima puede interferir con la necesidad de tomar disposiciones impopulares, pero necesarias a otros. La evaluación continua de las relaciones de trabajo con los colegas es una parte esencial de cualquier práctica médica, tanto en el hospital como en la práctica de la medicina familiar.

RELACIÓN CON NIÑOS

No hay fórmulas secretas para interactuar con los niños, aunque sí precauciones que observar. La mayoría de los procedimientos no son incómodos o dolorosos si el médico trabaja con paciencia, pero una jovialidad forzada y falsas promesas de que "no va a doler" son inmediatamente percibidas como deshonestas; y una vez que la confianza ha sido destruida, es difícil que sea recuperada.

Siempre es posible hallar formas de obtener la cooperación del niño. El uso de una habitación para el examen pediátrico, con una decoración apropiada, es tranquilizante. No es necesario usar batas blancas si el niño tiene asociaciones desagradables con semejantes uniformes. Examinar el oído de la madre o de un hermano mayor, antes de examinar al niño y permitir que este manipule el estetoscopio o el otoscopio, puede contribuir decisivamente a eliminar la ansiedad.

RELACIÓN CON LOS ANCIANOS

Cada día más, un alto volumen del trabajo de los médicos de familia se está relacionando con la atención a los pacientes de mayor edad, dado los cambios demográficos que se están produciendo. Tratar a la población adulta mayor puede ser gratificante si es visto con una actitud positiva. La base de tal perspectiva es un conocimiento cabal de la medicina geriátrica. El médico debe alentar la comunicación abierta con el anciano, que se siente vulnerable debido al declive de los recursos físicos, psicológicos, económicos y sociales.

Los pacientes ancianos pueden sentir que sus vidas están vacías o sin sentido y pueden buscar satisfacción en las memorias de logros pasados; por lo que aprecian mucho cualquier atención prestada a estos segmentos significativos de sus vidas. Cada vez

que sea posible, preserve su sentido de la dignidad y fomente su sentimiento de utilidad actual. Cuando exista soledad, depresión o abandono familiar –ya sea económico o afectivo–, estos elementos deberán ser abordados como determinantes en el estado de salud del anciano, y, por lo tanto, habrá que definir acciones para su atención. La importancia de involucrar a la familia en el plan de acción médica dirigido a los adultos mayores se acrecenta.

ATENCIÓN A LA SALUD FRENTE A ATENCIÓN CURATIVA

En la práctica médica contemporánea, aún se continúa enfatizando en el marco del paradigma vigente los aspectos eminentemente curativos, en detrimento de los vinculados a la atención integral al paciente, que además de curar promueve la salud, previene la enfermedad, rehabilita y extiende su acción a la familia, la comunidad y el ambiente. Un nuevo paradigma de práctica médica que tiene a la medicina familiar como su núcleo fundamental está emergiendo como respuesta objetiva a las necesidades de salud actuales.

Uno de los componentes esenciales de este nuevo modelo es el referido al desempeño del médico de familia como comunicador. Ya se ha justificado en las páginas precedentes, la necesidad de que el médico de familia disponga de habilidades comunicativas bien desarrolladas para que pueda satisfacer las necesidades sociales de salud en la contemporaneidad, y enfrentar los "peligros" que el proceso de diferenciación progresiva y tecnificación de la medicina moderna traen aparejados.

En la práctica médica actual por la vía de los peligros más frecuentes para garantizar una eficiente información y una óptima calidad de la comunicación afectiva son los siguientes:

- **Deshumanización.** Los "equipos" y la "técnica" pueden interferir la relación afectiva y el proceso de individualización que el médico debe desarrollar con sus pacientes, al interponer una barrera entre los médicos y los pacientes.
- **No obtener una percepción integral y armónica del individuo.** Se enfoca al hombre por sistemas, aparatos u órganos –producto de la superespecialización– y no se tiene en cuenta la integridad del enfermo como individuo sociobiológico, ya que se relega o ignora la influencia de los factores de índole eminentemente sociopsicológicos que subyacen a la necesidad de salud que presenta el sujeto.
- **No desarrollar un adecuado pensamiento científico.** Esto genera enfoques incorrectos en el proceso de investigación, el diagnóstico y tratamiento debido a una marcada dependencia de las respuestas de la tecnología médica sin un verdadero enfoque clínico.
- **Incremento del nivel de riesgo para producir yatrogenias en la práctica médica.** Se debe a la utilización indiscriminada de procederes técnicos y medicamentos altamente sofisticados, además de costosos, que en muchos casos pueden producir daño al organismo, y siempre generan gran tensión psíquica en el paciente, que con frecuencia no es informado de manera adecuada de sus características generales y de los riesgos que los mismos tienen.
- **No utilización de los métodos de intervención sociopsicológica.** Estos constituyen un arma de investigación diagnóstica, terapéutica y generadora de salud ante el impacto de una tecnología que subordina a la ciencia, y ambas a su vez al dinero.

No debe olvidarse que desde los albores de la práctica médica, el médico ha sido capaz de curar solo ocasionalmente, pero siempre ha podido consolar al paciente. Por eso es tan importante reflexionar sobre la expresión anónima que reza: "Curar pocas veces, aliviar a menudo, consolar siempre".

Es más importante saber qué tipo de paciente padece de determinada enfermedad que conocer qué tipo de enfermedad tiene un paciente, por lo que debe prestarse más atención al paciente como individuo que a las características específicas de la enfermedad que presenta; sobre todo si se tiene en cuenta que los pacientes ya no consideran a los médicos como infalibles y omnipotentes, y esperan que su capacidad de autonomía sea respetada y tenida en cuenta.

Relacionarse con un ser humano que reclama ayuda para mejorar su salud, prevenir la enfermedad o curarla, es una tarea muy distinta a atender a un paciente para tratar de diagnosticar y curar su enfermedad.

32. Tipos de respuestas en la relación médico-paciente

Fernando Núñez de Villavicencio

Uno de los intereses principales de nuestro curso es el estudio de los tipos de respuestas que pueden utilizar los médicos en su relación con los pacientes. Vamos a clasificarlas operativamente a partir del modelo de *L. y R. Bernstein* (1980) en cinco tipos de respuesta: inquisitiva, hostil, evaluativa, de apoyo y empática, y añadiremos un sexto tipo de respuesta, la respuesta informativa.

RESPUESTA INQUISITIVA

La respuesta inquisitiva es aquella que se utiliza para buscar información. El médico necesita saber el motivo de la consulta, qué le sucede ahora, qué le sucedió antes, cuál es su trabajo, y otra serie de datos que le permitirán confeccionar la historia clínica para diagnosticar la enfermedad, entender sus causas y conocer la personalidad del paciente.

Habitualmente enfrenta esta tarea armado de un modelo de historia clínica y convencido de que la pregunta directa (respuesta inquisitiva) es el camino más eficiente para obtener la información.

Es importante que el profesional sepa que su técnica para obtener información no solo está dirigida a lograr que no queden aspectos importantes sin conocer, sino, y es aún más importante, a no recibir informaciones falsas que lo desinformen. Es importante que sepa que el contrario más peligroso de la "información" no es la "no información", sino la **desinformación.**

Cuando el profesional sabe, al terminar el interrogatorio y el examen físico, que le falta información sobre algún aspecto importante, saldrá a buscarla de otras formas: entrevistando a familiares u otras personas y mandando exámenes complementarios. Sin embargo, cuando está desinformado, ya él cree que sabe, no buscará más y empleará con confianza ese dato falso para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, lo que en ocasiones conduce a grandes errores.

Al hacer la historia clínica aparecen en el relato del paciente aspectos que hay que actualizar, o no aparecen otros que es necesario preguntar para completar la historia. Por esto resulta necesaria la respuesta inquisitiva; pero el abuso de respuestas cortas convertiría la entrevista médica en algo parecido al interrogatorio policial.

En nuestra entrevista son aconsejables aquellas preguntas que permitan amplias respuestas, en las que el paciente puede desahogar su ansiedad, expresar sus temores y evidenciar su personalidad, aspectos estos que también debemos identificar, atender y tratar junto con su enfermedad.

Si abreviamos con preguntas directas, es posible que lleguemos al diagnóstico de la enfermedad, pero se nos escaparán otros elementos imprescindibles para la RMP que nos da la entrevista abierta.

Otra dificultad sería a partir del mal uso de la respuesta inquisitiva es que pueden crearse obstáculos para el buen desarrollo de la RMP, y cuando esta no es buena, las posibilidades de obtener una buena información, que es lo que estamos persiguiendo con este tipo de respuesta, se complica enormemente.

Es por esto que dedicamos fundamentalmente este epígrafe al análisis de algunas dificultades en la RMP creadas por el uso inadecuado o excesivo de este tipo de respuesta y a estudiar los errores más frecuentes que pueden producir desinformación.

Todos los autores coinciden en que la entrevista se inicia con una pregunta muy general: "¿En qué puedo ayudarlo?", "¿Cuál es el motivo de su visita?" o "¿Qué problema tiene?", e insisten en la importancia de escuchar, sin interrumpir al paciente, aunque por momentos parezca que se aleja de los aspectos relacionados con su enfermedad.

Esto no solo permite que el paciente se desahogue y conozcamos sus ansiedades y temores, sino que nos brinda una información fresca, no sugerida o viciada por nuestras preguntas, y nos ayuda a ir conociendo su personalidad. La segunda pregunta general, si ya no lo ha dicho, es: "¿Tiene alguna idea de la causa de su problema?", y la tercera pregunta: "¿Qué métodos ha puesto en práctica para tratar de aliviarse?"

Casi todos los pacientes, aunque no lo confiesen, tienen una opinión sobre las causas de sus problemas y cómo tratarlos; es importante conocerla para poder orientarlos y educarlos sin peligro de poner en riesgo la RMP y obtener solo cumplimientos parciales del tratamiento, o, lo que es peor, que busque otro médico más cercano a sus criterios.

Después de estas preguntas y poseedor de esta información, el médico puede dirigir el interrogatorio, según sus conocimientos técnicos, para puntualizar detalles y abordar áreas a las que el paciente no ha hecho referencia.

Puede entonces utilizar la respuesta inquisitiva –preguntas directas–, pero incluso en los casos en que su uso pudiera ser

positivo, es frecuente que se produzcan errores que afectan no solo la información, sino también la RMP.

Los errores más comunes son: repetir preguntas ya hechas, hacer preguntas irrelevantes, series estereotipadas de preguntas y provocar informaciones inexactas.

REPETICIÓN DE PREGUNTAS Y PREGUNTAS IRRELEVANTES

Es evidente el efecto que causa en el paciente comprobar la falta de atención, interés o memoria del médico que le pregunta un minuto después, lo mismo que ya contestó. De igual manera, se molestará con preguntas irrelevantes que no tienen relación con su atención. Por ejemplo: médico de guardia "—¿Viajaba usted en ómnibus o en camión cuando sucedió el accidente?"

Recordemos que las preguntas son más útiles para dirigir el flujo de información que para producir información, y que los silencios son embarazosos y molestos en la práctica social, por lo que aprendemos a evitarlos con preguntas irrelevantes; pero en la práctica profesional, los silencios son informaciones que se manejan de diversas maneras según su significado, y su solución, no es la pregunta irrelevante.

PREGUNTAS ESTEREOTIPADAS

La serie de preguntas estereotipadas en la confección de la historia clínica, por ejemplo en el interrogatorio por aparatos, hecha con frecuencia mostrando un interés muy distinto al prestado durante la historia de la enfermedad actual, puede transmitirle al paciente esta misma falta de interés, favorecida porque se aleja del área del órgano que le preocupa. Es importante lograr que el paciente no las sienta como preguntas irrelevantes.

NO PROVOCAR INFORMACIONES INEXACTAS

- **Preguntas que sugieren la respuesta** "¿Le duele más antes de comer que después de hacerlo?", "ya está durmiendo mejor, ¿verdad?"; sería más correcto en el primer caso: "¿Cuándo le duele más, antes o después de las comidas?"
- **Preguntas que obligan al paciente a confesar cosas desagradables**. "¿Padeció su madre de sífilis?", "¿Bebe usted mucho?" En ambos casos es asombroso que muchos médicos crean que esas preguntas directas le produzcan la información fidedigna deseada.
- **Preguntas dobles**. "¿Está menos triste y ansioso?", "¿Mejoraron el apetito y el sueño?" el paciente no siempre que ha mejorado y nota nuestra intención de "ahorrar tiempo", va a detenerse a arreglar nuestro error y explicarnos que cosa mejoró más que la otra. Estas preguntas van a influir en el tratamiento que vamos a indicar, por lo que tienen que hacerse separadas.
- **Términos que no se entienden en la pregunta**. "¿Ha tenido disnea?", "¿Ha padecido de blenorragia?" El peligro está en que la respuesta no siempre nos aclara cuando el paciente entendió otra cosa, porque a veces no se trata de que le dio pena confesar que no entendía, sino que creyó entender y contestó de acuerdo con su definición.
- **Preguntas que facilitan errores de interpretación**. "¿Padeció las enfermedades usuales en la niñez?" Es evidente que la respuesta afirmativa en dependencia de los criterios del paciente, puede incluir o excluir en la lista de "usuales" enfermedades no usuales o realmente usuales y el médico no lo sabrá.
- **Preguntas que comiencen con ¿por qué?**
  - El ¿**por qué**? socialmente se relaciona con llamadas de atención, con respuestas superficiales aceptadas y con deseos y gustos –sin analizar esos deseos y gustos.
  - El paciente evita confesar los aspectos socialmente poco aceptados de su ¿**por qué**?
  - Con frecuencia, los mecanismos de defensa o la complejidad de lo que se decide hacen que el paciente sea incapaz de analizar, y no conozca los verdaderos porqués.

Otros caminos nos ayudarán más a llegar a la información veraz sin arriesgar la RMP que una amenazante y acorraladora serie de porqués.

En resumen para lograr la información específica y confiable se deben cumplir los requisitos siguientes:

- Ir de lo general a lo particular.
- Evitar las preguntas de sí o no.

Lo primero es evidente, si aspiramos a empezar con preguntas abiertas para luego ir al detalle. Lo segundo también lo es, si a lo que aspiramos es a facilitar que el paciente hable con libertad, y continúe haciéndolo sin esperar una nueva pregunta.

El profesional debe estar alerta para que su respuesta inquisitiva frente a una demanda del paciente no signifique para él que simplemente, al completarnos la información, estaremos en condiciones de darle de forma inmediata, una solución al problema que nos plantea. Esto, como veremos más adelante al analizar la respuesta evaluativa, solo es válido cuando se trata de algunos aspectos orgánicos de la enfermedad y conduce al consejo o a la orden médica, cuyas limitaciones serán analizadas en aquel acápite.

También queremos alertar de que en nuestro curso de habilidades para la RMP, cuando los estudiantes tratan de identificar qué tipo de respuesta están utilizando durante un juego de roles, un error frecuente en el que incurren es clasificar como respuestas inquisitivas aquellas que se encuentran entre interrogaciones; y no consideran respuesta inquisitiva lo que no está formulado como pregunta.

Es evidente que si clasificamos como respuesta inquisitiva aquella en que buscamos información, muchas de las mejores técnicas para obtenerla no se dicen en forma de pregunta: "Cuénteme todo en relación con su preocupación de salud", o "Explíqueme el orden en que le fueron apareciendo los síntomas". Mientras, por otra parte, planteamientos del médico hechos en forma de preguntas, pueden haberse realizado más con el fin de mostrar un desacuerdo y en ocasiones ser francamente hostiles, que para obtener información: "¿No cree que sería mejor reducir esa cantidad de medicinas que toma?" (respuesta evaluativa), o "¿Cómo puede usted actuar así, está loco?" (respuesta hostil).

En conclusión, los profesionales de la salud deben apropiarse de técnicas que le permitan obtener la información que necesitan para ayudar a las personas que atienden; deben superar la confianza que al parecer aún tienen en las preguntas directas. En el combate contra la desinformación y en el logro de una buena RMP (componente afectivo), el uso adecuado de la respuesta inquisitiva parece estar entre las mejores armas.

RESPUESTA HOSTIL

La respuesta hostil es aquella en que el paciente resulta agredido, humillado, etc. Es evidente que ningún profesional de la salud tiene como objetivo agredir o humillar a la persona que viene a solicitar su ayuda, ni tampoco a aquellas que él busca para orientarlas en cuanto a su salud.

Sin embargo, la respuesta hostil aparece en diversas ocasiones en el transcurso de las relaciones entre el profesional y las personas que atiende. No hay que insistir en las consecuencias que este error puede tener para la RMP.

Son muy contadas las ocasiones en que el especialista en MGI está justificado para utilizar este tipo de respuesta como un mal menor, con el objetivo de evitar un mal mayor a su paciente, en los casos que ninguna otra técnica pueda sustituir el uso de las respuestas hostiles.

Es por ello que dedicamos este epígrafe fundamentalmente al análisis de las causas que hacen que se produzca este tipo de respuesta por parte del personal de salud.

Lo más frecuente es que aparezcan como respuesta a "algo" que el médico sintió como una agresión, y que su falta de control y de técnica le impidieron tratar de forma más profesional. Habitualmente esta respuesta levanta defensas en el paciente y crea un ciclo de hostilidad contra hostilidad entre ambos miembros de la RMP.

Si el profesional está alerta de que la primera agresión del paciente en forma de críticas o demandas es generalmente una expresión de su miedo, es casi seguro que no le provoque una respuesta inadecuada.

Mucho peor es cuando la supuesta agresión original es consecuencia de una falsa interpretación, motivada por los rasgos sensitivos de la personalidad del médico (rasgos paranoides). En estos casos, si el profesional no logra detectar sus defectos de personalidad y trabajar sobre ellos, cometería serios errores en su relación con los pacientes durante el ejercicio de su profesión.

Los pacientes en general, a causa de sus malestares, están dispuestos a ser menos tolerantes y comprensivos, pero este tipo de actitud es más frecuente en pacientes crónicos, que no ven mejorías y en pacientes con rasgos paranoides.

Otra problemática que favorece la aparición de respuestas hostiles por parte del médico es el entrenamiento inadecuado durante la carrera para la tarea que deberá ejecutar una vez graduado. Nuestros antiguos planes de estudio ponían el énfasis en la enseñanza hospitalaria, y convertían al paciente ingresado en el modelo del ciudadano que requiere atención médica.

El médico recién graduado encontraba que apenas 10 % de sus pacientes de consulta requerían ingreso, y que la mayoría de estos pasaban a la atención de distintas especialidades; por lo que su trabajo se concentraba en 90 % de los pacientes, que no se parecían al modelo de enfermo para el que él había sido entrenado. Esto, normalmente, le producía una frustración no solo por su poca habilidad en el trato de este tipo de pacientes, sino también por el falso criterio aprendido de algunos "grandes clínicos" de que a él le estaban tocando los casos sin importancia, los hipocondríacos y simuladores que no merecían el esfuerzo de aprendizaje que había realizado.

Resulta evidente la influencia de esta frustración en la aparición de respuestas hostiles. Si añadimos a lo anterior, la sobrecarga de pacientes en cuerpos de guardia y consultas que atienden regiones grandes con poca cobertura médica, la respuesta hostil deja de parecernos un fenómeno inexplicable.

El nuevo plan de estudio con su perfil de salida y el nuevo sistema de atención a través del médico de familia, pondrán remedio, sin dudas, a algunas de las causas analizadas, pues están concebidos para priorizar la atención, no solo del 90 % de pacientes ambulatorios, sino también para prevenir las enfermedades de aquellos que no asisten a consulta y trabajar siempre con pequeños grupos de población.

Otro aspecto favorecedor de respuestas hostiles es cuando la formación del futuro egresado es insuficiente en aspectos psicológicos, y el médico se siente desvalido e impotente para ayudar a este tipo de pacientes en los que su componente psíquico tiene gran relación con la intensidad de sus malestares y quejas; con frecuencia, la hostilidad es un intento de negar la depresión y frustración que nos produce el poco éxito que tenemos con un paciente o con ese tipo de pacientes en general.

A veces, la hostilidad se expresa en forma de "humor" y se enmascara la agresividad con un chiste o comentario jocoso. Cuando, por accidente, esto llega a oídos del paciente o los familiares, el daño en la RMP es habitualmente irreversible.

Si notamos que la relación no marcha bien, que el paciente da muestras de rechazo (transferencia negativa), y que nos produce

molestias o agresividad (contratransferencia negativa), es útil que nos hagamos alguna pregunta al estilo de *Brammer y Shostrom:*

- ¿Hablo más de lo que escucho para impresionar al paciente con mi sabiduría?
- ¿Estará entre mis problemas tapar mi complejo de inferioridad con una fachada de superioridad, y por eso no soporto y me parece una debilidad la búsqueda de aceptación del paciente?
- ¿Es mi necesidad de ser aceptado tan grande, que me pongo agresivo cuando el paciente me trata con rudeza, coopera poco o no muestra aprecio por mi trabajo?
- ¿Tengo tanta necesidad de sentirme importante que trato de hacer a los pacientes dependientes e interfiero en su derecho de tomar decisiones?
- ¿Me dan tanto temor las relaciones afectivas que los trato con frialdad e indiferencia?
- ¿Requiero tanta protección y calor humano que he sido sobreprotector con el paciente?
- ¿Me recuerda demasiado a mis propios problemas y estoy siendo superficial y exhibiendo un falso optimismo?
- ¿Estoy dando consejos que no piden para parecer más inteligente?
- ¿Estoy compitiendo con otras autoridades importantes en la vida del paciente, incluso criticando los consejos de otros médicos?
- ¿Estoy reaccionando ante el paciente como individuo, o tengo prejuicios hacia el grupo humano a que pertenece?

Por último, queremos añadir que defectos en la formación ética, no solo de ética profesional, sino también en otros aspectos de la vida, potencian todas las causas anteriormente numeradas. El prejuicio racial, los prejuicios hacia la mujer y el sexo, y otros prejuicios sociales, culturales, etc., por sí solos rara vez producen respuestas hostiles en el marco de una RMP; sin embargo, relacionados con las situaciones anteriores facilitan su aparición.

La frecuencia de respuestas hostiles con pacientes "importantes" siempre resulta menor que con estos otros pacientes. Si no como causa directa, estos otros prejuicios, cuando menos, pueden darle forma a la respuesta hostil y aumentar la gravedad del error para la RMP por la enorme carga de injusticias que entrañan.

Veamos un ejemplo: en la Sala de Partos, frente a pacientes que no cooperaban y exhibían conductas impropias debido al dolor, el miedo y el bajo nivel educacional, con la excusa de que la criatura por nacer estaba en peligro y motivado fundamentalmente por la impotencia y falta de habilidad del médico para conducir la situación por mejores caminos, le oímos decir a más de un profesional a su paciente en nuestra época de estudiantes: "¿Con qué derecho te portas así? Esto tenías que haberlo pensado cuando lo estabas haciendo".

Confiamos en que con el transcurso de tantos años, este tipo de prejuicio prácticamente no exista entre nuestros médicos jóvenes. En aquellos casos el profesional, además de faltarle al respeto y humillar a quien lo necesitaba en ese momento, estaba evidenciando su incapacidad para consolar y aliviar la respuesta a la ansiedad y al dolor de sus pacientes sin el uso de fármacos, además de mostrar su prejuicio en relación con el sexo.

En conclusión, si ponemos freno a nuestros rasgos paranoides de personalidad, adquirimos mayor habilidad para la atención de los aspectos psicológicos de las enfermedades, comprendemos que en estado de enfermedad es normal que aumenten los rasgos de inmadurez –dependencias y malacrianzas infantiles–; si somos capaces de entender que la prevención y atención primaria tienen altísimo lugar en el concierto de las especialidades médicas, y si todas y cada una de las personas que atendemos es un paciente "importante", habrá, sin lugar a dudas, una marcada disminución en el número de respuestas hostiles.

RESPUESTA EVALUATIVA

La respuesta evaluativa se produce cuando juzgamos los sentimientos del paciente, y dejamos implícito cómo debiera pensar, sentir o actuar.

En nuestra cultura este tipo de actuación por parte del médico es la que predomina. La tendencia a una posición biologicista refuerza este tipo de respuesta por parte del médico. El paciente se trata como un objeto de salud más que como un sujeto de su propia salud. Se parte del presupuesto de que el paciente no está preparado para reconocer su enfermedad y decidir la conducta que debe seguir para combatirla, que requiere del experto capaz de reconocer las causas para que le diga qué debe hacer y qué no debe hacer. Esta posición del médico niega de alguna manera la utilidad y la necesidad ética del consentimiento informado, e impide que el paciente decida u opine sobre cómo va a enfrentar las posibilidades de tratamiento.

En la enfermedad orgánica, el médico, "armado" de conocimientos científicos, le ordena al paciente cómo actuar, y si aparecen errores en la actuación de este que entorpezcan el plan, se lo señala.

En nuestra cultura, a diferencia de la cultura anglosajona, el paciente en estado de enfermedad, con mucha frecuencia, prefiere que el médico lo libere de la responsabilidad de participar en las decisiones, y le pide que como experto, le diga qué debe hacer.

Los médicos, que durante mucho tiempo no han tenido mejores armas que este tipo de respuesta, han logrado la mejoría y curación de los pacientes que se subordinan a sus órdenes médicas. Pero mientras más comprendemos la influencia de la esfera afectiva en muchas de las enfermedades orgánicas y el efecto que tienen los patrones de conducta del sujeto en su

salud, más nos damos cuenta de que no es suficiente ordenar o criticar.

Decirle a una persona que no debe pensar lo que está pensando, ni sentir lo que siente, y que su conducta no debe regirse por lo que siente y piensa, sin más explicación que nuestra opinión de expertos, es casi siempre absurdo o cuando menos, inútil. Una cosa es ordenar antibióticos para combatir una infección, y otra muy distinta es lograr cambios en la conducta del paciente que le permitan conservar o recuperar su salud.

Para conseguir un cambio de conducta tenemos que ayudar al paciente a encontrar en sus características de personalidad y experiencia vitales anteriores, las causas que explican por qué piensa, siente y actúa de esa manera, para que pueda, entonces, modificarla; y esto no se logra con respuestas evaluativas que se limitan a juzgar y criticar. Para lograr modificar actitudes no es suficiente la sugerencia o la orden de que no se comporte así.

La respuesta evaluativa se debe al falso criterio de que el "consejo" del médico, como si se tratara de "tome tal pastilla" o "evite tal alimento", ayuda a resolver un problema de conducta. Es por ello que el médico, acostumbrado a dar órdenes terapéuticas, cae en la trampa de aconsejar o incluso ordenar al paciente qué conducta debe seguir en otros aspectos de su vida.

El peligro de los consejos sobre aspectos psicológicos y sociales de la vida del paciente y la conducta del mismo para darle solución, estriba en que en la mayor parte de las veces que decimos "Si yo fuera usted..." o "Yo en su caso...", la solución que ofrecemos está fuera del alcance de la personalidad y la experiencia histórica de los sujetos, y, en ocasiones, choca incluso con la jerarquía de valores, imagen del mundo y sentido personal (afectivo) del ser humano.

El consejo no solo resulta impracticable para el paciente, sino que le hace evidente lo poco que el médico lo conoce y lo comprende, o peor aún: "¿Quién iba a pensar que el médico fuera capaz de cosas como esa?". De cualquier modo, la RMP puede afectarse seriamente.

Pero aun en los casos en que el paciente pueda aplicar dichos consejos, si sale bien, aprendió poco o nada; y si bien se alivió de ese problema, el próximo no lo encontrará mejor preparado en su toma de decisiones para enfrentarlo, ya que probablemente no entendió la esencia de por qué funcionó en el caso anterior, por lo que aumentará su dependencia y correrá a preguntar de nuevo. Si sale mal, tendrá todo el derecho a pensar: "Hice lo que me mandó el experto y ese desastre no es culpa mía, sino de él; tengo que buscar quien me aconseje mejor".

Por otra parte, es importante no confundir dar información con aconsejar. El médico tiene el derecho y el deber de dar información a su paciente y hacerlo de forma convincente para que este la utilice en su toma de decisiones. Parte importante de esta información pueden ser las recomendaciones y prescripciones del tratamiento.

Recordemos que la respuesta evaluativa no solo se expresa con palabras. Cuando el médico oye confesiones del paciente que implican conductas que rechaza la sociedad o al menos el grupo social a que pertenece el médico y este no es capaz de reprimir la expresión facial de desagrado, e incluso de *shock*, se produce una situación tan destructiva para la RMP como la crítica verbal.

Por último, debemos saber que con frecuencia el paciente hace preguntas que nos tentarán a dar respuestas evaluativas y consejos. Debemos distinguir cuándo está buscando información necesaria o cuándo quiere que alguien decida por él lo que debe hacer.

RESPUESTA DE APOYO

Llamamos así a aquellas respuestas superficiales con las que se evita entrar al análisis profundo de las preocupaciones del paciente. Sus formas más usuales son: "No tiene por qué preocuparse, todo va a salir bien", "Eso le pasa a todo el mundo", "Eso se le alivia enseguida", "Lo suyo es muy sencillo", "Usted está muy fuerte", etc.

Esta conducta aparentemente inocente de decir algo "alentador" con frecuencia toma características negativas. Una de las esencias de este tipo de respuesta consiste en negar la existencia del problema.

- Paciente: "Las cosas me van mal en el trabajo, al aumentar los controles mi grado de escolaridad no me permite hacer un trabajo tan complicado. Mi jefe está pensando en sustituirme por un universitario."
- Médico: "Ya verá que usted puede, yo estoy seguro que su jefe no está pensando eso".

Negar la realidad no produce un verdadero apoyo; el paciente realmente se siente apoyado cuando se le ayuda a usar sus habilidades, cómo enfrentar y resolver el problema. La respuesta superficial de apoyo protege la salud del médico, que siente que hizo algo sin necesidad de enfrentar la discusión de un tema difícil que podría hacerlo sentir mal.

Las respuestas: "No hay razón para preocuparse" o "Anímese, todo va a salir bien", son ineficaces y superficiales, incluso cuando son ciertas, porque habitualmente no son suficientes para cambiar los sentimientos del paciente.

Otra forma negativa de apoyo puede ser la mentira: "Abra la boca que no va a dolerle". Cuando el paciente no completa el tratamiento diremos que lo dejó a medias por cobardía, en lugar de comprender que nos perdió la confianza por mentirle.

También resulta negativo utilizar como apoyo el cambiar de tema como si fuera posible que el paciente cambiara sus preocupaciones definitivamente, porque lo distraemos un rato al hablar de otra cosa. Quizás hayamos logrado hacerlo sonreír y nos vamos

tranquilos y satisfechos, sin darnos cuenta de que la preocupación que no hemos querido discutir volverá a él a los pocos minutos y lo mantendrá agobiado gran parte de la noche.

Uno de los errores más graves es confundir el apoyo con la **aceptación** que veremos más adelante. La aceptación consiste en no criticar una frase o una conducta del paciente para estimularlo a que continúe dándonos información sin levantar defensas, pero esta posición de no agredirlo no implica que estemos de acuerdo y nos parezca bien lo que ha hecho. Si el médico, creyendo reforzar en el paciente la sensación de que es aceptado, utiliza una variante incorrecta de respuesta de apoyo que le refuerce el error cometido con observaciones como: "No vale la pena preocuparse por eso" o "Eso no tiene importancia", le estaría haciendo un dudoso favor al paciente cuando se trata de una conducta y una actitud que debe intentar modificar.

Debemos reconocer, sin embargo, que en ocasiones, el profesional de la salud acumula tanto prestigio a los ojos de su paciente que este llega a creer que el médico lo sabe todo y que es infalible; una frase que en boca de otro sería superficial, dicha por él puede estar cargada de un enorme poder de sugestión: "Usted verá que en pocos minutos el medicamento hace efecto y el dolor se le alivia"; y de igual forma, esta fe del paciente, gracias a una RMP bien lograda, puede ayudar a conducirlo a un cambio de actitudes con argumentos a veces superficiales, que dichos por otra persona no habrían sido suficientes para convencerlo. Pero debemos estar alertas, pues el uso y abuso de frases superficiales socialmente aceptadas debido a esa posición privilegiada, es la mejor manera de llegar a perderla.

Procederemos ahora al análisis de una vieja discusión ética. En ocasiones aparecen mecanismos de defensa en el paciente que le permiten manejar la angustia de la situación en que se encuentra. Sucede que puede mostrar alegrías y esperanzas cuando se le informan probabilidades estadísticas que no le son favorables, y busca en nosotros una respuesta de apoyo al optimismo que siente. En ese caso reforzar que ese porciento de posibilidad de mejoría o curación existe, o permanecer en silencio frente a ese optimismo, no es mentir. Pero los criterios éticos difieren entre los que piensan que debe destruirse ese mecanismo de defensa que da esperanzas y enfrentar al paciente a la ansiogénica realidad de que sus probabilidades negativas son mayores; y los que piensan que nada se gana con sumirlo antes de tiempo en un estado afectivo negativo que influye desfavorablemente en sus defensas físicas.

Este tipo de respuesta de apoyo debe ser valorado con mucho cuidado en cada caso y no debe prohibirse de manera total a pesar de su riesgo, porque el optimismo y la esperanza, aun en las peleas más difíciles, son en definitiva una virtud.

En resumen, el verdadero apoyo está en el respeto al paciente, en mostrarle interés real, en escucharlo, en permitirle aclarar sus sentimientos a través de respuestas comprensivas y en darle información correcta.

Escoger qué información y ofrecer que esta sea auténtica, es parte de la labor de un médico; pero un segundo aspecto para que esta información sirva de apoyo, es que tiene que venir de una persona cuya confiabilidad está fuera de toda duda, y eso hay que ganárselo a lo largo de toda la RMP.

La presencia física de la persona en que se confía resulta una fuente de seguridad y apoyo; seamos para nuestros pacientes, esa persona.

RESPUESTA PARA DAR INFORMACIÓN

Durante la comunicación en la RMP, el médico (personal de salud) con frecuencia tiene que dar respuesta a las demandas de información de la persona que atiende. Aunque la pregunta no sea hecha explícitamente, una de las razones para acercarse al experto en salud es la de recibir información actualizada sobre lo que nos preocupa, lo que coincide con los intereses de estos profesionales de la salud, ya que una parte importante de su trabajo es lograr que los pacientes se conviertan en sujetos de su propia salud, para lo que necesitan estar bien informados.

Si añadimos a esto que prácticamente todas las posiciones de la ética médica actual coinciden en la importancia de que el paciente autorice las acciones que sobre él se van a realizar (consentimiento informado), comprenderemos que el buen manejo de esta respuesta informativa resulta de capital importancia.

Sin embargo, es frecuente que el médico se asombre cuando se le demuestra que sus pacientes olvidan en menos de una hora, alrededor de la tercera parte de lo que él les informó. Aprender y memorizar son procesos que requieren motivación y repetición.

Hay que lograr motivar al paciente con lo que le decimos, que no se distraiga con sus preocupaciones, ni con lo que acabamos de decir, y recuperar su atención antes de continuar. Debemos exponer los aspectos más importantes al principio de la entrevista antes que decaiga la atención del paciente y repetirlos luego. Tampoco debemos atiborrarlo con múltiples informaciones, porque olvidará mucho más. Hay que saber escoger qué queremos que aprenda hoy. También se sabe que se recuerda bien la última frase. Repitamos en la despedida algo importante.

Una investigación en EE.UU. demostró que la causa fundamental de que las madres fallaran en el cumplimiento del tratamiento impuesto a sus hijos se debió a que sintieron al médico poco amistoso, o que no les explicó bien el diagnóstico y la causa de la enfermedad. Esto demuestra que en los olvidos y las confusiones no influyen solo la cantidad de información, el momento en que se brinda esta o que no sea fácilmente comprensible; y lo que es peor, muchas veces el mal cumplimiento del plan no se debe a los olvidos y confusiones, sino a otros aspectos de la RMP.

Es por eso que al dar información, además de tener la mejor técnica para transmitir las ideas, hay que cuidar también de los

aspectos afectivos que pueden influir en que la información llegue.

RESPUESTA INFORMATIVA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

El profesional de la salud en sus funciones de prevención primaria tiene que informar al paciente de las consecuencias que sus acciones pueden tener sobre el equilibrio funcional del organismo, y cómo la repetición prolongada de algunas de ellas puede no solo provocar alteraciones de la función normal, sino también provocar daños irreversibles en los órganos que hacen posible estas funciones.

Debemos estar alertas de que al informar al paciente de lo negativo de sus conductas –tipo de alimento que consume, adicción a sustancias tóxicas como el tabaco y el alcohol, costumbre sedentaria, etc.–, la forma en que lo hagamos tiene una importancia decisiva desde el punto de vista técnico.

No es lo mismo informarle a un sujeto que se ha confirmado que la ingestión de grasas de origen animal, el tabaquismo, el exceso de peso y la falta de ejercicios físicos multiplican la posibilidad de que aparezcan enfermedades tan serias como el infarto del miocardio y convierten a los que practican este estilo de vida en pacientes con un riesgo alto de sufrirlas, que decirle al paciente: "Usted debe bajar de peso, dejar de fumar, hacer ejercicios y no comer grasas de origen animal." Si así lo hiciéramos, estaríamos cambiando una respuesta informativa por una respuesta evaluativa.

Quizás usted sea de los que piensa: "¿Pero cuál es la diferencia, si es exactamente lo mismo?"; y tendríamos entonces que advertirle que se ha confirmado que las órdenes directas, aunque a veces funcionan, no son la mejor técnica para lograr cambios de actitudes; y que se multiplican por varias veces las posibilidades de éxito en la modificación de conductas indeseables de salud establecidas cuando, en vez de dar una orden directa, se logra que la decisión surja del propio paciente.

Al brindar información al paciente sobre las acciones que pueden afectar la salud y sus terribles consecuencias, tenemos que ser extremadamente cuidadosos para evitar que lo dicho no sea interpretado por él de las formas siguientes: como algo que para él es imposible de realizar, como algo aterrorizante y como algo que en su caso ya no tiene remedio y no vale la pena intentar.

- *Como algo que es imposible de realizar.* Veamos el primer supuesto. Se trata de un sujeto que consume dos cajetillas de cigarros al día y le decimos que deje de fumar. La mayor parte de estos pacientes considerará esta orden imposible de cumplir. El informarle, aunque no sea en forma de orden, las consecuencias de esta costumbre en un número tan elevado de cigarrillos al día, nos obliga a conocer las técnicas más adecuadas para combatir este problema, o al menos a ponerlo en contacto con un experto que lo ayude a lograrlo. Si vamos a dejarlo abandonado a su impotencia o a inventar métodos poco científicos de cómo superar la adicción, probablemente habremos hecho más daño que bien, y añadiremos un importante motivo de estrés para aumentar sus riesgos de infarto.

  En algunos pacientes es preferible proponernos una fase intermedia como medio más afectivo para aumentar nuestras posibilidades de éxito. La reducción de un importante número de cigarrillos disminuye notablemente el riesgo de infarto; al mismo tiempo estos pocos cigarrillos autorizados refuerzan la idea de que su propósito no es tan imposible y evitar el estrés que produciría la supresión brusca del producto al cual es adicto. Además, habiendo disminuido los riesgos a que sometemos al paciente, nos permitirá pasar a una segunda fase más adelante, donde sí nos estaríamos planteando la meta –ya entonces mucho más posible– de que abandone definitivamente el hábito de fumar.
- *Como algo aterrorizante.* En el segundo supuesto, hemos visto con preocupación que algunos médicos se regodean pintando cuadros terroríficos sobre las realidades de algunas enfermedades y sus complicaciones, en la creencia de que si logran el aumento del miedo hacia algo a lo que el paciente parece no dar mucha importancia, conseguirán cambios en su conducta. Esto, que pudiera tener algo de verdad cuando está bien dosificado, parece ignorar que si provocamos pánico o terror, la regulación de la conducta puede desorganizarse, y estos estados afectivos intensos se convierten en riesgos para muchas enfermedades y son productores importantes de estrés. Por tanto, este método no solo puede provocar conductas inesperadas e indeseadas, sino que también deprime las defensas inmunológicas del paciente y participa como causa importante de riesgo en enfermedades psicosomáticas, entre las que pudiera estar precisamente la que estamos tratando de prevenir.

  Mantener asustado al paciente para lograr que cumpla el tratamiento, puede ser uno de los mejores caminos para lograr que enferme.
- *Como algo que en su caso no tiene remedio y no vale la pena intentar.* En el tercer supuesto, nuestra información debe dejar claro que sí está a tiempo de salir del grupo de riesgo, o al menos, en el peor de los casos, de evitar riesgos mayores.

  El paciente debe estar convencido de que la información que recibe no es la de que está desahuciado y que da lo mismo lo que haga de aquí en adelante con respecto a su salud; sino por el contrario, que lo que le estamos orientando es la actitud que debe seguir para ayudarlo a prevenir las consecuencias que puede tener para su salud si no modifica su conducta.

RESPUESTA INFORMATIVA PARA EL ENFERMO

Lo dicho en el epígrafe anterior sigue siendo válido para el enfermo, pues el trabajo del personal de salud siempre está en prevenir consecuencias mayores; que en el caso del ya enfermo, pueden estar dadas por las secuelas, el paso a la cronicidad o la muerte. Pero en el caso del enfermo, además de aquellas preocupaciones a la hora de brindar información, se añaden otras.

Todo el que va a consulta aspira a que se le dé un diagnóstico, un pronóstico y orientaciones para su tratamiento y tiene derecho a ello. Los errores al brindar esta información pueden ser destructivos para la RMP.

Es evidente que la reacción afectiva cuando se le dice al paciente que su diagnóstico es un caso banal, no es la misma que si se le informa que tiene un cáncer. Esto no quiere decir que no se digan al paciente diagnósticos que impliquen que su vida está en peligro o que tendrá que soportar sufrimientos para vencer la enfermedad; pero lo que sí es evidente, si queremos aliviar en lo posible la respuesta afectiva del paciente, es que ambas informaciones no pueden darse de la misma manera.

Tal como vimos en el capítulo 7 cuando tratamos los criterios de amenaza del paciente, no podemos presumir que distintos pacientes reaccionarán frente al mismo diagnóstico con el mismo temor, y mucho menos con el mismo temor con que reaccionaríamos los que tenemos un conocimiento más profundo de las posibles complicaciones o por el contrario, de los avances científicos que ya hacen a las enfermedades menos peligrosas.

Es por eso que no debemos informar el diagnóstico sin saber la significación afectiva (sentido personal) que tiene para el paciente. La cantidad de explicaciones y de apoyo afectivo, para estar convencidos de que hemos cumplido con el consentimiento informado y de que el paciente está listo para decidir las acciones que nos permitirá realizar, variará en buen grado de acuerdo con el sentido personal que ese diagnóstico tenga para el paciente.

Igual sucede con el pronóstico y con el tratamiento. Sería absurdo dedicar el mismo tiempo de información y apoyo afectivo cuando el pronóstico es benigno y el tratamiento no despierta temores irracionales, que cuando el pronóstico y el tratamiento implican graves peligros, o el paciente demuestra tener conocimientos adecuados sobre lo que debemos informar.

Hay dos situaciones excepcionales en que valdría valorar dar la información a los familiares y ocultarlo al paciente. Hablamos de pacientes conscientes y que no necesitan tutor.

- Cuando el riesgo de muerte por la información que va a recibir sea muy alto.
- Cuando la única información que se dará, sea: "Va a morir y no podemos hacer nada por usted, si aparece algún dolor le mandaremos calmantes."

A pesar de lo anterior es importante que el personal de salud comprenda los matices de estas verdades. Con la excusa de ser sincero, en ocasiones la información que damos resulta innecesariamente cruel o pesimista a pesar de que sabemos que esta se basa en estadísticas no del todo confiables o con un rango de posibilidad muy amplio. El consentimiento informado no implica suponer como más probables las peores consecuencias de hacer o dejar de hacer una cosa; a posibilidades iguales, debíamos tender al optimismo. El estrés –en ocasiones innecesario– que provocamos dejando al paciente solo en su decisión, es también una enfermedad. No ayudarlo cuando lo está pidiendo, no por respeto a su autonomía, sino para no comprometernos en la decisión, no es tan ético en nuestra cultura como parece serlo en la cultura anglosajona.

En el otro extremo, cuando engañamos al paciente terminal en nombre del humanismo, a veces solo conseguimos que pierda la confianza en nosotros y afectamos la calidad de la RMP, que puede servirle de consuelo en los momentos finales, cuando se le hace consciente el proceso inevitable de su muerte.

RESPUESTA COMPRENSIVA O EMPÁTICA

Este tipo de respuesta tiene varios objetivos, el primero de los cuales es lograr que el paciente esté seguro de que el entrevistador ha entendido su mensaje. Simultáneamente, el médico o el profesional de la salud, también queda seguro de que lo que él entendió es en realidad lo que dijo el paciente.

En segundo lugar, lograr que el paciente sienta que es aceptado tal como es y que puede expresar libremente todo lo que sienta y piense sin el peligro de que se le juzgue y critique. Y por último, se trata de una técnica no directiva que intenta ayudar al paciente a reflexionar sobre los problemas que le preocupan y aclararse a sí mismo sus causas, la intensidad de los afectos que le provocan y las posibles vías de resolverlos.

Este tipo de respuesta requiere una técnica para lograr sus fines:

- El primer aspecto de esta técnica es ser capaz de reflejarle al paciente, tanto lo que dice como lo que siente, y poner el énfasis en esto último.
- El segundo aspecto es lograr que sienta que es comprendido y aceptado.
- El tercer aspecto es ser capaz de contenerse y no intervenir dando opiniones y criterios.

Procederemos primero a la explicación de los pasos de la técnica y a continuación pasaremos al análisis de la importancia y utilidad de los fines que se propone este tipo de respuesta.

¿QUÉ QUEREMOS DECIR CON REFLEJAR?

La comunicación del paciente viene integrada por un conjunto de comunicaciones verbales y extraverbales. Cuando hablamos de reflejar, lo que estamos diciendo es aprovechar una de las pausas que hace el paciente, para rechequear si lo hemos entendido bien, para lo cual le repetimos lo que nos ha dicho, e incluimos el estado afectivo que creemos haber percibido en él a través de sus comunicaciones extraverbales. También le consultamos si lo que le decimos refleja realmente todo lo que ha querido decir y lo que siente, y le damos la oportunidad de que complete el mensaje y corrija los aspectos en que no hayamos sido exactos al reflejar lo que quiso decir y lo que estaba sintiendo. Veamos un ejemplo simplificado:

Llega un paciente llorando y tembloroso, con un evidente estado de nervios y nos dice: "Doctor, yo pienso que lo que tengo es cáncer, estoy seguro de que voy a morir y ustedes no quieren decírmelo".

El médico responde: "Veo que está muy nervioso y triste, que es muy grande el miedo que siente; usted cree que lo engañamos al decirle que no es cáncer, y está convencido de que esa enfermedad la tiene y lo va a matar. ¿Voy entendiendo bien lo que quiere decirme?"

En este ejemplo, el médico ha reflejado tanto lo que el paciente dijo, como lo que está sintiendo; y el paciente podría aclarar que no es miedo sino terror o por el contrario es solo temor, o que le da más miedo que lo estén engañando y no saber, que el peligro de muerte en sí; o que la ansiedad es insoportable, o que la ansiedad no es lo que le preocupa, o que no quiso acusarnos de mentiroso, sino solamente de ocultarle la verdad, o que en realidad no está convencido de tener la enfermedad, pero sí que le tiene mucho miedo y que lo que nos pide es que no lo engañemos, etc.

Todos estos matices y el interés por aclararlos no solo nos ayudan a entender mejor la problemática real del paciente, sino que permiten que este pueda estar convencido de nuestro interés y de que al final hemos entendido exactamente el problema que nos planteaba.

Ahora bien, como ya hemos explicado en otros capítulos, cuando el paciente llega a nuestra consulta, la técnica adecuada para entrevistarlo es a través de una pregunta abierta, permitirle que se desahogue y nos cuente en su totalidad el problema que lo trae. Es evidente, entonces, que no sería buena técnica interrumpirlo a cada instante para reflejar (rechequear) lo que vamos entendiendo. El profesional debe ser capaz de hacer al final una respuesta empática que no repita palabra por palabra lo dicho, sino que le hace un resumen de las ideas esenciales que ha creído entender y de los estados afectivos expresados por el paciente.

Solo en algunas ocasiones cuando la comunicación del paciente nos produzca grandes dudas de cómo interpretar lo que nos dice, le interrumpiremos antes de terminar y realizaremos una respuesta empática parcial para aclarar el aspecto en cuestión.

Cuando adquiramos el hábito de rechequear –de reflejar lo que hemos entendido– al final de esta primera y larga exposición del paciente, nos sorprenderá la cantidad de aspectos que dejamos de percibir en estas comunicaciones y la magnitud de las interpretaciones falsas y prejuicios que hemos tenido al tratar de entender lo que hay detrás de lo que el paciente nos ha dicho.

COMPRENDER Y ACEPTAR

Es importante que tengamos claro que comprender por qué el paciente hace o dice algo no quiere decir estar de acuerdo. Lo que le estamos transmitiendo al paciente es simplemente que entendemos el contenido de su mensaje –lo que piensa y lo que siente.

ACEPTACIÓN

Al comprender lo que nos dice o lo que ha hecho, debemos lograr que el paciente sienta que es aceptado, que no se le critica, ni se le está juzgando negativamente. Esto no quiere decir que le digamos que aprobamos su conducta y su forma de pensar; él debe sentir que nuestra función en ese momento no es de aprobar o rechazar, sino de entender lo que está sucediendo para poder ayudarlo.

Lograr esto producirá sin dudas una comunicación más abierta por parte del paciente; si no lo conseguimos, levantará defensas en la comunicación y se limitará a contarnos lo que cree imprescindible para resolver su problema de salud, sin permitirnos entenderlo como persona, para ahorrarse regaños, críticas y rechazos "innecesarios".

CONTENERSE Y NO INTERVENIR

Quizás esto sea lo más difícil de alcanzar. Con frecuencia, el paciente hace afirmaciones que resultan errores evidentes desde el punto de vista médico, o justifica su conducta con una jerarquía de valores completamente opuesta a la nuestra. Estaríamos muy equivocados si creyéramos que basta con interrumpirle y explicarle su error para que salga de él. Las personas no cambian lo que han creído durante años simplemente porque afirmemos lo contrario y mucho menos modifican su jerarquía de valores, porque mostremos nuestro rechazo ante esa forma de jerarquizar. Lo que obtendremos, en la mayoría de los casos, es que el paciente no se sienta

aceptado, que piense que somos incapaces de comprender cosas que para él son evidentes y que hagamos daño a la RMP.

Si logramos mantener y perfeccionar esta relación podremos ayudarlo a comprender, poco a poco y por sí mismo, cuáles de las informaciones que tiene son falsas, y cómo puede influir una mala jerarquización de los valores para agravar sus problemas y limitar sus posibilidades de solución.

ASPECTOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA AL APLICAR LA RESPUESTA EMPÁTICA

- Cuando las frases del paciente son cortas y hacemos una serie consecutiva de respuestas empáticas y tratamos de no repetir exactamente lo que dice, sino de reflejarle la esencia, debemos dejarle claro que lo que intentamos es que nos corrija para entenderlo mejor o nos confirme que le hemos entendido bien, si no, pudiera pensar que lo que estamos haciendo es corregirle su sintaxis.
- Debemos evitar comenzar siempre nuestra respuesta de una forma estereotipada. Le brindamos a continuación una serie de posibilidades que puede seleccionar y alternar durante la entrevista:
  - Usted siente...
  - Usted piensa...
  - Por lo que usted dice...
  - Usted cree...
  - En otras palabras...
  - Entiendo que...
  - Parece que...
  - Lo que me dice es que...
- Un paso superior dentro de la respuesta comprensiva es interpretar, reflejar, y retransmitir al paciente los sentimientos y verdaderas preocupaciones –a veces ocultas para el paciente– que encierra esa comunicación. Pero no debemos evaluarlo y mucho menos rechazarlo. El paciente tiene que sentirse aceptado y con derecho a expresar lo que siente; y como ya hemos dicho, aceptar no significa ni acuerdo ni aprobación, sino que lo comprendemos y estamos dispuestos a escucharlo y participar (reflejando) en el análisis de la situación.
- Mucho más que reflejar el contenido de lo dicho, lo importante está en interpretar y transmitir al paciente, a través de sus palabras, las actitudes y sentimientos que hemos entendido que tiene. Por ejemplo:
  - Paciente: "En el trabajo todas son celebraciones para los jóvenes, parece que los viejos sobramos, y los jóvenes pudieron estudiar porque se lo pusieron todo facilito."
  - Médico: "Entiendo que lo que le molesta es el poco reconocimiento a sus años de esfuerzos cuando no nos alcanzaban los ingenieros."

Comparemos esta respuesta con los otros tipos de respuesta ya estudiados.

- Inquisitiva: "¿Qué lo hace pensar que los viejos sobran?"
- Hostil: "Tenerle envidia a los que saben más no va a ayudarlo a sentirse mejor."
- Evaluativa: "Más bien debiera disfrutar que el relevo esté bien preparado y además, estudiar no es tan facilito como usted dice."
- Apoyo: "Estudiar no puede sustituir la experiencia, nadie está loco para pensar que los viejos sobran."

Al reflejar los afectos es frecuente que no encontremos la palabra exacta para expresar lo que el paciente siente o para identificar el matiz con una palabra del idioma dentro de la gama de sentimientos que interpretamos, a partir no solo de lo que dice, sino también de la información extraverbal mientras lo dice. No es lo mismo iracundo, que colérico, bravo, disgustado, molesto, ofendido, lastimado, etc., y en ocasiones, es bueno preguntar al paciente cómo llamaría él a lo que siente, lo que le permite aclararlo más y prueba nuestro interés por comprenderlo bien. Por ejemplo:

- Paciente: "Yo hago la dieta lo mejor que puedo y usted continúa presionándome e inconforme."
- Médico: Usted está disgustado porque le parece que no comprendo cuánto usted se esfuerza."

Otro ejemplo:

- Médico: "¿Cómo llamaría usted a lo que siente en esos momentos en que no reconozco el esfuerzo que usted hace?"
- En otras ocasiones, si no captamos el sentido del mensaje: "No logro seguirlo completamente, ¿pudiera explicarme un poquito más?"

Lo que estamos alertando es a no caer en el error de utilizar la misma palabra para reflejar todos los matices de un afecto, ya que debemos percibir y reflejar los diversos grados en que está bravo un paciente, desde molesto hasta furioso; y de igual manera, si está de buen ánimo, desde la placidez hasta el éxtasis. El profesional poco entrenado trata de reflejar todos los matices con una sola palabra, o lo que es peor, no discrimina entre un término y otro.

- Los afectos que se van a reflejar pueden ser positivos, negativos o ambivalentes. Los sentimientos negativos hacia los otros son más fáciles de manejar, que cuando están dirigidos contra el entrevistador o contra sí mismo.

Cuando el paciente habla mal de sí mismo, la tendencia del médico no entrenado es a la respuesta de apoyo; pero contradiciendo al paciente probablemente lo que provocará es que este insista en la validez de lo que dijo y sienta como un error de apreciación nuestro la respuesta de apoyo. Lo que habremos logrado es que invierta unos minutos más en buscar ar-

gumentos que refuercen su convicción, por ejemplo, de que es inferior y se merece lo que está pasando.

En la otra situación, cuando identificamos que los sentimientos negativos están dirigidos hacia nosotros, nuestras defensas pueden aumentar y el riesgo de utilizar respuestas no comprensivas también aumenta. Algo similar sucede con los sentimientos ambivalentes.

- No siempre es bueno impresionar con comprensión a partir de información mínima o ambigua. La sensación de que el médico "lee mis pensamientos" puede levantar suspicacias. El equivocarse en reflejar un afecto no necesariamente resulta negativo si el paciente percibe que estamos haciendo un esfuerzo para entenderlo.
  - Paciente: "Me han mandado muchos análisis."
  - Médico: "Entiendo que eso le resulte molesto."
  - Paciente: "No, al contrario, me alegra que me registren bien". Al sentir la empatía le es fácil expresarse con libertad sin importarle el error.

  La empatía trata de reflejar las emociones del paciente, no lo que siente el médico, y no se debe confundir con lástima, pena, simpatía, etc.

UTILIDAD DE LA RESPUESTA EMPÁTICA

El hecho de que el reflejar (rechequear) logre que tanto el paciente como el profesional están seguros de que el mensaje del entrevistado ha sido interpretado correctamente, ya justificaría, solo por eso, el uso de este tipo de respuesta.

Una segunda razón para su empleo es que al aceptar al paciente como es y lograr que este sienta que así lo hacemos, le produce una gran seguridad y hace que sus defensas tiendan a disminuir; esto le permite comunicar libremente sus preocupaciones y sentimientos sin temor a ser rechazado, lo que es una base indispensable para una buena RMP.

Pero además, este intercambio –y no rumiar a solas sus preocupaciones y sentimientos– es lo que le permitirá ver las cosas desde nuevos ángulos y con otros enfoques. Al reflejarle lo que creemos comprender a partir de sus palabras, le damos la oportunidad de que nos saque de un posible error que nos llevaría, de no estar entrenados, a dar consejos equivocados y desastrosas respuestas evaluativas. También le ayudamos a entender dónde ha estado el error de interpretación de los que no lo han comprendido, así como a tener mejor comprensión –cuando lo explica mejor– de lo que realmente le preocupa.

Cuando nuestra interpretación de lo que se esconde en sus palabras es correcta, eso le permite profundizar en aspectos que con frecuencia no han sido analizados desde ese ángulo. Pero insistimos en que el principio fundamental es que esta interpretación no se sienta como una evaluación crítica, ni mucho menos como una agresión para su dignidad, lo que convertiría la respuesta comprensiva en respuesta evaluativa u hostil, según el caso. Esta tercera razón de orden psicoterapéutico que permite al paciente evaluar sus actitudes, quizás sea la más importante, aunque es cierto que se aleja más que las anteriores de la práctica cotidiana del especialista de MGI.

Las dos primeras razones son de utilidad y aplicación evidente en todos nuestros pacientes, mientras que esta tercera solo es válida para aquellos pacientes en los cuales –para su tratamiento–, se hace imprescindible lograr un cambio de actitudes. En el resto de los pacientes, la utilidad de esta respuesta será simplemente confirmar la comprensión del mensaje y estimular una comunicación libre.

No obstante, debemos comprender que en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, las conductas que se derivan de sus actitudes y el mal manejo de sus afectos, repercuten directamente en la evolución de su enfermedad; lo que nos obliga a usar esta arma terapéutica para que el paciente entienda mejor que, sin darse cuenta, está contribuyendo a empeorar su enfermedad, y que si logra un cambio en su manera de ver (imagen del mundo) y de sentir (sentido personal) las cosas, nos estaría ayudando a prevenir complicaciones de su enfermedad.

CONCLUSIONES PARA LOS SEIS TIPOS DE RESPUESTA

- Es importante que el énfasis que se debe poner en la respuesta empática, sea asumido dialécticamente.
- No se niega la importancia de las respuestas inquisitivas para la historia clínica y la entrevista médica en general, siempre que se evite su mal uso.
- La respuesta informativa no solo es una obligación, sino resulta imprescindible en el buen trabajo médico.
- Existen verdaderas respuestas de apoyo pero debemos evitar la mentira y las respuestas superficiales y estereotipadas.
- En situaciones de tratamiento biológico, el médico puede resolver un buen número de casos al utilizar consejos y órdenes, cuando el paciente los recibe de buen grado, pero no debe emplear otros aspectos negativos de la respuesta evaluativa.
- Existen tratamientos psicoterapéuticos en psiquiatría -siempre en manos de expertos muy calificados- que, incluso, permiten y aconsejan el uso de respuestas hostiles programadas a propósito en dichos tratamientos, para bien del paciente.
- Pero el aprendizaje por el médico general integral del uso de las respuestas empáticas le da un arma de incalculable valor en el intento de cambiar determinadas actitudes de sus pacientes y lograr una buena RMP.

33. Relación del médico con la familia

Fernando Núñez de Villavicencio y Radamé Borroto Cruz

Habitualmente, y de acuerdo con el entrenamiento que ha recibido, el médico general básico enfrenta su trabajo con las familias que atiende, cuando de enfermos se trata, de forma parecida a como lo haría en el hospital. Con el enfermo establece RMP, y con el resto de la familia relación médico-familiares del paciente. Solo cuando va a orientar medidas de medicina preventiva piensa en la familia como un todo.

Muchos médicos evitan las entrevistas familiares y grupales a no ser que precisen de información adicional que no pueden obtener del paciente. El patrón usual es tratar con pacientes u otras personas individualmente, en escenarios cerrados. No obstante en el caso de la medicina familiar, las sesiones grupales, en particular con las familias, deben constituir parte de la actividad cotidiana y hacerse inherentes a este modelo de práctica médica.

En realidad cuando en la familia hay un enfermo crónico o, peor aún, un enfermo terminal, es frecuente que el equilibrio de salud de toda la familia esté alterado, y en una concepción más integral el médico de familia debía considerarlos a todos sus pacientes.

Una de sus tareas fundamentales como médico general básico es actuar sobre el modo de vida de la familia en aquello que se relaciona con la salud. En las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto para su prevención como cuando ya están presentes, para evitar la aparición de crisis y en general como parte del tratamiento, es necesario actuar sobre el modo de vida de la familia y, en particular, sobre el estilo de vida del paciente.

En el caso de un asmático, nada se logrará solo con fármacos, si todos no cooperan en crear las condiciones que minimicen los alergenos. En el caso de pacientes con enfermedades cardiovasculares o diabetes, o de sujetos con alto riesgo de padecer alguna de estas enfermedades, si no se logra actuar sobre los hábitos de alimentación de la familia y del paciente –costumbres y preferencias–, probablemente estemos sacando agua con canasta en nuestro intento de mejorar la salud.

Si a esto añadimos que en muchas familias se crean ambientes que favorecen la aparición del estrés, con más razón debemos actuar sobre la conducta familiar si aspiramos a lograr un tratamiento integral y efectivo del enfermo o del paciente con alto riesgo de enfermedades mayores.

La familia y los amigos proveen un ambiente social, visible o invisible, que ejerce una importante influencia en la evolución clínica de la enfermedad y en el desarrollo de conductas generadoras de salud, ya que la familia usualmente tiene una influencia emocional en sus miembros más fuerte que la del médico; por lo que la comunicación efectiva con la familia es un elemento importante en una exitosa atención, ya sea de orden individual a un miembro de esta o a ella como un todo.

El desarrollo de un clima de comunicación y de cooperación familiar puede contribuir de manera decisiva a la creación de un ambiente social adecuado, que permita que algunos pacientes que ordinariamente requerirían hospitalización sean atendidos en casa. El médico de familia puede precisar la contribución de la familia al cuidado del paciente. La familia sana puede neutralizar el impacto de la discapacidad y contribuir de forma sustancial a la recuperación del paciente.

La entrevista familiar es una rica fuente de información acerca de la dinámica y de la organización familiar, y puede igualar o sobrepasar el valor del examen físico o de las pruebas de laboratorio como procedimiento diagnóstico. En aquellas ocasiones en que la entrevista familiar tiene lugar en el hogar del paciente, la comprensión de la familia por parte del médico se acreciente notablemente. Encontrarse y hablar con la familia como un todo, más que con personas individuales, permite al médico obtener un conocimiento preciso y relevante de la familia. En vez de ser informado acerca de las interacciones familiares, el médico puede observarlas de primera mano. Existen razones diagnósticas y terapéuticas, así como de prevención y educación, que explican la necesidad de que el médico de familia realice este tipo de entrevista (cuadro 15).

Cuadro 15. *Importancia de la entrevista familiar*

Diagnóstica
Cuando es necesaria más información, cuando existe información conflictiva que necesita ser ordenada o verificada; cuando el problema necesita ser revisado porque el paciente no está respondiendo de modo adecuado al plan de tratamiento y, para observar la familia en vivo
Terapéutica
Es útil en el desarrollo de un plan de tratamiento y facilita la anuencia de la familia con el plan. Adicionalmente puede ser un método que contribuya al ajuste de una familia en los casos en que uno de sus miembros, o la organización familiar, es disfuncional
Prevención y educación
Al involucrar a la familia, aumenta la probabilidad de que la información sea correctamente escuchada, interpretada o llevada a cabo. Suministrar información educacional en escenarios familiares también incrementa las oportunidades y probabilidades de refuerzo positivo

Para enfrentar esta tarea de acuerdo con su entrenamiento, el médico cuenta fundamentalmente con respuestas inquisitivas, de apoyo y evaluativas. Las respuestas comprensivas o empáticas que de hecho se hacen difíciles en las relaciones individuales con un paciente, se complican aún más cuando lo que se intenta es una psicoterapia de grupo para cambiar actitudes.

Antes de entrar a analizar el uso de la respuesta empática en reuniones con toda la familia, veamos algunos aspectos generales que se deben tener en cuenta en una reunión familiar.

ASPECTOS GENERALES DE LA REUNIÓN FAMILIAR

El médico debe hacer una cita previa, y buscará los horarios posibles donde pueda estar presente toda la familia, así como evitará aquellos en que interrumpan funciones que para la familia son importantes –hora de confeccionar los alimentos, hora de la comida, hora del programa de televisión preferido, etc.–, con el objetivo de lograr un clima donde lo que se trate resulte para la mayor parte de los miembros más importante que cualquier otra actividad posible.

Se aceptará la presencia de los niños o no según sus edades, las posibilidades de la familia de alejarlos y el tema que se vaya a tratar.

En estas entrevistas, sobre todo en la primera, se valorará, de acuerdo con las condiciones, si es mejor citarlos a todos al consultorio o realizarlas en casa de la familia. A pesar de que el consultorio tiene sus ventajas, en la mayor parte de los casos la práctica indica que para lograr que se realice la entrevista, hay que trasladarse a casa de la familia, siempre que existan las condiciones mínimas.

En el caso de pacientes terminales o graves, de acuerdo con el objetivo que nos hayamos planteado al reunirnos con todos, puede decidirse que el enfermo esté presente o no en dicha reunión.

Aun cuando en este tipo de entrevista se cumplen los aspectos esenciales señalados anteriormente para la entrevista médica, la reunión familiar tiene particularidades propias. Es importante que el médico haga contacto con cada persona presente, estreche la mano, sonría, o salude de alguna manera a cada miembro de la familia.

Es necesario comportarse de manera que nadie se sienta excluido ni privilegiado. Si a un miembro le es concedido un trato especial, debe ser para un propósito que pueda ser claramente interpretado por los restantes miembros del grupo.

En general, cuando el médico inicia la entrevista grupal debe establecer el propósito del encuentro. Esto ayuda a aliviar la ansiedad y la hostilidad, y fomenta el buen uso del tiempo disponible al precisar un foco de atención. Puede ser más difícil lograr un propósito común en el marco de la entrevista grupal que con un paciente individual, en especial si el grupo es heterogéneo. No obstante, las necesidades de los miembros del grupo deben ser expresadas abiertamente y conciliadas en lo posible. Si no es posible lograr esto, es necesario llegar a un acuerdo en la prioridad o secuencia en que las diferencias serán analizadas. Si no se puede llegar a un consenso, es preferible plantear de forma franca y abierta el desacuerdo, que ignorar las contradicciones.

Al comenzar la entrevista familiar es importante establecer "las reglas del juego": que nadie será "castigado" por lo que sea dicho durante la entrevista.

A cada miembro de la familia se le debe garantizar una oportunidad para hablar, al tiempo que se alentará a los miembros silentes sin presionarlos. Es importante escuchar, comprender y responder a los pensamientos y sentimientos de cada persona, para que de esta forma todos comprendan que alguien lo ha oído y le importa lo que dice. Esto también modela el comportamiento que el médico quisiera que los miembros del grupo aprendieran a usar.

La marcha de la entrevista grupal es un poco diferente a la de la interacción uno a uno. Al tratar con un grupo, se debe establecer un compromiso en cuanto "a qué paso se va a marchar", pues lo que resulta demasiado lento para algunos puede ser muy rápido para otros. Debe recordarse, además, que a medida que se eleve el número de participantes se incrementa significativamente la complejidad de las interacciones posibles. Esto puede llevar a una acumulación en el número de interacciones que el médico tiene que observar, comprender y reconocer.

Una de las ventajas de la entrevista grupal es que provee al médico de tiempo para la observación. Al depender menos de él el movimiento de la entrevista, dispone de más tiempo para observar y escuchar. No obstante, cuando el silencio ocurre en el grupo, el médico se siente más compelido a romperlo en comparación con la interacción con un solo paciente. Cuando un número de personas se siente en silencio y el médico percibe su incomodidad, la obligación y la presión para intervenir son mayores. Sin embargo, el médico debe contener la tentación de romper prematuramente el silencio en el escenario grupal.

Una parte importante de la entrevista grupal o familiar es la distribución física y el escenario. Si es conducida en el hogar, el escenario puede ser apartado del control del médico. No obstante, incluso en el hogar es posible influir en algunas intervenciones para facilitar el proceso de comunicación. Lo importante es tener en cuenta el escenario físico e intentar usarlo lo más eficazmente posible.

El escenario más deseable es un círculo de sillas en una habitación de tamaño moderado, que juegue con el tamaño del grupo. Una habitación demasiado pequeña genera un sentimiento de estrechez, y no permite a las personas delimitar su territorio personal. Un cuarto demasiado grande alienta sentimientos de insignificancia y puede ser que el grupo se sienta perdido.

Se puede contribuir al establecimiento del contacto visual si se disponen circularmente las sillas. Esto, además, reduce la

tendencia a distraerse del grupo, de los miembros indecisos o resistentes. El círculo también es decisivo para que no haya posiciones de *status* –en primera o segunda filas–. En este escenario el médico de familia puede mezclarse y tomar un lugar en el círculo. La presencia de mesas entre los interlocutores puede generar barreras innecesarias, en particular cuando el tamaño de la mesa del "directivo", en este caso el médico, es mayor que las restantes, por lo que esta situación debe evitarse. No obstante, el médico debe decidir en qué caso la presencia de las mesas podría brindar un sentido de protección y comodidad al grupo y, por ende, emplearlas.

Los lugares que los miembros del grupo escogen para sentarse le brindan al médico índices significativos. Por eso es útil permitir que cada cual escoja su lugar y no asignárselo. La gente usualmente se sienta próxima a aquellos con quienes sienten mayor seguridad o comodidad, o pueden elegir sentarse junto a aquellos a quienes perciben como más influyentes. Es muy conveniente preparar el escenario y ausentarse antes de comenzar, para entrar después que los miembros del grupo hayan ocupado su lugar. En muchos casos las sillas serán ordenadas de una forma reveladora.

La reunión con la familia puede tener distintos objetivos. Puede ser simplemente una reunión (la primera) de presentación del médico, en la que se explica a la familia que él se va a hacer cargo de su cuidado, los servicios que puede brindarle, los horarios según las diversas atenciones, así como la forma en que la familia puede ayudarlo y ayudarse a sí misma, para favorecer el mantenimiento del equilibrio de salud para todos sus integrantes.

Incluye, desde luego, cómo podrán hacer contacto con los servicios del hospital por medio de él, y de qué forma el médico de familia continúa participando en su tratamiento cuando está en manos de otros especialistas.

En otra reunión el objetivo puede ser reforzar la comprensión de alguna medida preventiva o curativa que se haya detectado que no se cumple de forma adecuada por la familia. En este caso, el método de educación para la salud pudiera ser incluso una charla o una demostración; pero en general, cuando aspiramos a modificar conductas, resulta mejor la discusión en grupo –dinámica de grupo– donde el colectivo analiza las causas que le han impedido cumplir la tarea y da posibles soluciones que facilitarían a la familia el cumplimiento de esta.

En estos casos es importante evitar que la reunión se convierta en una repartición de culpas. Lo importante es lograr que cada cual establezca un compromiso de cambios que va a realizar para facilitar la tarea.

Una reunión acordada para tratar algo específico permite que la familia vaya movilizando sus recursos para ir enfrentando sus problemas. Además de poder observar cómo interactúan los integrantes de la familia, nos permite conocer mejor cómo ayudarlos.

Finalmente debe señalarse que la realización de este tipo de entrevista es más compleja que la individual y, como con todas las técnicas médicas, se requiere de experiencia para obtener los mejores resultados. Para el médico de familia, la entrevista grupal es una herramienta valiosa y frecuentemente preterida.

USO DE LA RESPUESTA COMPRENSIVA O EMPÁTICA EN LA ENTREVISTA FAMILIAR

Una vez que hemos saludado a cada uno de los miembros por su nombre y garantizado hasta donde sea posible la privacidad, así como que no haya interrupciones, se puede facilitar la arrancada diciendo el motivo de la reunión.

Debe estimularse a todos y a cada uno a que den su opinión sobre el aspecto de que se habla, y se insistirá, en especial, con los más silenciosos; se garantizará que a todos, pero sobre todo a estos, no se les interrumpa.

Antes de que el médico refleje los sentimientos que se hacen evidentes por las intervenciones –incluyendo los hostiles– debe preparar al grupo para que comprenda que de lo que se trata es de que quede claro lo que siente cada cual por causa del problema de salud en cuestión; y que hay que lograr que cada cual exprese lo que en realidad siente, aunque sea desagradable para otros, sin que el temor a las reacciones de los demás lo haga ocultar sus sentimientos. El hecho de que no lo diga no resuelve el problema que en realidad existe; mientras que conocer su discrepancia e inconformidad no solo puede explicar el por qué de su conducta, sino que permite modificar algunas de las situaciones que la motivan, cosa que en la mayoría de los casos es posible.

Al observar alianzas y antagonismos en el seno de la familia debemos señalarlas siempre que estas puedan obstaculizar la solución del problema tratado.

El hecho de "aceptar" lo que cada cual siente y plantea, requiere que se aclare previamente que no quiere decir que el médico comparta esas ideas o actitudes, ni que está de acuerdo con ellas; sino que, como ya sabemos, rechazar y criticar de entrada lo que alguien plantea es la mejor manera de hacer imposible un análisis en que el sujeto participe, a partir del cual pudiera iniciarse un cambio. Lo que debe hacerse es aclarar los aspectos planteados y señalar las inconsistencias cuando las haya.

Se trata de fortalecer la unidad de la familia como un todo para enfrentar el problema, no de actuar como juez a favor de los que creemos que tienen razón ni excluir a los otros de la tarea por incorregibles.

El profesional también deberá reflejar las ansiedades no expresadas que ha observado: "Puedo ver cuán duro es para ustedes hablar de cáncer", "hablar de muerte", etc.

Al final de la entrevista debe hacerse un resumen de la discusión, las decisiones tomadas, los aspectos no resueltos y señalar los posibles nuevos contactos.

34. Relación médico-paciente en obstetricia, cirugía y pediatría

Fernando Núñez de Villavicencio y Ricardo González Menéndez

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PEDIATRÍA

Durante la relación médico-paciente en pediatría ocurre un hecho excepcional. La madre no es el acompañante del niño, sino que la relación se establece con los dos: la madre y el niño.

Cuando se trata de niños de muy corta edad, la relación que se establece con el niño es del tipo activo-pasiva; mientras que con la madre puede establecerse una relación de cooperación guiada, o incluso de participación mutua según sea el caso.

A medida de que el niño es de mayor edad, la RMP con él va adquiriendo una mayor relevancia, y en los pacientes preadolescentes y adolescentes que aún se tratan en los servicios de pediatría, toma formas muy similares a la que se tiene con un paciente adulto.

Ya en estos últimos estadios es cuando se hace más evidente que estamos sosteniendo una RMP doble. Aunque la madre continúa siendo decisiva en si se realizan los exámenes complementarios indicados o no, si se compran los medicamentos y si se ejecuta el plan de tratamiento tal y como está prescrito, no cabe duda de que nuestro paciente adolescente y preadolescente tiene el derecho a recibir toda la información de lo que se planea hacer con él y por qué, de que sean aclaradas sus dudas y escuchadas sus preocupaciones.

El examen físico debe ser realizado ante la presencia de la madre, sobre todo si se trata de pacientes de diferente sexo que el médico, y en condiciones hospitalarias en compañía de la enfermera; mientras que en el interrogatorio es frecuente que sea útil, además de la entrevista a los dos juntos, sostener una entrevista con cada uno por separado.

En estas edades finales de la pediatría en ocasiones nos enfrentamos a dilemas éticos. Desde el punto de vista legal, la madre es poseedora de la patria potestad y tiene derecho a toda la información relacionada con su hijo. Pero no cabe duda de que este sujeto de 14 ó 15 años tiene derecho a que se respete su intimidad y puede estar dando información al médico sobre aspectos no relacionados directamente con la enfermedad, pidiendo de este el secreto profesional, y planteando su derecho a escoger cuál es el momento más apropiado para hablar con sus padres de estos temas.

En países en vías de desarrollo no es raro encontrarse con que este adolescente no solo ya tiene el desarrollo total de su cerebro, sino que además tiene un nivel de escolaridad superior al de sus padres y está libre de serios prejuicios que sus padres aún mantienen. A veces se hace evidente que entiende mejor el plan prescrito, que tiene una mejor comprensión de la enfermedad que padece, está más motivado y es más capaz de mantener una relación de participación mutua. ¿Cómo es posible en estos casos, no aplicar el consentimiento informado y negarle de forma absoluta sus derechos de autonomía como paciente?

El deber del médico sin lugar a dudas, en estos casos, es convencer a los dos, motivar a los dos y respetar las opiniones de los dos. Preocuparse por resolver estos aspectos con uno solo de ellos, no solo resulta absurdo y complicará seriamente la relación, sino que además, es poco ético.

A medida que la edad del niño es menor, la balanza se va inclinando cada vez más a favor de la importancia de la relación con la madre, pero los aspectos que hemos analizado tienen todavía vigencia: el niño debe ser escuchado, la relación afectiva con el médico debe ser lograda y debe explicársele de acuerdo con su edad para obtener su cooperación. Es necesario conocer sus temores ante la enfermedad, los exámenes complementarios y el tratamiento indicado, y es parte de nuestra profesión aliviar y disminuir esos temores. Un niño aterrorizado ante lo que se le va a exigir hacer, en la mayor parte de los casos terminará conmoviendo a sus padres y al comenzar a ver la mejoría, con mucha frecuencia, suspenderán el tratamiento antes de lo que habíamos indicado.

El pediatra, con su experiencia, debe adelantarse y prever lo que va a suceder en esa casa, sobre todo cuando se ha preocupado durante el interrogatorio y la observación de las características particulares de ese niño y de esa madre, y en el caso privilegiado del médico general básico y el especialista en MGI, de esa familia como un todo. Ellos mantienen la RMP con todos los miembros de la familia y deben saber cuánto y con qué fuerza van a intervenir en la enfermedad del niño, la abuela, el padre, la suegra u otros familiares que ya viven en la casa. A los líderes de opinión de esa familia también hay que explicarles, motivarlos e incorporarlos a la realización de las acciones de salud necesarias.

LA RELACIÓN EN EL CUERPO DE GUARDIA

Al llegar la madre, y aún más cuando se trata de un niño que todavía no puede expresar lo que siente, es de la mayor importan-

cia dejar que explique lo que teme y lo que cree que pasa, sin interrumpirla. Esta primera andanada de información, a veces desorganizada, no solo es importante para que se desahogue y darle tiempo a que se calme, sino que también es el momento del interrogatorio en que el paciente utiliza menos sus defensas, y podemos confiar más en la sinceridad con que nos ofrece la información. Basta con informarle y demostrar que se trata de un profesional calificado que va a actuar con el interés profesional y la urgencia debida, para que comiencen a disminuir sus temores y a calmarse.

Si bien el médico no puede dar garantías sobre la feliz solución de todos los temores de la madre antes de completar todos los pasos del diagnóstico clínico, en la mayor parte de los casos su experiencia le permitirá conocer prácticamente desde el principio que muchos de estos temores son infundados. A medida que va descartando alguna de estas cosas, debe írselas comunicando. Resulta criminal que si comprendemos que la vida del niño está fuera de peligro, la dejemos en la incertidumbre hasta completar todas nuestras investigaciones para diagnosticar algo que sabemos que no mata. De igual manera debemos actuar sobre los temores que tiene la madre sobre diagnósticos que evidentemente están descartados y secuelas que pudieran quedarle al niño.

Después de no haber interrumpido a la madre en esta primera comunicación, las reglas para conducir el interrogatorio no difieren mucho de las del adulto, con la salvedad de que tenemos que ayudarla con nuestra experiencia en la recogida de datos, porque ella no sabe qué está sintiendo el niño y dependemos del relato de los hechos ocurridos, las reacciones observadas y de los datos del examen físico. A medida que el niño es mayor y puede expresar lo que está sintiendo, los síntomas, nos ayudarán en el diagnóstico, si logramos con nuestra RMP que el niño no oculte la intensidad y el carácter de sus malestares, por temor a tratamientos que por su experiencia anterior, sabe que ordenamos en esos casos.

Un aspecto que siempre ha producido una gran preocupación es el falso concepto de que el examen físico del niño requiere de menos privacidad, a partir de la idea errónea de que el niño no tiene pudor. Hemos visto centros hospitalarios donde se desnuda al niño totalmente en presencia de extraños. En algunas edades de la infancia el pudor se expresa con más intensidad que en la edad adulta; pero además, no todos los niños y niñas son iguales, y tal como sucede con los adultos, el hecho de aparecer desnudo no resulta una agresión de igual intensidad para todas las personas. Las emociones que pueden aparecer en esa situación pueden ir desde el placer hasta la más terrible sensación de humillación e incluso terror.

Se establece, además en muchos casos, un enorme contradicción de que los familiares que durante años le han exigido e incluso lo han reprimido por aparecer desnudo en público, ahora lo presionan para que se desvista y se confabulan con aquel extraño que quiere desnudarlo. Todo esto en nada ayuda a establecer una buena RMP con la niña o el niño.

EL NIÑO PACIENTE CRÓNICO

El niño paciente crónico, pongamos por ejemplo al diabético, termina conociendo su enfermedad, lo que le hace bien y lo que le hace mal, como si se tratara de un profesional.

Este niño cuando es mayor de 7 años, no solo está listo para establecer una relación de cooperación guiada, sino que debemos intentar llevarlo a una relación de participación mutua.

De lo que se trata es de formarle un estilo de vida en concordancia con la enfermedad que padece, y que sea en lo posible lo más parecido al estilo de vida de un niño sano de su edad. Para lograrlo, hay que contribuir a la formación de hábitos y costumbres que hagan menos pesado el cumplimiento de las acciones de salud que debe realizar, para que cada una de estas acciones no conlleve el esfuerzo de un acto de voluntad.

El niño que ya ha padecido los malestares que provocan los incumplimientos del plan puede ir incorporando a su jerarquía de valores y a su escala de motivos que el precio del malestar que se va a pagar por algunos pequeños placeres no vale la pena.

Lo más importante es comprender que la mayor parte de estos supuestos placeres son aprendidos en cada cultura. La mayor parte de los dulces europeos nos parecen faltos de azúcar a los cubanos, y muchos dulces cubanos a los europeos les parecen desagradablemente empalagosos.

Es importante lograr, por tanto, que errores de crianza provenientes de la familia y el barrio no conviertan los alimentos prohibidos en el manjar más deseado. Muchas formas de alimentarse en uso normal de nuestra población son dañinas y debe lucharse por erradicarlas, no solo en sujetos que padecen una u otra enfermedad crónica, sino también en la población supuestamente sana, que debido a estos errores en su estilo de vida se convierten en sujetos con alto riesgo de padecerlas.

La RMP con los padres y familiares de estos niños es esencial para lograr su participación decisiva en el establecimiento de hábitos y costumbres sanos y de un estilo de vida, que al mismo tiempo que se corresponda con las necesidades de salud del niño enfermo, no le cree en su personalidad la sensación de que es un minusválido digno de lástima y la amargura de que por su condición la felicidad es inalcanzable.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN OBSTETRICIA

Múltiples evidencias de la cultura mesolítica, como son las estatuillas de mujer trabajadas en piedra o en colmillos de mamut, permiten inferir, sobre todo si valoramos las dimensiones del abdomen y las mamas, que el fenómeno de la reproducción llamó

la atención del hombre desde etapas muy remotas y que, con muchas posibilidades, una de las más ancestrales manifestaciones de lo que hoy conocemos por relación médico-paciente se produjo precisamente durante la atención a la gestante y la parturienta.

Desde entonces hasta nuestros días, las mujeres han recibido –con mayor o menor calidad, según la etapa histórica– los beneficios derivados de una relación exitosamente lograda con quien en cada momento del desarrollo de la humanidad desempeñó el papel de prestador de ayuda médica.

GESTACIÓN Y PARTO. SIGNIFICACIÓN SOCIAL

Los indicadores negativos de salud vinculados al parto domiciliario han sido un acicate para que mundialmente se desarrolle una campaña por aumentar el porcentaje de partos institucionales. Afortunadamente, en nuestro medio, solo el 1 % de los partos ocurre aún en los domicilios, y aspiramos a que esa cifra, prácticamente despreciable, se reduzca todavía más; ya que además del desarrollo sociocultural de nuestra población y de su creciente educación sanitaria, los equipos de salud desarrollan cada vez más sus potencialidades para la atención óptima de la gestante y la parturienta, y existe en ellos una conciencia muy elevada de la gran importancia que tiene el lograr relaciones profesionales exitosas con la mujer durante su enfrentamiento a experiencias tan significativas como el embarazo, el parto y el puerperio.

Es necesario recordar la importancia que tienen los condicionamientos negativos que se vienen formando desde la infancia por medio de las influencias socioculturales erróneas transmitidas de generación en generación, cuyos efectos nocivos son, desde luego, más relevantes en otros medios donde aún el oscurantismo y la ignorancia azotan a una importante proporción de la población. Junto a los temores y fantasías engendrados por estos mecanismos, existen importantes motivaciones implícitas en la feliz expectativa de un hijo deseado, y estas últimas deben ser utilizadas por el equipo de salud como un recurso de primer orden para desarrollar en la gestante sus potencialidades, de manera que pueda enfrentar con éxito una de las más importantes manifestaciones fisiológicas de la mujer: el parto.

ASPECTOS GENERALES DE LA RELACIÓN DEL MÉDICO CON LA GESTANTE

OBJETIVOS DE LA PACIENTE

La atención adecuada del embarazo y la prevención de complicaciones durante el parto son indudablemente los objetivos fundamentales perseguidos por la gestante desde las primeras etapas de su embarazo; pero existe también la necesidad psicológica de establecer una relación interpersonal positiva con el equipo de salud y en especial con el médico, como un recurso para incrementar su seguridad y garantizar el apoyo afectivo tan significativo durante el parto.

MOTIVO DE CONSULTA

Diferentes circunstancias pueden influir en el motivo de consulta y modificar sustancialmente el nivel de ansiedad de la gestante. Este es diferente en primerizas y en multíparas, en gestaciones normales o en aquellas con alto riesgo obstétrico y en presentaciones fisiológicas o no; sobre todo si se trata de circunstancias adversas como la inminencia de aborto o el sangramiento por placenta previa.

El médico debe tener muy en cuenta que el desarrollo exitoso de sus relaciones depende del trato adecuado de la sensibilidad y la demanda de afecto y apoyo implícitos en las situaciones ansiogénicas de la gestante.

ESTADO AFECTIVO

Una valoración esencial del estado afectivo de la gestante se deriva de la consideración de su frecuente actitud ambivalente hacia el embarazo, ya que junto a los factores gratificantes implícitos en dicho estado, existen también molestias derivadas de los cambios vegetativos, la afectación estética, las molestias urinarias y la reducción del nivel de hemoglobina.

La irritabilidad y la explosividad frecuentes en la gestante, a consecuencia de sus tensiones y del incremento del contenido hídrico en la sangre, con su efecto reductor del umbral de excitabilidad del sistema nervioso, deben ser también tomados en cuenta por el obstetra; y serán enfrentados mediante la comprensión, la afabilidad y la disposición incondicional para la relación de ayuda.

POSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA RELACIÓN

Históricamente la gestante ha asumido, por razones socioculturales, un papel pasivo en la relación con el médico, y su posición categorizable como de dependencia absoluta se ha considerado por mucho tiempo como una característica de primer orden. Sin embargo, la evolución de la atención obstétrica ha modificado este modelo, y cada vez se hace más énfasis en lograr la participación activa no solo de la mujer, sino también de su compañero, objetivo que puede lograrse durante el entrenamiento psicoprofiláctico.

POSIBLES DIFICULTADES EN LA RELACIÓN CON LA GESTANTE

Aunque la mayoría de los embarazos culmina exitosamente, el médico debe prepararse para manejar con madurez la repercu-

sión negativa que sobre su relación con la gestante tienen situaciones como el aborto habitual, la muerte fetal o los accidentes obstétricos, que por fortuna son cada vez menos frecuentes.

COMUNICACIÓN

La planificación de la comunicación con la gestante debe aprovechar todas las vías posibles para transmitir seguridad, optimismo, afecto y disponibilidad a la relación de ayuda.

Otro aspecto trascendente en la relación, en lo referente a la comunicación táctil, es el entrenamiento para efectuar con la mayor gentileza las maniobras exploratorias, ya que esto incrementa la seguridad de la gestante al apreciar la preocupación de su médico por evitar producirle cualquier molestia durante su atención.

COMPORTAMIENTO MÉDICO EN CADA ETAPA DE LA ENTREVISTA

RECEPCIÓN

Antes de recibir a la paciente, el médico que cuida sistemáticamente sus relaciones profesionales, tiene a su favor el respeto y la admiración de otras gestantes que tanto en la vecindad como en el salón de espera, condicionan en forma positiva, con sus comentarios, a la que inicia su atención especializada, ya que la afabilidad y comprensión del profesional se cuentan entre las cualidades más apreciadas. La recepción afectuosa y respetuosa desempeña un papel reforzador de esas apreciaciones populares transmitidas, y en el caso de que estos comentarios no se hayan producido, asegura una primera "impresión" positiva, que resulta muy importante en las relaciones interpersonales.

IDENTIFICACIÓN

Durante esta etapa se recogerá la procedencia de la gestante, su nivel sociocultural y su ocupación, datos que facilitarán su atención integral.

Ocasionalmente el médico recibe, en este momento de la entrevista, informaciones tan relevantes como es la referencia al estado civil que puede expresar la separación o el fallecimiento del compañero en las primeras etapas de la gestación.

INTERROGATORIO

Debe efectuarse siempre de modo que se mantengan las normas éticas habituales en nuestro sistema de salud; el médico explorará si existen conflictos determinantes de ansiedad, cuyo tratamiento en una relación de participación mutua entraría de inmediato en el programa de atención individual.

De la misma forma se investigarán las concepciones personales acerca del embarazo y el parto, informaciones cuya importancia no es necesario destacar. Finalmente, debe investigarse la actitud de la pareja hacia el futuro hijo y sus criterios en lo referente a la planificación familiar.

EXAMEN FÍSICO

Debe realizarse con la mayor gentileza, y se tendrá en cuenta la significación ética de respetar el pudor de la gestante y de evitar cualquier maniobra dolorosa que reforzaría las frecuentes concepciones populares acerca del dolor en el parto.

El médico debe esforzarse por lograr la calificación de "doctor de manos suaves" en la apreciación de la gestante y la parturienta. Las indicaciones de exámenes complementarios serán siempre argumentadas con el fin de disminuir la ansiedad, pues de otra forma pueden ser punto de partida de preocupaciones.

INFORMACIÓN

Desempeña un papel de primerísimo orden en la atención de una gestante, y junto con la persuasión constituye un elemento fundamental del método psicoprofiláctico, mediante el cual se eliminan los condicionamientos negativos establecidos socioculturalmente en lo referente al parto.

Jamás el equipo de salud puede pasar por alto la orientación a la gestante acerca de los efectos nocivos de los tóxicos; en nuestro medio esto se enfatiza durante el entrenamiento psicoprofiláctico asequible a toda la población.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Las prescripciones médicas deben ser siempre argumentadas; en los casos en que se requiera atención quirúrgica, dicha información se hará con la mejor técnica ansiolítica.

DESPEDIDA

Debe ser considerada como un elemento importante de la entrevista, y durante ella se emplearán frases como "todo va muy bien", así como pequeños mensajes de alta relevancia sugestiva.

Es importante insistir en la significación de los patrones de personalidad de la gestante y del médico, así como en la relevancia del contexto sociohistórico donde la relación tiene lugar, para el buen desenvolvimiento de esta.

RELACIÓN DEL MÉDICO CON LA GESTANTE DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO

Durante la atención del embarazo, que debe comenzar precozmente, es fundamental persuadir a la gestante de la importancia del chequeo sistemático; además, es necesario utilizar los encuentros periódicos para estrechar las relaciones afectivas con el equipo de salud, el cual incluye la enfermera obstétrica y más de un médico, sobre todo cuando la gestante se incorpora al entrenamiento psicoprofiláctico.

Esta relación colectiva permite mantener, en el momento del parto, la seguridad de la parturienta, aun en los casos en que su médico directo de asistencia se encuentre desempeñando otras funciones. Una vez comenzado el trabajo de parto, lo más significativo sin duda alguna es la comunicación verbal y la extraverbal, y dentro de esta la táctil, que transmite seguridad y optimismo, así como la presencia del equipo de asistencia desde la etapa de embarazo y la presencia del compañero en caso de que haya sido entrenado en la psicoprofilaxis.

El éxito del parto depende muchas veces de la relación positiva lograda de antemano, y ello es explicable si se reconocen los efectos negativos que sobre su dinámica tiene la ansiedad. El puerperio, sobre todo en su etapa inmediata y en especial en la mujer primeriza, requiere la prolongación de la relación con el equipo obstétrico, que es precisamente el de mayores potencialidades orientadoras.

La RMP habitual durante el embarazo es la de cooperación guiada y a veces la de participación mutua; mientras en la fase del parto es la cooperación guiada, y en los casos quirúrgicos, la activo-pasiva. En la etapa puerperal se utiliza la cooperación guiada o la participación mutua en el caso de que existan conflictos específicos.

PREVENCIÓN DE YATROGENIAS EN OBSTETRICIA

El equipo de salud debe tener presente que las posibilidades de cometer yatrogenia aumentan en las situaciones donde la sugestibilidad de la persona atendida se encuentra incrementada por algún motivo; esta es precisamente la situación de la gestante y la parturienta.

Es importante destacar que en los obstetras se evidencia una notable preocupación por prevenir las yatrogenias, y habitualmente sus relaciones profesionales son de magnífica calidad; ya que durante su ejercicio cotidiano se percatan de los efectos negativos de la angustia sobre los mecanismos fisiológicos del parto, y tienen siempre presente que en su relación interpersonal con la gestante, la misión más significativa es la de eliminar condicionamientos angustiosos relacionados con el parto y no la de crearlos mediante errores profesionales.

La prevención de yatrogenias provocadas por mecanismos ajenos a la comunicación interpersonal, como los relacionados con técnicas quirúrgicas deficientes, es una tarea de primer orden. Estas yatrogenias son en realidad las que con más facilidad pueden evitarse, ya que las restantes requieren para su prevención un absoluto control consciente de las comunicaciones verbales y extraverbales, y dentro de estas las táctiles e instrumentales con la gestante, así como una permanente planificación de los recursos que se deben utilizar para cumplir los objetivos médicos.

Se dice que el médico que se preocupa por ayudar desde el punto de vista psicológico a sus pacientes con técnicas psicoterapéuticas mayores o menores, y esto es lo habitual en los obstetras, prácticamente es imposible que cometa yatrogenias; ya que en las relaciones profesionales del equipo de salud con la paciente existen solo dos alternativas opuestas: la psicoterapia en alguna de sus variantes o la yatrogenia. Ejemplo de esta contraposición es la yatrogenia por omisión, que se produce cuando informaciones de alto significado ansiolítico son subvaloradas por el médico y no se planifica su comunicación.

Existe, sin embargo, un tipo de yatrogenia derivado muchas veces de las propias tensiones médicas durante la atención de un parto distósico, y es la que se produce por la comunicación extraverbal de la angustia del médico u otro miembro del equipo, en situación de estrés. Ejemplo de ello era el recurso utilizado en el pasado durante el período expulsivo, cuando a las gestantes poco cooperadoras se les pretendía estimular a participar en la dinámica del parto con la frase "puja, que se te ahoga tu hijo". Realmente esta información determinante de ansiedad solía bloquear la respuesta adecuada.

También es recomendable evitar comentarios referentes a la necesidad de aplicar fórceps, ya que esta instrumentación es popularmente considerada como señal de que existen serias complicaciones. Asimismo, la administración de oxígeno debe acompañarse siempre de la información de que esta medida es una ayuda durante el período expulsivo, para evitar de este modo las apreciaciones habituales de que existe una situación de gravedad.

Por último, es necesario destacar que cuando los integrantes del equipo obstétrico olvidan acercarse afectivamente a la parturienta para transmitirle mensajes de comprensión, seguridad y solidaridad durante el trabajo de parto, cometen la más inadvertida de las yatrogenias en los salones obstétricos: la producida por la incapacidad del colectivo de ubicarse en el lugar de la parturienta, más que nunca antes, necesitada de apoyo.

AFECCIONES TRIBUTARIAS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. SIGNIFICACIÓN SOCIAL

Las necesidades de defensa, presentes aún en los seres vivos menos desarrollados, alcanzan en el hombre complejidades

relevantes a consecuencia de la existencia de procesos psíquicos conscientes e inconscientes durante su interrelación dialéctica con el medio; ello explica las diferentes respuestas que se producen ante situaciones que implican riesgo de muerte, afectación de la integridad física, dolor, invalidez o detrimento de funciones de alta significación en el proceso de adaptación creadora al medio.

El anuncio de una intervención quirúrgica representa, sin duda alguna, una de las situaciones más provocadoras de estrés en el ámbito médico, y los profesionales deben desarrollar cada vez más sus potencialidades para hacer menos angustioso el tránsito del paciente por las diferentes etapas de dicho proceso terapéutico.

Existen situaciones quirúrgicas específicas cuya apreciación popular objetiviza lo anteriormente planteado: las intervenciones sobre el corazón y el cerebro son especialmente vinculadas al riesgo de muerte; las amputaciones, a la afectación de la estética y la integridad física, la atención de quemaduras y ulceraciones, al dolor; las operaciones de columna, a la invalidez motora; y la prostatectomía y las intervenciones oftalmológicas, a la angustia de que se afecten funciones valiosas. Por fortuna, la mayoría de estos temores carecen hoy de fundamentación científica, pero mantienen todavía un gran significado para los enfermos.

La atención de un paciente con afecciones tributarias de tratamiento quirúrgico comienza necesariamente desde su encuentro con el equipo de salud en el primer nivel de asistencia, y este debe estar preparado para desarrollar su atención a partir de las características específicas del paciente. El médico general desempeña, en este sentido, una significativa función, y mucho más el especialista en cirugía, quien cada vez debe estar más consciente de que su objetivo terapéutico no es un órgano enfermo, sino el hombre enfermo.

RELACIÓN DEL MÉDICO CON EL PACIENTE DE CIRUGÍA

OBJETIVOS DEL PACIENTE

La meta perseguida habitualmente es la curación, pero en algunos casos el paciente se conforma con que se alivien sus molestias. No obstante, el enfermo también desea conocer qué tiene y cuál es su pronóstico, y el médico debe saber transmitir esas informaciones mediante la técnica adecuada para prevenir la yatrogenia.

MOTIVO DE CONSULTA

El médico debe tener siempre en cuenta en qué orden de la jerarquía de valores populares se halla el órgano afectado y en qué grado se vincula con las necesidades de defensa del paciente. Este aspecto jamás debe olvidarse.

ESTADO AFECTIVO

Por todo lo antes señalado, es frecuente que el paciente quirúrgico alcance un alto grado de ansiedad, superado solo por el paciente oncológico y el psiquiátrico.

Es conocido el alto grado de correlación que existe entre la ansiedad y las actitudes de sensibilidad exagerada e irritabilidad, lo cual exige un mayor grado de apoyo y comprensión. El médico que no sea capaz de ubicarse empáticamente en la situación del enfermo y de esmerarse en la demostración de afecto, interés humano y disposición de ayuda, desarrollará su gestión asistencial con menor eficiencia; las repercusiones negativas de una mala relación profesional con este tipo de paciente son mucho más significativas de lo que piensan los médicos que subvaloran los aspectos psicosociales de su labor.

POSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LA RELACIÓN

La frecuente posición de desventaja del paciente ante el médico, que los autores anglosajones denominan posición *one down*, se manifiesta en esta relación con importante intensidad, ya que el paciente "pone su vida en manos del cirujano"; y este, con su comportamiento interpersonal, debe ser capaz de demostrarle la reciprocidad de esa confianza, mediante el respeto, el trato afable, un profundo interés humano y la seguridad en su técnica.

COMUNICACIÓN

Este tipo de relación requiere un control absoluto y planificado de las comunicaciones verbales y extraverbales incluidas las táctiles, así como una adecuada comunicación instrumental efectuada a través de los medios auxiliares necesarios para garantizar un diagnóstico correcto. El médico debe tener un especial cuidado en evitar la valoración de los estudios radiográficos en presencia del enfermo; y en los casos de exploraciones laparoscópicas o endoscópicas es necesario que cuide tanto sus expresiones extraverbales como cualquier comentario que el paciente pueda interpretar en forma distorsionada, por su nivel de ansiedad.

POSIBLES DIFICULTADES EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE DE CIRUGÍA

Este aspecto es muy importante, ya que la evolución de la relación no es la misma en los casos en que la operación logra la total curación, que en aquellos donde solo se persiguen objetivos paliativos. El médico debe estar preparado para enfrentar en los últimos casos la frustración del enfermo y la suya propia, y para actuar sobre dicho estado afectivo en forma consciente y madura.

COMPORTAMIENTO MÉDICO EN CADA ETAPA DE LA ENTREVISTA

RECEPCIÓN

Mediante la recepción se inicia el contacto afectivo con los enfermos, y cuando esta etapa se realiza en la forma adecuada, se facilita en gran manera el establecimiento de una buena comunicación.

IDENTIFICACIÓN

Esta etapa aporta al médico el conocimiento del nivel sociocultural del paciente, y otros datos de gran importancia para la atención integral del enfermo, como el tipo de labor que este realiza, lo cual resulta imprescindible para valorar las implicaciones ocupacionales de la rehabilitación posquirúrgica.

INTERROGATORIO

Durante el interrogatorio, el médico debe ser cuidadoso y escuchar con atención las referencias del enfermo, ya que esto influye en el incremento de la seguridad del paciente al demostrarle la profundidad de la exploración.

EXAMEN FÍSICO

Es todavía de mayor importancia, y su ejecución suave y cuidadosa es uno de los índices que popularmente se utilizan para establecer la calidad profesional de un cirujano.

INDICACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

La argumentación con fines ansiolíticos acerca del objetivo de los exámenes complementarios indicados y la preparación psicológica del paciente en casos de instrumentaciones diagnósticas desagradables son aspectos muy importantes en la relación con estos enfermos.

INFORMACIÓN

Cuando se dosifica conscientemente y con objetivos planificados según las preocupaciones del enfermo, la información deviene recurso psicoterapéutico de primer orden. Desde luego, el médico debe evitar la información detallada de la técnica quirúrgica que se utilizará, además de cuidar de que esta etapa de la entrevista tenga siempre objetivos ansiolíticos.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

La indicación quirúrgica debe ser argumentada y apoyada por la información de su efecto habitual en la eliminación definitiva de las molestias presentes, y se debe destacar siempre lo relativo a los actuales avances de la ciencia y la seguridad de las técnicas quirúrgicas en nuestros días. Es recomendable que la información de algunos riesgos implícitos en operaciones complicadas se haga solamente a algún familiar capacitado para recibirla de forma adecuada, y nunca al paciente.

DESPEDIDA

Debe ser siempre afectuosa, como en todo encuentro con un paciente. Es necesario insistir en la trascendencia que tienen en el éxito de esta relación los diferentes patrones de personalidad del paciente y el médico, así como el significado específico del contexto sociohistórico durante el desarrollo de dicha relación.

RELACIÓN DEL MÉDICO CON EL PACIENTE EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ASISTENCIA QUIRÚRGICA

En este acápite no se tratarán las posibles gestiones preventivas en la atención quirúrgica; solo se explicará la asistencia de estos enfermos en las fases preoperatoria, operatoria, posoperatoria inmediata y tardía, y rehabilitatoria en los casos en que esta se requiera.

Considerando que los aspectos generales ya abordados se tendrán presentes en todo momento, a continuación solo nos limitaremos a señalar algunas especificidades de estas fases y a relacionarlas con las modalidades de RMP descritas por *Holiender* (1958).

FASE PREOPERATORIA

Esta fase, limitada en algunos países por el hecho de que los procederes diagnósticos y las relaciones prequirúrgicas son prácticamente responsabilidad de otros profesionales, se desarrolla con mucho mayor éxito cuando se logra una estrecha comunicación cirujano-paciente, y el especialista cumple en forma cuidadosa todos los pasos de la entrevista; de esta forma se logra el vínculo afectivo con el enfermo, lo cual repercute de modo trascendental al evitar complicaciones en el acto quirúrgico y garantizar una buena fase posoperatoria.

Debe recordarse que además de las fantasías del paciente, relacionadas con la técnica quirúrgica específicamente, existen

también temores a la anestesia; de aquí que la comunicación con el anestesista sea de gran importancia, pues este puede eliminar las angustias surgidas por las apreciaciones populares referente a los riesgos anestésicos, los comportamientos inadecuados en la fase de recuperación, o las fantasías en torno a la conducta del equipo cuando el enfermo está inconsciente. Estos elementos, pese a su absoluta falta de objetividad, deben ser tenidos en cuenta por el equipo, ya que se ha demostrado que su manejo adecuado y la confianza transmitida al enfermo atenúa la ansiedad preoperatoria, disminuye la dosis necesaria de anestésico, evita crisis hipertensivas y previene cuadros psicóticos posoperatorios.

La modalidad de relación habitual es la de cooperación guiada y ocasionalmente la de participación mutua.

FASE QUIRÚRGICA

El cirujano y el anestesista deben transmitir al enfermo mensajes verbales y extraverbales de seguridad, inmediatamente antes de la administración del anestésico. Además, evitarán a toda costa los comentarios durante las operaciones en las que se utilizan anestésicos raquídeos, y también en aquellas etapas anestésicas en que el enfermo comienza a perder la conciencia o a recuperarla; ya que en esos momentos se establecen mecanismos que condicionan una alta sugestibilidad en forma similar a lo que ocurre con la técnica del narcoanálisis y ello facilita la producción de importantes yatrogenias. Como puede inferirse, la relación modelo en esta etapa es la activo-pasiva.

FASE POSOPERATORIA

La presencia frecuente del cirujano con sus mensajes de seguridad y optimismo, planificados y controlados en forma consciente, constituyen un factor de primer orden para lograr una evolución favorable. Diferentes estudios evidencian la notable repercusión de la relación positiva establecida por el cirujano sobre el tiempo de cicatrización y el porcentaje de infecciones posquirúrgicas. La modalidad interpersonal fundamental en esta etapa es la de cooperación guiada.

FASE DE REHABILITACIÓN

Cuando la intervención quirúrgica implica secuelas tributarias de tratamiento rehabilitatorio, como en el caso de las amputaciones, el vínculo con el cirujano no debe perderse hasta lograr los objetivos finales perseguidos con la operación, pues su ayuda es fundamental si se logró una relación positiva desde el inicio.

En esta fase la relación es también de cooperación guiada, y en algunos casos es necesario desarrollar la modalidad de participación mutua.

PREVENCIÓN DE YATROGENIAS EN CIRUGÍA

La práctica quirúrgica implica el riesgo de cometer importantes yatrogenias derivadas de errores técnicos durante el proceso operatorio, y la actitud cuidadosa del equipo previene un gran número de ellas. Sin embargo, habitualmente no existe igual preocupación en lo referente a prevenir las yatrogenias producidas por vía psíquica, y es frecuente que se originen también por la omisión de informaciones ansiolíticas necesarias, y otras veces, por informaciones excesivas acerca de los detalles técnicos y las complicaciones posibles.

También debe evitarse el uso de términos cuyo mal pronóstico es conocido popularmente, o de vocablos muy especializados cuya deformación interpretativa por el enfermo puede devenir fuente de ansiedad; además deben recordarse los efectos nocivos, ya mencionados de los comentarios no planificados terapéuticamente en el transcurso de las etapas de pérdida o de recuperación parcial de la conciencia durante el efecto anestésico. Por último, el equipo quirúrgico debe omitir siempre la información de incidencias ocurridas durante el acto quirúrgico, como paros cardíacos u otros accidentes, pues su conocimiento desencadena una notable angustia en el enfermo, pese a haberse superado el peligro.

Guy de Chauline (1300-1370) afirmó la necesidad de que el cirujano sea audaz en las cosas seguras y precavido en las peligrosas, que evite los tratamientos y prácticas defectuosas; que sea amable con el enfermo, respetuoso con sus compañeros, cauteloso en sus pronósticos, modesto, digno, comprensivo y compadecido. Los más de 600 años transcurridos desde entonces no han afectado aún la vigencia de estas observaciones.

35. Atención integral a los enfermos en etapa terminal. Los cuidados paliativos

Jorge A. Grau Abalo, Margarita Chacón Roger y Teresa Romero Pérez

En las postrimerías del siglo xx, las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer, desafían a las políticas, las prácticas y los sistemas de salud. Ellas serán la causa del 54 % de las defunciones en el año 2015. El cáncer, que causa en la actualidad la décima parte de la mortalidad total, es la segunda causa de muerte por orden de frecuencia en todos los grupos de edades en la mayor parte de los países desarrollados, y en muchos países en desarrollo.

El análisis de las tendencias actuales muestra que el cáncer se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países a comienzos del próximo siglo, con un volumen de 300 000 000 de casos nuevos y 200 000 000 de muertes en un plazo de 25 años. Se estima en la actualidad que 9 000 000 de personas aparecen anualmente con cáncer; dentro de unos años es probable que estas cifras alcancen los 25 000 000. Hoy en día existen casi 18 000 000 de personas enfermas de cáncer, pero en el 2015 es posible que la cifra pase de 30 000 000.

Se considera que 4 000 000 de personas a diario sufren de dolor por cáncer sin recibir aún un tratamiento totalmente satisfactorio, y que entre 60 y 85 % de los pacientes en etapas avanzadas padecen de dolor moderado o severo. La OMS postula que entre 90 y 95 % de estos enfermos pueden ver aliviado su dolor si se siguen determinadas recomendaciones para su control, que incluyen no solo el empleo pautado y adecuado de fármacos, sino la incorporación de tratamientos psicosociales, y en especial, el entrenamiento de los profesionales de los equipos de salud que deberán atender estos pacientes, y que no están suficientemente preparados para ello.

En Cuba, los indicadores de salud –incremento de expectativa de vida, bajas tasas de mortalidad infantil, eliminación de algunas enfermedades, entre otros– reflejan adecuadas políticas sanitarias. No obstante, a pesar de los avances en prevención y tratamiento y del desarrollo de los recursos biotecnológicos y humanos actuales, continúa existiendo un número considerable de enfermos que no pueden ser curados.

El propio envejecimiento progresivo de la población, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, la arteriosclerosis y variadas formas de demencia, algunas enfermedades reumáticas, coronarias, renales y pulmonares crónicas y el SIDA, abocan a decenas de miles de personas a una situación terminal irreversible. Solo de cáncer mueren anualmente entre 14 000 y 16 000 personas. Las necesidades y demandas de estos enfermos y sus familiares para un tratamiento adecuado que ponga límites al sufrimiento, y el interés y preocupación de los profesionales por hacer algo efectivo en el alivio de su dolor y sufrimiento, son una realidad innegable y convierten al tema en un verdadero asunto de salud pública.

En consecuencia, la provisión de cuidados especiales a los pacientes en la fase terminal de su enfermedad adquiere cada día mayor importancia, en el mundo y en nuestro país, dentro de la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. El acercamiento a una muerte tranquila, sin estorbos terapéuticos innecesarios que prolongan la agonía más que la vida misma, en un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupe un lugar relevante cerca del paciente, y se le procure apoyo y donde la meta de la atención sea la preservación de la calidad de vida y el confort en los enfermos y familiares, mediante el control adecuado de los síntomas, la satisfacción de sus necesidades y el apoyo emocional necesario, constituyen la esencia de los *cuidados paliativos*.

Por otra parte, se ha demostrado que el manejo adecuado del duelo de los familiares de pacientes terminales disminuye el impacto sobre la inmunocompetencia de las emociones ligadas a la pérdida, y proporciona mayor protección a los familiares, por lo que se realizan con ellos acciones de prevención primaria.

La organización y adecuada provisión de estos cuidados no es una utopía, ni siquiera una meta a la cual puede llegarse solo parcialmente; es una realidad que puede y debe alcanzarse. Además, se ha demostrado que la adecuada organización de los cuidados paliativos no solo proporciona la debida atención a estos pacientes y sus familiares, con recursos poco costosos, basados fundamentalmente en la calificación del personal de salud y en la disponibilidad de algunos medicamentos, sino que posibilita un ahorro considerable de otros recursos –camas, medicamentos y medios diagnóstico-terapéuticos– que se deben reinvertir en enfermos que sí pueden ser curados. No es casual que a este enfoque se le caracterice comúnmente como "los cuidados de las 3 B" –buenos, bonitos y baratos.

ENFOQUE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS. HISTORIA, DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y ACCIONES

El enfoque de los cuidados paliativos surge en Inglaterra con el movimiento ***Hospice*** (hospicio). Los hospicios modernos tuvieron sus antecesores en los hospicios medievales, como casas para albergar a peregrinos y pobres en tránsito, y hacia mediados y finales del pasado siglo, en los ***calvaire*** como casas dedicadas a los pobres moribundos.

El movimiento *Dames de Calvaire*, fundado en Lyon en 1842, y posteriormente el de las *Hermanas Irlandesas de la Caridad* que crearon en los años 1890 el *Our Lady´s Hospice* en Dublin, y el propio *St. Joseph´s Hospice* de Londres, establecido en 1905, son ejemplos de estos verdaderos morideros, a los que ingresaban personas extremadamente pobres y donde se les dispensaban cuidados compasivos por caridad.

La versión actual de los hospicios surge con la enfermera-médica británica *Cicely Saunders*, en 1967, cuando trabajó en el *St. Christopher´s Hospice* de Londres, a partir de su idea de proporcionar una atención integral al enfermo en situación terminal, asistir a su "dolor total", y no solo controlar los síntomas físicos. La experiencia del equipo del *St. Christopher´s Hospice* sale por primera vez recogida en el célebre libro de *Saunders, Cuidados de la enfermedad maligna terminal*, a finales de los años 70.

Hoy este *hospice* sigue siendo meta de los que buscan formarse en este movimiento, pues se fue convirtiendo así en un estilo general de trabajo, en un entorno que trascendía las barreras estructural-arquitectónicas de un edificio; y se propagó rápidamente, en Inglaterra y en el extranjero, con la apertura de muchos otros hospicios y en una variada gama de modalidades de atención –equipos de atención a domicilio, *hospice care team*, centros de día, equipos de soporte o consultores hospitalarios, *hospital based terminal care*, unidades de cuidados paliativos hospitalarias.

Fue *Balfour Mont*, en 1975, el que creó el primer servicio de cuidados paliativos en América, en el *Royal Victoria Hospital* de Montreal, y el que primero acuñó el término de *palliative care*. El enfoque se propagó muy rápido por EE.UU. y otros países como España, Francia e Italia, y comenzó a desarrollarse en América Latina a partir de 1985. En este año *Ruben Bild* lo introduce en la Fundación Prager-Bild de Buenos Aires, después de llevar su experiencia durante 1982 y 1984 al Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla de Santander", donde *Jaime Sanz* en 1985 lo incorpora, y funda la primera Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en España, incluida en la Sección de Oncología Médica de ese hospital.

Al tiempo que se desarrollaba este enfoque en varios centros de Europa –por ejemplo, en el Instituto de Tumores de Milán, bajo la dirección de *Vittorio Ventafrida* y su equipo, y en muchos otros lugares– fue introduciéndose sucesivamente en los equipos de atención primaria de Viscaya (1986), en las UCP fundadas por *Xavier Gómez-Batiste* y *Josef Porta* en el Hospital de la *Sta. Creu de Vic* en Cataluña y el entonces Hospital de la Cruz Roja de *Lleida* (1987), en el hospital "El Sabinal" de Las Palmas de Gran Canaria por *Marcos Gómez Sancho* (1989) y en el Hospital "Gregorio Marañón" de Madrid por *Juan Manuel Núñez* (1990); prácticamente todas estas UCP están conectadas hoy con equipos domiciliarios de la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer y con diferentes modalidades de atención.

En América Latina se han acumulado valiosas experiencias: en México que cuenta con varias unidades de cuidados paliativos, como las del Instituto de Cancerología, dirigida por *Silvia Allende* y la del Hospital Civil de Guadalajara, encabezada por *Gustavo Montejo;* en Argentina con la Fundación de San Nicolás, encabezada por *Roberto Wenk*, y algunas otras unidades que comienzan a funcionar cooperativamente con el Ministerio de Salud en la elaboración de políticas de salud que promocionen estos cuidados; en Chile donde existe un Programa Nacional del Ministerio de Salud, con valiosas experiencias en atención primaria y centros hospitalarios de Santiago de Chile, Concepción y otras ciudades, y el trabajo tipo hospice de la Liga Chilena Contra el Cáncer; en Colombia donde además de los centros hospitalarios, existen varias asociaciones en Bogotá, Cali y otras ciudades, dedicadas a la atención a los familiares y el manejo del duelo, como la Fundación Omega y "Pro-morir dignamente"; en Costa Rica con centros hospitalarios y la Fundación "Pro-cuidado paliativo", dirigida por *Lizbeth Quesada*, dedicada a la atención a niños terminales; así como también en Brasil, Perú y otros muchos países.

Hoy, el enfoque ha ganado gran reconocimiento, no solo entre sus usuarios –pacientes y familiares–, sino entre profesionales, servicios e instituciones de salud. En 1993 se escribió el texto mundialmente conocido como *Oxford Texbook of Palliative Medicine* y entre los años 94 y 98, bajo la redacción de *Marcos Gómez Sancho*, se escribieron dos manuales que han servido para la educación a distancia a miles de profesionales en España y otros países. La medicina paliativa se concibe como una especialidad médica y de enfermería en Inglaterra desde 1987, y se reconoce como tal en Canadá, Australia, Polonia y otros países.

Existen asociaciones nacionales, como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), fundada en 1992, que recogió en 1993 en una monografía, las primeras recomendaciones para el Ministerio de Sanidad en materia de cuidados paliativos. Desde finales de los años 80, la OMS ha desarrollado una serie de centros de referencia –Inglaterra, Italia, España y EE.UU.– para la implantación y desarrollo de estos cuidados, y ha establecido programas pilotos en coordinación con los sistemas de salud y la Unidad de Cáncer y Cuidados Paliativos de la OMS, como el de Cataluña.

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) y otras instituciones celebran congresos internacionales de

forma periódica y se editan anualmente una gran cantidad de publicaciones destinadas a calificar y actualizar al personal de salud en esta materia. El I Congreso de la SECPAL y IV Congreso de la EAPC concluyeron en 1995 con la llamada *Declaración de Barcelona*, como llamamiento a los gobiernos e instituciones de la necesidad de desarrollar los cuidados paliativos.

En el Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos efectuado en marzo de 1998 en Concepción, Chile, la Oficina Sanitaria Panamericana dio a conocer la prioridad que estaba otorgando esta organización a los cuidados paliativos como política, en consonancia con los postulados de la OMS y las experiencias que iban acumulándose en Europa, Norteamérica y América Latina. Recientemente, se han publicado varios trabajos que muestran el grado de desarrollo de los cuidados paliativos en muchos otros países: Francia, Holanda, Bélgica, Noruega, Alemania, Polonia, Australia, Suecia, Uganda, Turquía, Filipinas, Singapur, India, China, Japón, Indonesia e Israel, entre otros.

La OMS define los cuidados paliativos como: "El cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el enfermo y su familia...". Documentos de la OMS recalcan que: "Los Cuidados Paliativos (...) afirman la vida y consideran al morir como un proceso natural (...) no prolongan ni aceleran la muerte (...) proporcionan alivio del dolor y otros síntomas penosos (...) integran aspectos psicosociales y espirituales del cuidado (...) ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte y a sus familiares para afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo".

Como se puede inferir, este tipo de atención se puede dispensar en cualquier contexto de las actividades de salud: en unidades hospitalarias, en hospicios, y en la atención primaria, aunque hoy en día se pretende que tales cuidados sean llevados al hogar, a la residencia misma del paciente, y se sigue la recomendación de la OMS de que los pacientes pasen los últimos días de su vida en su casa, en su propio entorno y rodeado de personas queridas. Las modalidades de atención más frecuentes en la actualidad son aquellas que combinan la atención en el hogar por equipos de atención primaria de salud y el ingreso temporal en unidades de cuidados paliativos, en los que se siguen determinados criterios para internar al paciente.

La atención paliativa directa se presta a enfermos terminales. Se entiende por enfermos terminales los siguientes:

- Los que tienen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en quienes no existen posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos.
- Los que tienen numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Aquellos cuya enfermedad tiene un gran impacto emocional en el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico mismo, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses –nunca es posible establecer límites reales.

Hay que recordar que cerca de las dos terceras partes de los enfermos oncológicos, tendrán en determinado momento la característica de terminal y requerirán de estos cuidados. La mayor o menor posibilidad de prevenir, diagnosticar precozmente o tratar con éxito un cáncer, depende mucho de su localización. En el cuadro 16 se expone un esquema de las posibles prioridades y estrategias para algunos de los tumores más frecuentes.

Cuadro 16. *Prioridades y estrategias para las localizaciones de cáncer más frecuentes en el mundo*

Localización	Prevención	Diagnóstico precoz	Tratamiento curativo	Alivios del dolor y cuidados paliativos
Estómago	+	-	-	++
Pulmón	++	-	-	++
Mama	-	++	++	++
Colon/recto	+	+	+	++
Cérvix	+	++	++	++
Cabeza y cuello	++	++	++	++
Esófago	-	-	-	++
Hígado	++	-	-	++

Leyenda: ++: efectivos, +: parcialmente efectivos, - : no efectivos

Como se puede apreciar, el alivio del dolor y los cuidados paliativos constituyen una estrategia efectiva para todos los tipos de cáncer y muchas otras enfermedades.

En un informe reciente de la OMS, hecho público en 1997, bajo el lema "Vencer al sufrimiento, enriquecer a la humanidad" se señalaba que la mayor longevidad y el progreso económico se han acompañado de una creciente carga de enfermedades crónicas y de problemas de salud, sociales y de comportamiento, que darán lugar en los próximos dos decenios a epidemias mundiales de cáncer y otras enfermedades crónicas, cuyo principal resultado será un aumento del sufrimiento humano y de la discapacidad. Se añade, además que para la OMS, "velar porque la vida termine de la manera más digna y con el menor desamparo y bienestar posibles, también es una prioridad, no solo para la profesión médica, el sector de la salud o los servicios sociales, sino también para toda la sociedad".

La OMS establece que los tratamientos curativos y paliativos no son totalmente excluyentes y que la mejoría de la calidad de vida de los enfermos podría incrementarse de manera notable si tuviesen acceso a los cuidados paliativos a lo largo del proceso de su enfermedad (fig. 7 y 8).

Al analizar los integrantes o elementos principales de la atención paliativa, sería bueno recordar la definición que se ofrece frecuentemente de cuidados paliativos: "Es la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Cuando resulte necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo".

En consecuencia, las principales bases de la atención paliativa son las siguientes:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, es decir, una atención forzosamente global, individualizada y continuada. Los cuidados paliativos siempre serán brindados por un equipo multiprofesional, ya que no es posible que un solo especialista pueda atenderlo todo.
- El enfermo y la familia son la unidad que se va a tratar. La familia es el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, y adquiere relevancia especial en la atención domiciliaria, para lo cual necesita medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo son factores rectores en las decisiones terapéuticas. Los objetivos terapéuticos deberán elaborarse con el enfermo; él siempre marcará las pautas de lo que hay que hacer, lo que significa un vuelco considerable en los procederes de la medicina contemporánea.
- Concepción terapéutica activa y rehabilitatoria, con lo que se supera el desconocimiento y la actitud negativa que se esconde tras el "no hay nada más qué hacer..."
- Atmósfera (entorno) de respeto, confort, apoyo y comunicación adecuada, que propicie en todo momento seguridad y comodidad.

¿Cuáles son los procedimientos o instrumentos básicos con los que se lleva a cabo la atención paliativa? Podría responderse que son los siguientes:

- El control de síntomas, que significa saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen, y que inciden sobre el bienestar del enfermo. Algunos se podrán controlar –dolor, disnea, etc.–; en otros habrá que promover la adaptación del paciente a los mismos –debilidad, anorexia, etc.–. Se han ofrecido una serie de principios fundamentales que habrá que tener en cuenta en el control de síntomas.
  - Tome en serio los síntomas. Escuche y crea en el paciente. Si, por ejemplo, el enfermo dice que le duele, es que le duele.
  - Haga un análisis y un diagnóstico de las causas del síntoma.
  - Haga uso de los métodos simples antes de emplear otros más complejos.
  - Tenga un amplio conocimiento acerca de los medicamentos y de la toxicidad de los mismos. Es preferible manejar con profundidad unos pocos fármacos, que conocer de muchos superficialmente.
  - Esfuércese sin rendirse. Los síntomas pueden ser controlados, siquiera de manera parcial.
  - Espere para obtener resultados, ellos no aparecerán de inmediato. Pero recuerde siempre que el enfermo no tiene mucho tiempo.



Fig. 7. *Utilización actual de los recursos en el cáncer.*



Fig. 8. *Propuestas de uso de los recursos en el cáncer.*

- Ajuste sus metas en orden y jerarquice el control de los síntomas por objetivos parciales y sucesivos, para que puedan irse disfrutando las pequeñas mejorías. Por ejemplo, intente primero una noche de sueño sin dolor, luego propóngase controlar el dolor en reposo, y solo después trate de controlar el dolor en movimiento; atienda de igual forma todos los demás síntomas.
- Trate tanto la angustia como el dolor físico: son inseparables.
- Ayude al enfermo y a su familia a aceptar los síntomas "tolerables".
- Anticipe los síntomas y prevéngalos.
- Conozca cuál (es) tratamiento (s) está llevando el paciente.
- Cuando un medicamento adecuadamente prescrito no esté surtiendo el efecto esperado, luego de revisar de nuevo las causas y nuevas condiciones del síntoma, piense en posibles causas emocionales.
- Es común que existan varios síntomas simultáneos; no siempre algunos son efectos colaterales o consecuencias del tratamiento, pero hay que tenerlos en cuenta en el tratamiento global.
- Siempre proporcione apoyo y consuelo; prolongue la vida solo cuando sea apropiado hacerlo y evite actitudes de "encarnizamiento terapéutico" inútiles e improcedentes.
- Haga una revalorización constante de los síntomas. A síntomas cambiantes, tratamientos modificados.

- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo y su familia, así como dentro del equipo terapéutico; se deben establecer relaciones francas y honestas. Comunicación adecuada no significa decir al paciente toda la verdad, sino lo que él necesite, desee y tolere conocer, sin engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas, factibles de alcanzar. Con la familia siempre deberá existir una comunicación abierta y realista, aunque se respeten momentáneamente mecanismos de negación. Una actitud de escucha activa y de apoyo es la mejor medicina.

  Los cuidados paliativos constituyen en la actualidad, la máxima expresión de la integración de los tratamientos biomédicos y psicosociales, en los que la comunicación y el soporte emocional y espiritual son tan necesarios, como la eliminación o disminución de un síntoma o molestia física. Generalmente, la comunicación y el apoyo adecuados son facilitadores activos del control de síntomas, no por gusto se dice que la morfina enviada por correo no es tan efectiva.
- Cambios en la organización institucional. La provisión de cuidados paliativos requiere modificaciones de los procederes y la ética tradicional al brindar ayuda médica, pues lo más importante no es la preservación de la cantidad de vida o la salvación del enfermo –ello no es posible–, sino mejorar o preservar al máximo posible la calidad de vida y el bienestar, y eliminar el sufrimiento.

  Pero también requiere de cambios en la organización misma de los servicios, de tal forma que faciliten el trabajo multidisciplinario y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos. Por ejemplo, no se recomiendan horarios fijos y rígidos de alimentación y aseo; a los pacientes se les permite fumar si lo desean y ellos deben tener oportunidad de reunirse apaciblemente y con privacidad con sus familiares; los locales hospitalarios deben estar pintados con colores agradables, adecuadamente ornamentados y permitir plantas y flores; la toma de signos vitales y otros procederes se hace solo en casos necesarios; debe fomentarse el contacto físico y la actitud afectuosa de los profesionales de la salud con el paciente, estos últimos deben estar siempre accesibles y disponibles a la entrevista y la comunicación; no se imponen tratamientos curativos si no es posible ni apropiado alargar la vida –por ejemplo, inyectar antibióticos a un enfermo que agoniza con un proceso respiratorio.
- Equipos multidisciplinarios. Los cuidados paliativos son imposibles de hacer sin un verdadero trabajo en equipo, que disponga de espacios y tiempos específicos para este trabajo, con formación específica y apoyo adicional de sus miembros. Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de los apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas y adoptar una actitud adecuada y auténtica ante cada situación, que a menudo resulta límite para el enfermo, la familia y el propio equipo terapéutico. Cada profesional del equipo deberá, entonces, conocer lo que hacen los otros profesionales: no se concibe en un equipo de cuidados paliativos que el médico no brinde apoyo emocional adecuado, que la enfermera no conozca procedimientos sencillos de relajación o que el psicólogo no conozca los tipos y efectos de medicamentos analgésicos. Todos deberán tener habilidades sociales y comunicativas para desarrollar su trabajo, e interconectarse sin que se borren, necesariamente, los límites del quehacer profesional de cada uno.

  Solo así se podrá prevenir o manejar el impacto en el equipo de las situaciones que enfrenta, que conduce con frecuencia al desgaste o agotamiento nervioso, conocido como *burnout,* de estos profesionales. El autocuidado y autoprotección emocional del equipo será, por tanto, un objetivo y una acción más que se va a desarrollar por todos.

  En resumen, el control de síntomas, el máximo bienestar subjetivo posible y la preservación de la dignidad y la autonomía del enfermo, que contribuyan a la preparación para su muerte próxima, la atención a la familia a lo largo de este difícil proceso y la autoprotección del equipo terapéutico son los propósitos fundamentales y las principales líneas de acción de los cuidados paliativos.

ALIVIO DEL DOLOR EN EL CONTEXTO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

A principios de los años 70, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (en inglés, IASP) propuso definir el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma. Por tanto, el dolor es lo que la persona que lo sufre dice experimentar. Aunque ha sido clasificado con base en el tiempo como agudo o crónico –y este último más injustamente aún en "benigno" o "maligno"–, cualquier dolor tiene un significado para el enfermo y también para el médico.

Un dolor agudo abdominal puede hacer que el enfermo acuda a un médico, se detecte una apendicitis, se someta a una intervención quirúrgica y se le salve la vida. El dolor crónico no siempre tiene un significado positivo. El dolor oncológico tiene un significado siempre negativo: para pacientes, familiares y hasta profesionales de la salud, siempre se asocia a destrucción y muerte, por lo tanto, carece de sentido su permanencia. Anula a la persona, es absurdo, y debe combatirse enérgicamente.

Permitir que el paciente soporte dolor durante tanto tiempo, permanecer indiferente ante el dolor o, simplemente, tratar de entenderlo como algo normal, que tiene que ser así –"Es normal que le duela, ¿no se operó hoy mismo?" o "Claro que tiene que dolerle, está enfermo de cáncer"–, es más que un acto profesional indolente, es inmoral. Puede ser muy expresiva la frase atribuida a *F. Gerfault* (1994): "Los grandes dolores no son lacrimosos. Cuando uno está aniquilado no llora: sangra".

Aunque muchos de los aspectos de otros tipos de dolor son extrapolables al dolor en enfermos de cáncer, el alivio del dolor oncológico no puede guiarse estrictamente por los cánones de tratamiento generales para el dolor agudo. El dolor en estos enfermos puede ser:

- Producido por el tumor –infiltración ósea, espasmos musculares, compresión nerviosa, "involucración" visceral, infiltración de tejidos blandos, presión intracraneal aumentada–, o relacionados con el cáncer –constipación, escaras, linfoedemas, candidiasis, neuralgias herpéticas, trombosis de vasos profundos, etc.
- Provocado por los tratamientos anticáncer –dolor o neuralgia posoperatoria, fibrosis/inflamación posradioterapia, mielopatía posradiación, neuropatía posquimioterapéutica, necrosis de hueso.
- No relacionado con el cáncer ni con la terapia –dolores músculo-esqueléticos, cefaleas, artritis, dolor cardiovascular.

Hay que conocer bien el tipo de dolor en pacientes con cáncer, ya que no siempre es estrictamente un dolor por cáncer: si es un dolor somático o visceral (nociceptivo), por estimulación de nociceptores –como el de las metástasis óseas, el del cáncer de páncreas o las metástasis pulmonares–, si es central o periférico/neuropático, de origen neurogénico, por estimulación directa del sistema nervioso central o periférico –por tumores cerebrales con hipertensión intracraneal o tumores pélvicos con plexopatía sacra–. También es necesario conocer su clasificación clínica –óseo, visceral, por compresión de nervios, cerebral, cólico, muscular y articular o neuropático– y sus causas posibles.

En resumen, para tratar el dolor en enfermos de cáncer es preciso, como en la atención de cualquier dolor y quizás con mayor razón, evaluar cuidadosamente antes de tratar: indagar sobre su localización, intensidad, forma y momentos de aparición, factores que modifican su intensidad, etc. No se debe olvidar que la mayoría de los pacientes con cáncer tienen tres o cuatro dolores diferentes, por lo que debe definirse y recoger en detalle las características de cada dolor.

Existen una serie de importantes motivos para controlar el dolor por cáncer en el paciente terminal y son los siguientes:

- Estos dolores recuerdan al enfermo su diagnóstico y sombrío pronóstico de su enfermedad.
- Producen un gran impacto emocional.
- Anulan e inhabilitan al paciente para la más mínima vida de relación, y obstaculiza su calidad de vida en múltiples dimensiones.
- Es absurdo, envilece e incapacita.
- Son posibles de controlar –según la OMS, se puede lograr un alivio efectivo entre 90 y 95 % de los casos con un tratamiento adecuado.

Como en cualquier otro síntoma, el alivio del dolor en pacientes con enfermedad avanzada se logra con mayor efectividad con tratamientos multimodales, donde se combinen medios farmacológicos y no farmacológicos. La OMS ha diseñado una estrategia bastante sencilla que ayuda a pautar el tratamiento farmacológico del dolor: la llamada **escalera analgésica** de tres peldaños fundamentales (fig. 9).

De esta forma, se comenzaría por los peldaños inferiores, en función del tipo e intensidad de dolor que el paciente presente, y cuando deja de controlarse de forma efectiva, se pasa a medicamentos del peldaño siguiente hasta el último escalón, donde el medicamento prototipo es la morfina. En la aplicación de la escalera analgésica hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Que en todos los peldaños, aparte del analgésico correspondiente, se pueden añadir, cuando sea necesario, medicamentos adyuvantes o coanalgésicos. Estos son medicamentos que, sin ser propiamente analgésicos, pueden comportarse como tales: algunos antidepresivos, como la amitriptilina;

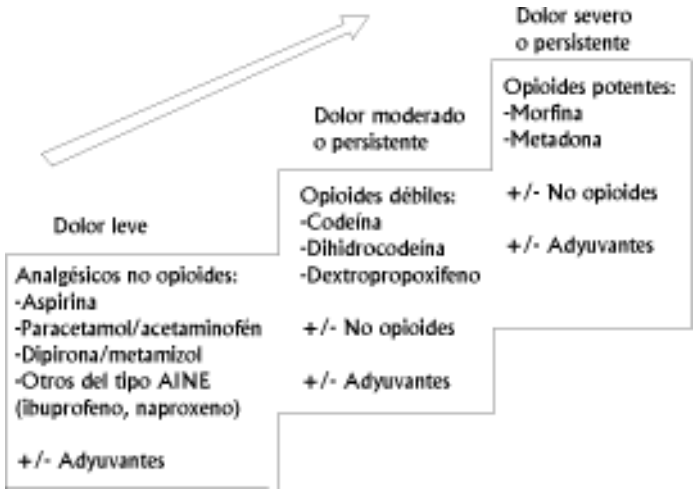


Fig. 9. *Escalera analgésica propuesta por la OMS.*

anticonvulsivos, como la carbamacepina; neurolépticos y ansiolíticos, como el diacepam; corticoides, como la prednisona y la dexametasona, etc. Ellos pueden ser muy útiles en el tratamiento de algunos tipos de dolor.

- Debe recordarse que los analgésicos del primer escalón (tipo AINE) suelen producir molestias e irritación gástricas, entre otros efectos secundarios, que pueden controlarse parcialmente con antiácidos como la cimetidina o la ranitidina —aunque en el caso de la aspirina reducen su absorción—, y en especial si se ingieren con algún alimento. El paracetamol puede producir toxicidad hepática.
- En los dos últimos peldaños se pueden añadir los analgésicos del primer escalón (no opioides) y/o los adyuvantes; ellos pueden actuar por mecanismos distintos y tener efectos aditivos deseables. Por ejemplo, codeína o morfina junto con aspirina o paracetamol.
- Nunca se deberán mezclar analgésicos del segundo y tercer escalón. Por ejemplo, codeína con morfina.
- La morfina, como analgésico prototipo del tercer escalón no tiene techo, por lo que se irá dosificando a medida que sea necesario, en función del incremento de la tolerancia y la dependencia.
- Hay que evitar la sobredosificación y la infradosificación de los medicamentos. Con respecto a la primera: debe comenzarse con dosis bajas en ancianos y en casos de disfunción hepática, respiratoria o hipotensión; se evitará la manipulación intencionada del fármaco por el enfermo, en un intento desesperado de controlar su dolor; deben conocerse las dosis equivalentes de los diferentes analgésicos y disminuirse las dosis después de utilizarse otras técnicas antiálgicas —bloqueos, radioterapia, etc.—; no se administrarán con alcohol en exceso u otras drogas depresoras del SNC.

La infradosificación puede estar determinada por miedos, falsas creencias o mitos acerca de los opioides, especialmente la morfina, uso de dosis estándar en vez de individualizadas, empleo inadecuado "a demanda" en vez de "a horas fijas" y el desconocimiento de la farmacodinamia o de las vías más correctas de administración. Por ejemplo, suele administrarse morfina cada 8 ó 12 horas, cuando la vida plasmática obliga a usarla cada 4 ó 5-6 horas; cuando no se dispone de morfina oral, la morfina inyectable se prescribe frecuentemente por vía intramuscular, cuando la vía adecuada debe ser la subcutánea, etc.

Los opioides son los medicamentos que actúan sobre los receptores opioides, sean o no derivados del opio; por eso es útil distinguir entre la denominación de opioide y opiáceo: la metadona es un analgésico opioide, pero es un producto sintético, no derivado del opio. Estos medicamentos suelen utilizarse en cuidados paliativos no solo para el control del dolor, sino de otros síntomas, como la disnea, las diarreas y la tos, aunque en ocasiones puede ser mejor utilizar otros medicamentos que no tienen efecto sobre el SNC, por ejemplo, en el control de las diarreas.

En general, se ha descrito una serie de mitos en relación con el uso de la morfina que es necesario esclarecer bien al enmarcar el control del dolor en los cuidados paliativos: "el paciente se hará un drogadicto", "la usará para suicidarse", "se robarán la morfina de casa para contrabando", "provoca euforia", "la tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será tan efectiva", "provoca depresión respiratoria", "ya se le está inyectando morfina, es un muerto en vida", etc.

La mayoría de estos pretextos para la no utilización de la morfina en el control del dolor severo son falsas creencias que no solo tiene la población, sino que existe aún en muchos profesio-

nales de la salud, por desconocimiento o inexperiencia en la atención de pacientes terminales. En realidad, las contraindicaciones o efectos secundarios de la morfina casi no aparecen –el mejor antagonista del efecto, por ejemplo, de depresión respiratoria es el propio dolor del paciente–; o pueden ir desapareciendo lentamente o con control de estos efectos –por ejemplo, la somnolencia o el tratamiento del estreñimiento con laxantes–; es raro que se utiliza la morfina para el contrabando de drogas, y no puede pensarse que un enfermo terminal llegará a ser drogadicto; la euforia muchas veces se produce por la sensación de bienestar producida por el alivio del dolor; lo que sí resulta una especie de "muerto en vida" es un paciente con cáncer que sufre de dolor severo, y que puede ser aliviado.

Bónica (1990), el padre de los estudios del dolor, escribía: "Una tragedia está ocurriendo en nuestros sistemas de salud. Los pacientes están sufriendo de dolores severos innecesariamente. Poseemos los fármacos, la tecnología y la información necesarias para usarlos de manera apropiada. Sin embargo, muchos médicos y enfermeras no solo usan tratamientos analgésicos de forma inapropiada, sino que a veces dirigen sus energías contra aquellos que están tratando de mejorar el tratamiento clínico del dolor".

Recordemos finalmente que en el control del dolor deben insertarse todas aquellas técnicas y procedimientos que han demostrado su efectividad y que no se ocupan exclusivamente del componente sensofisiológico del dolor. Este control deberá ser llevado a cabo mediante un sistema de acciones multidisciplinarias que se dirigen fundamentalmente a resolver los problemas inmediatos de la calidad subjetiva de vida del paciente, sin descuidar a los familiares.

Mejorar el bienestar subjetivo es ya de por sí razón suficiente para la utilización de procedimientos variados, desde las técnicas de hipnosis y relajación y las terapias cognitivo-conductuales, pasando por masajes y llegando hasta la utilización de técnicas alternativas como coadyuvantes –acupuntura, digitopuntura y otros procedimientos de medicina tradicional–, todos insertados en la filosofía y el enfoque de los cuidados paliativos.

Insistimos: las acciones para el control del dolor deben convertirse en acciones para el disfrute de la vida, para que cada proceder, cada intención, devenga esperanza y transmita un mensaje de esfuerzo, de solidaridad, de amor, de ilusión, que ayude decisivamente, por paradójico que parezca, a que aún con cierto dolor, el paciente sea capaz de mantener una sonrisa y disfrute de su vida hasta el final.

PRESENCIA DE OTROS SÍNTOMAS Y SU CONTROL

Aunque en el contexto del presente trabajo no podríamos detenernos en los aspectos del control de otros síntomas específicos, es necesario dejar establecidas algunas consideraciones generales.

Recordemos que el enfermo en fase avanzada y terminal es plurisintomático y multicambiante. Se ha demostrado que la mayoría de los enfermos tienen entre 3 y 18 síntomas y en algunos estudios con un promedio de 10 por enfermo. Generalmente, se habla del dolor como el síntoma más molesto; sin embargo, muchas investigaciones actuales están demostrando que otros síntomas pueden ser más frecuentes y preocupantes para el enfermo, como el insomnio, la debilidad general o el estreñimiento.

En trabajos recientes que comparan la incidencia de síntomas más frecuentes en pacientes terminales en varios países se ha observado que la proporción de ellos varía en relación con la cultura, la presencia de determinados medicamentos, etc. En un estudio realizado entre 1995 y 1997 en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) se ha encontrado la incidencia de los síntomas que se pueden observar en la tabla 14, donde a la derecha aparece la proporción de casos que tienen esos mismos síntomas en otro estudio realizado en 1993 en pacientes del Hospital "El Sabinal" de las Palmas de Gran Canaria.

Tabla 14. *Incidencia de síntomas más frecuentes en pacientes terminales del INOR y del Hospital "El Sabinal"*

Lista de síntomas identificados	% en INOR (N = 403)	% en "El Sabinal" (N = 503)
Dolor	76,7	74,6
Insomnio	61,0	32,2
Estreñimiento	48,4	32,2
Debilidad	43,9	34,2
Anorexia	40,4	28,0
Disnea	37,4	19,7
Boca seca	21,8	27,4
Poco apoyo o problemas familiares	16,9	4,6
Tos	16,1	10,3
Náuseas/vómitos	15,6	10,1
Ansiedad	15,1	14,3
Depresión	11,9	4,6

Naturalmente, las diferencias pueden estar producidas en el caso anterior por dificultades de registro, por diferencias cronológicas en cuanto al cumplimiento del programa de cuidados paliativos, etc. Pero más allá de las diferencias, puede observarse una problemática común en cuanto a la presencia de determinados síntomas que, de acuerdo con otros estudios, no siempre se corresponden con los más preocupantes para los enfermos.

En el control de estos síntomas hay que considerar los principios formulados anteriormente, a los cuales pueden añadirse algunas recomendaciones generales:

- Explicar las causas de los síntomas a los enfermos y sus familiares, en términos que sean pertinentes y comprensibles.
- Usar estrategias mixtas, con medidas farmacológicas y no farmacológicas: masajes, posturas, procedimientos de relajación, cuidados particulares de la boca, la piel, etc.
- Individualizar el tratamiento y discutir las opciones con el enfermo y la familia.
- Controlar los síntomas mediante el uso de instrumentos estandarizados y esquemas de registro adecuados.
- Prestar atención a los detalles, minimizar los efectos secundarios adversos y emplear actitudes y conductas adecuadas –escucha, humor y risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.–, así como reducir la sensación de abandono e impotencia del enfermo.
- Dar instrucciones correctas y completas sobre los tratamientos, si es posible por escrito, y especificar los efectos de los medicamentos, intervalos, vías de administración, si es conveniente ingerirlos antes, durante o después de las comidas; se deben diferenciar bien los medicamentos que se van a tomar a horas fijas –tenga el síntoma o no– de aquellos que se deben usar solo si los precisa el paciente y explicar bien el por qué de la utilización.
- A síntomas constantes, tratamiento preventivo. Muchos medicamentos deberán tomarse a horas fijas, por ejemplo, los analgésicos y nunca "a demanda". Se deben usar otros fármacos de manera profiláctica, por ejemplo, laxantes si se prescribe morfina; antieméticos si con la codeína un paciente comienza con vómitos y hay que iniciar el tratamiento con morfina.
- Revisar, revisar y revisar. Los cambios son muy rápidos, y a medida que el paciente avanza hacia las fases preagónica y agónica, comienzan a producirse con frecuencia e importancia que hay que analizar.
- No limitar los tratamientos al uso de fármacos. La utilización del calor o del frío, de una dieta adecuada, de masajes, de curas locales, de relajación, de una simple conversación en la que lo más importante es escuchar y comprender al enfermo sin decir nada o el cambio de postura o de vestuario en un paciente con disnea, pueden ayudar más al control de los síntomas en estos pacientes que el empleo de medicamentos.

Las causas de fracaso más frecuentes en el control de síntomas y en la prestación de cuidados paliativos efectivos pueden ser, en consecuencia los siguientes:

- Falta de continuidad de los tratamientos: la enfermedad no entiende de meses de vacaciones, días feriados o de descanso, horas del día o de la noche. Hay que organizar los cuidados de tal forma que se pueda prestar un servicio permanente, estar disponibles y adiestrar adecuadamente a los familiares.
- No se han identificado determinadas necesidades. Difícilmente podremos resolver un problema si no sabemos que existe. El enfermo y su familia no siempre cuentan todas sus preocupaciones o necesidades, por pudor, porque tienen otras expectativas o, porque creen que no son importantes para el equipo. Hay que conocer esas necesidades y atenderlas de forma adecuada, por banales que pudieran ser.
- El apoyo psicosocial no es considerado parte del tratamiento, sino "algo más". En los cuidados paliativos no pueden existir reductos de biologicismo, ni de una sociología positivista que reduce el comportamiento humano a modelos biológicos. El dolor por cáncer necesita de apoyo emocional como de adecuados analgésicos, y en eso no se diferencia de una cefalea o de otro tipo de dolor, sin hablar del sufrimiento propio del dolor. No debe olvidarse que cada enfermo siente la enfermedad en función de su formación, de su experiencia previa, de su personalidad y de su carácter, del nivel medio de salud de su entorno, de sus opiniones y tradiciones, de su filiación étnica, religiosa e ideológica; en resumidas cuentas, de todo un sutil entramado de factores psicosociales y socioculturales.
- Falta de trabajo en equipo, ya que con frecuencia se entiende erroneamente como tal la acción independiente de diversos especialistas sobre el paciente.

PREPARACIÓN PARA LA MUERTE Y ATENCIÓN AL DUELO

En los cuidados paliativos es axial la consideración de la muerte como un hecho inevitable, trascendente, final y doloroso, pero que debe tener su momento y no posponerse inútil y cruelmente. La prolongación del sufrimiento y la agonía es contraria al trato humano del enfermo terminal; tampoco se corresponden los cuidados paliativos con la eutanasia, entendida esta como la acción deliberada, llevada a cabo por el médico, para poner fin a la vida del paciente, abrumado por el sufrimiento insoportable que le acarrea su enfermedad incurable. Precisamente la meta de los cuidados paliativos es eliminar o disminuir al máximo ese sufrimiento, de tal manera que la situación sea soportada por el propio paciente y la familia. Cuando esto se logra, difícilmente un enfermo solicitará un final compasivo.

La muerte es un evento psicosocial y no solo el cese de las funciones biológicas, y requiere preparación que va haciendo poco a poco el paciente y también la familia (duelo anticipatorio), ayudados por el equipo de cuidados paliativos. Es una experiencia universal, que cada quien concibe y enfrenta de manera sumamente individual, asociada a su historia personal y familiar, a las experiencias anteriores en relación con la muerte, a sus creencias religiosas, a la filosofía que ha regido su vida, a su origen étnico y cultural y a su personalidad específica. Trabajar con un enfermo moribundo exige abandonar esquemas preestablecidos y colocarse en una posición de apertura y neutralidad hasta donde ello es posible, y tomar en consideración la evolución de la enfermedad de ese paciente, su historia personal, así como su conjunto de creencias relativas a la muerte; implica, además, conocer y trabajar con lo

que el paciente ofrece y no con lo que se supone que debía ofrecer.

La atención en los momentos finales de la vida debe involucrar requerimientos particulares. Hay pacientes con un nivel intelectual superior que se preparan de una manera muy vívida para la muerte a partir de una valoración y una síntesis que hacen de su experiencia vital; la relación terapéutica con ellos es muy densa afectivamente, pero a la vez muy enriquecedora; otros mueren con desesperación y necesitan diferentes estrategias para ello. En todos los casos hay preparación espiritual, y entiéndase espiritualidad no como sinónimo de religiosidad. Tampoco puede olvidarse que el componente religioso en la atención y apoyo a pacientes y familiares es fuerte y vigente, por lo que hay que concebir e integrar el papel mitigador del sufrimiento de este apoyo y la búsqueda en la religión, por algunos de ellos, de su sentido del morir. Cuando paciente y familia lo reclaman, la participación ocasional o sistemática de un asistente espiritual –sacerdote, presbítero o ministro de cualquier religión– se incorpora a la atención integral.

Es frecuente en el ámbito latinoamericano, y por ende, en nuestro país, que el compromiso de los cuidados finales sea compartido por una extensa red de familiares y allegados, lo que los convierte en agentes de intervención y poderosos sujetos de influencia sobre el enfermo.

El equipo de profesionales debe estar al tanto de esta particularidad para que no se pierda la relativa unidad y coherencia del tratamiento, y deberá centrar sus esfuerzos de educación y preparación física y emocional en uno o varios familiares o personas cercanas al paciente, que son los llamados **cuidadores primarios** que participan directamente en sus cuidados habituales. La familia, y hasta los amigos y vecinos, se convierten en fuente de cuidados, pero al mismo tiempo, en elemento receptor de los cuidados de protección que debe brindar el equipo, por lo que habrá que mantener, con cautela y sistematicidad, una educación mantenida en relación con los cuidados que se van a brindar al enfermo y a los eventos que irán sucediéndose paulatinamente, entre ellos, el acercamiento al final y la agonía.

Por otra parte, quien proporciona cuidados paliativos –equipo terapéutico o los familiares coterapeutas– debe protegerse del peligro que implica la identificación excesiva o las expectativas omnipotentes e inalcanzables de aliviar todo sufrimiento. Es el paciente quien morirá y a él le corresponde experimentar su propia muerte, el dolor que pueda tolerar, la paz y conformidad que pueda alcanzar, la plenitud de vivencias que le sea posible lograr. Esto exige, por tanto, que se mantengan expectativas realistas.

No existe fórmula alguna que resuelva el problema de la muerte, por lo que no existirá tampoco una forma única de enfrentar la muerte de cada individuo. Antes de la pérdida final, el paciente y su familia experimentan "micromuertes" de orden físico, emocional, económico, espiritual, con diferentes cargas afectivas para los pacientes y sus allegados. Poner en orden el caos emocional que se puede experimentar, requiere que el proveedor de cuidados paliativos sea a la vez, consultor, asesor, confidente y terapeuta que propende favorecer el cambio.

De aquí que la intervención preparatoria para la muerte exhiba algunas características esenciales:

- Las metas de la intervención son diferentes, más breves y pequeñas y no centradas en la concientización profunda de los problemas –puede hasta incluir la llamada *prótesis del yo.*
- Las reglas son también diferentes, suponen relación o contrato flexible, no rígido.
- La intervención puede, incluso, no ser psicoterapia como tal, y disponer de herramientas usuales e inusuales.
- El foco es la intervención benéfica, activa y con implicaciones emocionales, de modo que se perciba interés y preocupación personal; lo importante no es lo que el terapeuta hable, sino –simplemente– que esté allí presente escuchando o acompañando al moribundo, que este perciba que lo comprendemos y nos preocupamos por lo que nos dice, lo que nos quiere decir o lo que no nos llega a decir.
- No siempre puede llegarse a la muerte sin complejos y con los problemas neuróticos resueltos.
- Es el paciente moribundo quien establece el ritmo y decide en gran medida el desarrollo y los tópicos de las entrevistas.

En la preparación para la muerte hay que recordar siempre que existe una serie de miedos en el proceso del vivir-morir que no siempre son identificados por el paciente, y a los cuales hay que ponerles "apellido", para poder aconsejar y trabajar con el enfermo en su resolución. En este proceso, la negación siempre estará presente, y a veces, es deseable y psicológicamente saludable.

Al atravesar por todas las etapas o estadios descritos por *Kübler-Ross* (1974), la famosa tanatóloga que dedicó su vida a la atención de los moribundos, cada quien lo hace de manera diferente. Pero siempre podrán reaparecer las negaciones, los mecanismos evitativos. Como decía *Kübler-Ross* (1974): "Nadie puede mirar de frente al sol durante todo el tiempo", y esto es válido no solo para el paciente y la familia, sino también para los miembros del equipo de atención. La relación terapéutica que se cree con el moribundo es y debe ser de equipo, no exclusiva ni centrada en una persona determinada.

Otro factor importante que debe ser considerado es que los sobrevivientes son víctimas del sufrimiento y con frecuencia, de un largo y traumático proceso. Si no son apoyados, pueden convertirse eventualmente en pacientes; en consecuencia, el trabajo de preparación para la muerte incluye el manejo del duelo anticipatorio, antes de la muerte del familiar enfermo, y debe extenderse más allá del fallecimiento del paciente.

En este proceso de duelo hay que involucrar a los niños, según su edad cronológica y su madurez intelectual y emocional, ya que ellos no deben quedar rezagados. El duelo debe ser vivenciado y tiene que transcurrir en todas sus etapas para que dé paso a una fase de recuperación de la normalidad en la existencia cotidiana; no debe "congelarse" con psicofármacos, sino permitir que fluya de manera espontánea, facilitar y no reprimir la expresión emocional, permitir el recuerdo con los objetos o situaciones que estén asociadas al ser querido, y apoyar afectivamente con la mayor autenticidad. Las "curas geográficas" o viajes, cambios bruscos de domicilio, ayudas de vecinos al recoger los objetos del fallecido, el regreso inmediato al trabajo, no son las mejores recomendaciones para que el duelo transcurra normalmente y se convierta, a la larga, en un proceso revitalizador y hasta enriquecedor.

La preparación para la muerte del paciente –búsqueda de la llamada "muerte sana"– y la atención al duelo de la familia, entrañan riesgos para los profesionales; pues constituyen una tarea que engendra un desafío incomparable e involucra la confrontación previa con la propia mortalidad, exige una comprensión amplia y flexible del duelo y de la experiencia del paciente que está muriendo, una capacidad empática y una singular sintonía afectiva, una especial habilidad para darle un sentido al sufrimiento y encontrar un significado a la experiencia del morir; y exige también una creatividad desusada en la búsqueda de tratamientos alternativos, saber escuchar y responder adecuadamente, una acertada crítica de las propias limitaciones –como profesional y como persona– y gran tolerancia a la frustración. Por último, requiere capacidades para asumir el sufrimiento del paciente con respeto, pero desde una perspectiva realista y saludablemente distanciada.

Sin dudas, los terapeutas de enfermos moribundos enfrentan un importante reto, al tener que disponer de una sólida formación personal, sensibilidad humana, devoción para tolerar el contacto estrecho con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre, la impotencia, y un fuerte entrenamiento y preparación especial. Tales terapeutas tienen que disponer de mecanismos de soporte propios y estar siempre alertas a cualquier señal de sobrecarga para la adopción de las medidas adecuadas en el equipo. Este trabajo provoca una alta vulnerabilidad emocional, por lo que se sugiere disponer de sistemas de apoyo efectivos, especialmente en lo que se refiere a la tranquilidad y el orden familiar propio, y alternar el trabajo con otras poblaciones de pacientes.

El derecho a morir en el hogar –la mayor parte de los pacientes lo prefiere así–, rodeado del calor de esa atmósfera brindado por los rostros y cosas familiares, es una costumbre que debe ser reconquistada y ampliamente promovida, por lo que cada día más se proyectan programas de atención domiciliaria al paciente terminal. Morir en casa, que significa pasar los últimos momentos de la vida en el propio terreno, no solo brinda un sentimiento de seguridad al moribundo, sino que contribuye a rodear el hecho de morir del mejor entorno humano, lo que no puede encontrarse en el hospital tradicional, donde a pesar de los cuidados técnicos se muere más solo.

Este derecho implica disponer de aquellas medidas imprescindibles requeridas para satisfacer las múltiples necesidades del enfermo en el propio hogar. Nos referimos aquí a las medidas fundamentales –equipos capacitados y entrenados, apoyo familiar, y medicamentos esenciales disponibles en la atención domiciliaria– y no a aspectos muy puntuales, que raramente podrán encontrarse en la casa y que casi nunca se utilizan en los cuidados paliativos.

Morir en casa no es morir rodeado de confort dado por procedimientos técnicos, extrapolados de la atención habitual –sueros, oxígeno, etc.–, sino, en el entorno familiar y rodeado de los profesionales del equipo de atención primaria, debidamente preparados, con la comunicación, el apoyo y la preservación de los aspectos éticos elementales, más unos pocos medicamentos –en especial analgésicos– que ayudan a que esa situación transcurra lo más llevaderamente posible.

Como es natural, esta atención también tiene límites: lo incontrolable de algunas situaciones clínicas, en especial cuando no ha llegado aún la muerte esperada del paciente, provocada por la insuficiencia de algunos recursos en el hogar; la fatiga de batalla que experimenta la familia cuando se ha sobrecargado por el estado de cosas –la llamada *crisis de claudicación familiar*–; o el propio deseo del paciente de morir en otro ambiente diferente, cuando aún no se ha convencido de que ese debe ser el lugar. Son estos los criterios básicos que justifican su ingreso transitorio en una sala hospitalaria, que permita la continuidad de los cuidados y que disponga de equipos debidamente preparados para ese objetivo, estas son las Unidades de Cuidados Paliativos.

PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS. EL PROGRAMA CUBANO DE ATENCIÓN AL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO

En los últimos años se ha ido tomando conciencia de que la satisfacción de las principales necesidades de cada individuo, administrada con la máxima eficacia profesional posible, no depende tanto del desarrollo tecnológico o de los recursos materiales, sino de la adecuada capacitación y entrenamiento de los profesionales que han de brindarla, integrados en equipos multidisciplinarios que actúan con objetivos comunes –médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y farmacólogos–. Esta atención es enfocada en la actualidad en forma de un programa, concebido por etapas, con la cooperación implícita de pacientes y familias, y múltiples propósitos, siempre realistas, que dispone de una serie de indicadores que permiten autoevaluarlo a lo largo de su aplicación.

La OMS ha promovido los programas nacionales de cuidados paliativos para dar cumplimiento a uno de los cuatro objetivos del Programa Global de Control de Cáncer de esa organización, para lo cual ha definido estrategias generales para su desarrollo y en ellos se ha favorecido la disponibilidad adecuada de recursos analgésicos, especialmente opioides (codeína, morfina), y la capacitación especial de equipos multidisciplinarios para enfrentar las difíciles tareas de esta atención, que requiere una óptima comunicación, un soporte efectivo y un despliegue de recursos de protección para evitar el desgaste emocional y el *burnout* de los profesionales de la salud que la brindan.

Las bases para el desarrollo de un Programa Nacional de Cuidados Paliativos han sido definidas de la forma siguientes:

- Establecimiento de una política gubernamental que subraya la necesidad de aliviar los dolores y el sufrimiento en el paciente con cáncer avanzado.
- La disponibilidad de medicamentos, con regulación de la legislación y los reglamentos de salud para mejorar la accesibilidad de ciertos medicamentos –en particular, opioides–, así como la prescripción, distribución, despacho y administración de los mismos.
- Ejecución de una política de educación y capacitación de la población y del personal de salud para garantizar la comprensión del enfoque de cuidados paliativos y la ejecución misma de esta atención.

Entre las prioridades trazadas por el Programa de Alivio del Dolor en Cáncer y Cuidados Paliativos de la OMS para el período 1995-1999 están las siguientes:

- Fomentar que el control del dolor por cáncer, el tratamiento de los síntomas y el apoyo psicológico y social, sean componentes integrantes del tratamiento del cáncer en todos los entornos sanitarios del mundo.
- Coordinar las actividades entre los centros colaboradores de la OMS, los puntos focales y los proyectos de demostración.
- Mejorar el conocimiento actual de los profesionales sanitarios mediante la publicación y difusión de directrices y manuales.
- Asegurar la disponibilidad mundial de opioides a precios razonables, y en particular de los preparados de morfina oral.
- Promover en los países el desarrollo de su propia capacidad para el tratamiento del cáncer y el cuidado paliativo, con arreglo a indicadores específicos.
- Estimular a nivel internacional una discusión sobre la ética, política y economía del cuidado paliativo, con inclusión de temas como la comunicación de la verdad, el consentimiento informado, la autonomía del paciente y la relación costo-beneficio del tratamiento del cáncer.
- Fortalecer la capacidad de la enseñanza para producir cambios en el ejercicio de la práctica.
- Fomentar la investigación en todos los aspectos del tratamiento del dolor por cáncer y de los cuidados paliativos.

Se establecieron así las bases para los programas de cuidados paliativos en 40 países. La Unidad de Cáncer y Cuidados Paliativos de la OMS intentaría establecer cimientos para el desarrollo de estos programas en 100 países para el año 2000; ya existían varios centros colaboradores de la OMS, como los del Memorial Hospital de Nueva York, dirigido por *K. Foley*; el Instituto para el Estudio y Cura de Tumores de Milán, dirigido por *V. Ventrafridda;* el Churchill Hospital, de Oxford, Inglaterra, dirigido por *R. Twycross* y el Edmonton General Hospital, en Canadá, dirigido por *E. Bruera.* Algunos proyectos de demostración por acuerdo de la OMS y gobiernos autónomos –Cataluña, en España y Kerala, en la India–, evaluarían y darían seguimiento a prioridades de la OMS en materia de cuidados paliativos, mientras que los puntos focales se dirigirían a personas, como el Dr. *E. Bruera*, que coordinaba el programa en América Latina.

En los últimos 4 años, los programas de cuidados paliativos se han ido difundiendo en muchos países de América Latina, Europa, Asia y Africa. Algunos como los de Cataluña, dirigido por *Xavier Gómez-Batiste* y "El Sabinal", *con Marcos Gómez Sancho* a la cabeza; el de Edmonton, en Canadá, dirigido por *E. Bruera*; el del Instituto de Cuidados Paliativos de la Universidad de Otawa, en Canadá, por *J. Scott*, el del Centro de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor del Memorial Sloan Kettering Cancer Center, de Nueva York, por *M. Callaway;* el del Centro Clínico dedicado al Cáncer, de Cleveland, Ohio, por *T.D. Walsh*, y otras instituciones del Reino Unido como el St. Christopher´s Hospice y el Churchill Hospital, entre muchos otros, se han convertido en centros de referencia paradigmáticos para la capacitación de nuevos profesionales.

En la actualidad, la OMS insiste en la importancia de programas de formación de médicos, enfermeras y otros profesionales en el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. El V Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, celebrado en Chile, en marzo de 1998, subrayó en la llamada *Declaración de Concepción* el desarrollo que ofrece la Medicina Paliativa en la transformación del modelo de atención médica, y que ha posibilitado eficiencia, eficacia, equidad, solidaridad y satisfacción de los usuarios, al tiempo el acceso de pacientes y familiares a este tipo de atención en otras enfermedades, como el SIDA, las afecciones neurológicas, la diabetes, la insuficiencia renal, y la atención de los pacientes geriátricos. En general, esto trae como consecuencia un marcado aumento en la relación costo-beneficio dentro de los sistemas de salud, ya que se considera que alrededor del 80 % de estos pacientes mueren ingresados en una institución hospitalaria, con estancias prolongadas, sometidos a estudios e intervenciones típicas de "encarnizamiento terapéutico", que poco preservan la calidad de vida y el bienestar de estos enfermos que morirán de manera irremediable en un plazo de tiempo relativamente corto. Además estos pacientes acuden reiteradamente

a servicios de urgencia, lo que recarga el trabajo sin obtener resultados notorios en el alivio de sus síntomas.

Se insiste en el desarrollo de los programas de cuidados paliativos como prioridad de salud a todos los niveles, por muchas razones: por la eficacia demostrada, o sea la competencia en la atención a enfermos terminales y sus familias y en la preparación de los demás equipos con fórmulas organizativas muy diversas y flexibles; por los resultados con respecto a su eficiencia, es decir, al uso más adecuado de los recursos sanitarios por los enfermos, con una elevada satisfacción de los usuarios y una excelente aceptación social; por la posibilidad de comparar resultados y de elaborar y consensuar estándares, que permitan definir, ordenar y acreditar con precisión las referencias que se han ido consolidando sobre los cuidados paliativos, al cambiar el uso de la "opinión" por el del control objetivo de indicadores de calidad.

Por tanto, los cuidados paliativos están comprometidos a cumplir aspectos de cobertura o porcentaje de enfermos atendidos, de equidad o aplicación del derecho a ser bien atendido en cualquier nivel o ante cualquier tipo de enfermedad, de continuidad y estabilidad en la financiación y soporte de los proyectos. En otras palabras, los cuidados paliativos se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud; la necesidad de su ejecución no deja lugar a dudas: se trata no solamente de promover una atención digna y humanitaria a personas en situación difícil, con nuevas concepciones de trabajo en equipo, sino que es además un instrumento profesionalizado para la racionalización del funcionamiento de los recursos de salud, aceptada por usuarios –pacientes y familiares– y por las administraciones de salud que ven en ello una forma de garantizar la calidad de la atención, y de optimizar el costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad de los servicios de salud. Ellos se convierten, cada vez más, no solo en una cuestión de valores, sino de aplicación del sentido común en la gestión de la salud pública.

En Cuba, se vienen dando pasos desde 1992 para conformar un programa de cuidados paliativos que forme parte del Programa Nacional de Control del Cáncer, elaborado sobre la base de las directrices establecidas por la OMS para este tipo de programas, y que considere las condiciones propias de nuestro país. Desde 1994, se intensificó la labor de revisión de programas y experiencias de otros países y se desarrollaron investigaciones propias, dirigidas a conocer la pertinencia de un programa en nuestras condiciones concretas, y a elaborar procedimientos e instrumentos que propicien la capacitación y sean útiles para evaluar el impacto de las acciones sobre la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

Se revisó literatura y se tomó contacto directo con especialistas y experiencias concretas de la Fundación Omega de Colombia, del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, del Programa Chileno de Cuidados Paliativos, del Programa de Cuidados Paliativos de San Nicolás, en Argentina, de las Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital Civil de Guadalajara, del Hospital "El Sabinal" de Gran Canaria, del Hospital Gregorio Marañón y el Area de Atención no. 1 de Madrid, del Programa Catalán de Cuidados Paliativos, y de varios otros programas y centros de referencia de Canadá, Estados Unidos, Gran Bretaña y de países de América Latina.

El documento del Programa Cubano de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (PADCP) en su primera versión estuvo listo en 1996; en él se trazan lineamientos para su gradual aplicación en el país. Este Programa viene a ocupar un espacio necesario en el Programa Nacional de Control del Cáncer.

En realidad, Cuba cuenta con suficientes recursos humanos, profesionales y técnicos para llevar a cabo paulatinamente este programa. Se dispone de ricas experiencias en el trabajo multidisciplinario y en la atención integral al dolor. Existe un modelo desarrollado de atención primaria que constituye una infraestructura fértil para instaurar la atención paliativa a los pacientes y preservar la calidad de vida de sus familiares en la comunidad, en su propio hogar.

Estos recursos humanos debían ser recalificados para este propósito. Por esta razón, además de las razones argumentadas por organismos internacionales, el programa cubano de Cuidados Paliativos tiene un peso considerable de capacitación en sus acciones iniciales de ejecución.

Este Programa proyecta extender en el futuro sus beneficios a otros tipos de enfermos crónicos en estadio terminal. Su objetivo general es aumentar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en el paciente que requiere de atención paliativa, así como de sus familiares, mediante una atención integral que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, sin afectaciones para el equipo que brinda estos cuidados. Está concebido para ejecutarse en la atención primaria y durante el internamiento temporal del paciente en hospitales –atención secundaria y terciaria.

El programa pretende lograr paulatinamente cobertura nacional con la incorporación de equipos multiplicadores para la capacitación en cinco provincias del país en una primera etapa: Santiago de Cuba, Holguín, Camagüey, Villa Clara y Ciudad de La Habana, en las cuales reside más del 40 % de los enfermos tributarios de estos cuidados. Se espera lograr cobertura nacional después del 2000, con su extensión progresiva a otras provincias del país y la capacitación "en cascada" por equipos multiplicadores, adecuadamente entrenados.

Entre las acciones fundamentales definidas en el Programa Cubano de Cuidados Paliativos ocupan un lugar relevante la organización de equipos multiplicadores –médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales– y la capacitación de estos profesionales, no solo con conocimientos, sino proporcionando destrezas y habilidades técnicas y socio-comunicativas. También han sido definidos los indicadores de control y evaluación del PADCP, las funciones de cada miembro del equipo, las necesidades mínimas

de recursos materiales, particularmente de medicamentos, y los aspectos éticos implicados en este trabajo.

Podrían ser enumeradas como las características particulares del programa cubano las siguientes:

- Posibilidad de lograr en corto plazo cobertura nacional, gracias a la infraestructura ya existente.
- Capacitación con el empleo de entrenamiento en habilidades socio-comunicativas, focalizadas especialmente en la comunicación adecuada para el apoyo emocional, la preparación para la muerte del enfermo y la atención al duelo en la familia.
- Atención especial a la prevención de desajustes en el equipo de salud, para prever y manejar posibles manifestaciones de *burnout*.
- Evaluación de la eficacia del programa con instrumentos diseñados para determinar cambios en la calidad de vida y bienestar, además de los indicadores tradicionales de puesta en marcha.

En octubre de 1997, comenzó a ejecutarse la primera fase del PADCP, con la capacitación en las cinco provincias seleccionadas. Esta capacitación fue ofrecida, de acuerdo con lo previsto, en forma de conferencias y sesiones de entrenamiento en habilidades, a lo largo de una semana (40 horas), y dirigida al personal seleccionado en cada provincia, tanto de atención primaria como hospitalaria, según las estrategias elaboradas para la multiplicación posterior.

Participaron como profesores en todos los seminarios de capacitación tres profesionales que, en calidad de expertos, elaboraron el programa cubano y diseñaron los seminarios. En total se capacitaron 197 profesionales de 23 equipos.

De esta manera, el Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos permite poner en práctica todo lo que se ha reseñado acerca de la atención integral a los enfermos terminales, y hacer realidad lo que *Cicely Saunders* (1989) decía a sus pacientes: "Tú importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo para ayudarte a morir en paz, sino a vivir hasta el día en que mueras..."

36. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica

Fernando Núñez de Villavicencio y Olga Iglesias Durán

Al elaborar la historia clínica un buen número de profesionales está convencido de que el objetivo fundamental es recoger los datos biológicos del paciente que permiten establecer el diagnóstico, entender la fisiopatología de la enfermedad y dejar reflejado el tratamiento impuesto y la evolución del paciente.

A partir de esta filosofía, los aspectos psicosociales quedan concentrados en una parte del documento llamada *historia psicosocial* que, en ocasiones, ni siquiera es leída cuando se discute el diagnóstico diferencial.

Lo cierto es que desde el inicio de la historia, cuando recogemos en qué barrio vive el paciente y cuál es su ocupación, estamos recibiendo una información de aspectos sociales que puede tener una relación importante con la enfermedad que padece; y si recordamos que el hombre piensa, siente y actúa de acuerdo con las condiciones en que vive, junto con la información social nos empieza a llegar información psicológica relacionada con su posible conducta que también puede ser importante, no solo para entender como se expresa en él la enfermedad, sino para prever su posible evolución y pronóstico. Igual sucede con datos como los de la edad y el sexo. La verdad es, que al elaborar la historia clínica nos debe interesar la persona como un todo y no solo sus aspectos biológicos.

Uno de los aspectos fundamentales de la entrevista médica es conocer la personalidad del sujeto para poder entender su conducta. Y esto quiere decir qué piensa sobre la seriedad del diagnóstico, los exámenes complementarios, las acciones de salud que le proponemos como tratamiento, el riesgo de muerte, de cronicidad de la enfermedad o las posibles secuelas, los afectos negativos que le causan todos estos pensamientos, su escala de motivos, su jerarquía de valores y sus cualidades volitivas.

Por esto resulta inconcebible que al elaborar la historia clínica no se reflejen los hallazgos del entrevistador sobre estos aspectos, tan importantes para prever la conducta del paciente como sujeto de su propia salud. El no hacerlo evidencia que los que así actúan, siguen pensando en el paciente como objeto y no como sujeto de la salud.

Cuando se elabora la historia de la enfermedad actual y nos enteramos que el sujeto comenzó el episodio de infarto del miocardio media hora después de un serio disgusto familiar o durante una etapa de gran estrés por situaciones laborales, es increíble que este efecto desencadenante no se refleje como parte de la historia de su enfermedad actual y que solo aparezcan cuidadosamente descritos los síntomas de la enfermedad y quizás la hora en que comenzaron.

En toda historia de enfermedad actual debían aparecer los datos siguientes:

- Los síntomas somáticos y psíquicos, el grado en que le preocupan, la ansiedad e impaciencia ante ello.
- Los factores biológicos, sociales y psicológicos que puedan explicar la aparición de la enfermedad actual.
- Cómo considera el paciente que ha sido la evolución de la enfermedad.
- Las primeras manifestaciones de la dolencia o molestia y la opinión de él sobre las causas.
- Qué ha hecho hasta ese momento para aliviarse o curarse –remedios, automedicación, etc.
- Características de la personalidad del paciente. Y hacemos énfasis que en este punto no basta con una etiqueta nosológica, sino que deben dejarse explícitos los elementos de la personalidad que van a influir en la conducta del paciente en su relación con la enfermedad.

Debemos recordar que en la anamnesis próxima que incluye el motivo de consulta, la identificación del paciente y la historia de enfermedad actual, debemos reflejar no solo lo que padece el individuo, sino cómo valora su enfermedad, qué hace y quién es.

Por todo lo anterior en el modelo que le sugerimos para la confección de la historia psicosocial que siempre hemos considerado como parte de la anamnesis remota se incluyen elementos psicológicos y sociales de la anamnesis próxima que completen posibles deficiencias en la recogida de los aspectos psicosociales.

HISTORIA PSICOSOCIAL

El sentido práctico del médico clínico y el poco tiempo del que dispone nos llevó a la búsqueda de un método para la expresión psicológica y social, centrada en el "aquí" y el "ahora" del paciente hospitalizado, con una determinada enfermedad en una sala de medicina o de cirugía, en la cual, de alguna manera estos factores están presentes.

En esta historia consideramos como fundamental el tipo de enfermedad del paciente, su magnitud y la conducta seguida por él, la percepción que este tiene de su enfermedad y del proceso salud-enfermedad. También consideramos el tipo de paciente con una determinada enfermedad. Además es importante abordar en esta historia las características relevantes de la relación del médico con el paciente y con la familia del mismo.

La historia psicosocial debe tener en cuenta una breve anamnesis centrada en el momento actual y solo en casos muy particulares –cuando hay omisiones importantes en la anamnesis próxima– se profundiza en alguna de las áreas que pudieran tener interés para la evaluación del paciente. Se valora la identificación y evolución del estrés como factor de riesgo para enfermar y la enfermedad como estresor. Esta historia recoge también el afrontamiento a la enfermedad como evento significativo para el individuo, así como la existencia y calidad del apoyo social con el que cuenta.

La historia psicosocial debe realizarse como parte de la historia clínica del paciente ingresado. Para obtener la información debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- La historia psicosocial se realiza a través de una entrevista abierta, no estructurada, que debe llevarse a cabo en la última etapa de la confección de la historia clínica.
- La misma debe hacerse con la mayor privacidad posible.
- Es necesario establecer una relación efectiva positiva con el paciente, en la cual este último debe tener confianza en su entrevistador para responder de forma veraz a las preguntas que le formula.
- Si la información que debe brindar el paciente es demasiado compleja o si el mismo se encuentra bloqueado o evasivo, el entrevistador puede decidir hacer la historia psicosocial en diferentes etapas.
- Debe buscarse la cooperación de un familiar para suplir deficiencias en la obtención de la información o para confirmar los datos aportados por el paciente que ofrezcan dudas al entrevistador.
- Los datos se deben recoger de acuerdo con el orden en que aparecen en este instructivo.

GUÍA PARA CONFECCIONAR LA HISTORIA PSICOSOCIAL

- Caracterización socioeconómica. Edad, sexo, estado civil, número de hijos, convivencia familiar, escolaridad –último grado alcanzado–, ocupación: qué tipo de trabajo hace, si el paciente está jubilado se le debe preguntar qué tipo de trabajo realizó cuando trabajaba, tiempo que lleva jubilado y motivo de la jubilación. Si la paciente es ama de casa, se indagará si tuvo alguna etapa activa laboralmente, qué actividad realizó y los motivos por los que abandonó el trabajo. Sexualidad: satisfacción o problemas existentes y creencias religiosas.
- Valoración de la enfermedad. ¿Qué sabe Ud. de su enfermedad? ¿Siente Ud. que conoce todo lo que quiere conocer de su enfermedad o quisiera conocer algo más? ¿Ha interrumpido esta enfermedad actividades o planes importantes para Ud.?
- Presencia de estresores agudos o crónicos. ¿Tiene Ud. algunos problemas en su vida que le están afectando o preocupando? De acuerdo con la respuesta del paciente se debe precisar el problema y su significación para el mismo. Si el paciente da una respuesta evasiva debe sondearse la respuesta recorriendo una por una las diferentes áreas: familiar, de pareja, sexual, ocupacional, escolar, de vivienda, económica, etc.
- Percepción de apoyo social. ¿Siente Ud. que cuenta con la ayuda de familiares o amigos para enfrentar sus problemas o se siente solo para hacerlo? ¿Tiene Ud. a quién confiar sus problemas y con quién hablar de ellos?
- Estado emocional y afrontamiento a la enfermedad. Favorece el afrontamiento: está tranquilo, confiado, seguro, optimista, etc. Perjudica el afrontamiento: está deprimido, temeroso inseguro, ansioso, intranquilo, etc.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA DURANTE EL EXAMEN FÍSICO

No debe considerarse el examen físico como un elemento aislado que se adiciona a la entrevista, sino como una etapa del trabajo del médico con el paciente, durante la cual continúa el desarrollo de la RMP y la propia entrevista.

Debemos recordar que el paciente que ha concurrido a nosotros con sus malestares y está siendo explorado, se encuentra temeroso del resultado que tendrá el examen que estamos realizando.

Nuestra expresión facial, gestos, palabras o silencio mientras realizamos el examen físico tendrán para él un significado que puede aumentar o disminuir la ansiedad que siente. Estar conscientes de esta comunicación permanente mientras realizamos el examen físico puede ayudarnos a conducirnos de forma más adecuada. El examen físico no puede ser silencioso ni emocionalmente distante, el paciente debe sentirse tratado como una persona y no como un "objeto" explorado.

Como algunas maniobras del examen físico pueden resultar dolorosas debemos preparar al paciente para ello; y una de las formas más eficaces de que esté preparado es que tenga conciencia de la importancia que estas maniobras tienen para poder llegar a diagnóstico. Habitualmente unas pocas palabras dichas por el médico, con naturalidad, amabilidad y seguridad son suficientes. No es necesario argumentar para que se entienda que si la privacidad era importante durante el interrogatorio, ahora lo es aún más.

Debemos mantener al paciente informado de nuestros hallazgos, sobre todo de aquellos que descartan lo que él teme. Los datos negativos de patología que vamos encontrando nos permiten utilizar frases optimistas que lo reconforten. También debemos ir relacionando lo obtenido en el interrogatorio con lo que vamos encontrando en el examen físico.

Es evidente que si estamos bajo la observación del paciente, cualquier gesto de alarma o de duda aumentará su ansiedad o disminuirá su confianza.

Resumiendo, durante el examen físico es importante que logremos en el paciente:

- Seguridad y disminución de las tensiones.
- Más confianza en la capacidad y la autoridad profesional del médico.
- Elementos que consoliden la RMP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, H; Ventrafrida, V; Huseb, S et al (1991): *Morir dignamente. Foro Mundial de la Salud*, Ginebra, OMS, 12(4):395-417.

Ahmedzal, S (1993): "*Quality of life measurement in Palliative Care: philosophy, science or pontification*?", Progress in Palliative Care 1(1): 6-10.

Anónimo (1997): *Un informe demoledor* (Ed.), Jano, 1215:5.

Astudillo, W; Mendinueta, C y Astudillo, E (1995): *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, Pamplona, Universidad de Navarra.

Balint, M (1964): *The Doctor, his Patient and the Illness*, Pitman, London.

Barbat, I (1995): *Eficacia de los Cuidados Paliativos en la comunidad y la calidad de vida del paciente oncológico.* Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (inédito).

Barreto, P y Bayés R (1992): *Las Unidades de Cuidados Paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad*, Clínica y Salud 3(1):11-19.

——— (1990): *El psicólogo ante el enfermo en situación terminal, II Reunión de Trabajo sobre Cuidados y Tratamientos Paliativos al Enfermo Terminal,* Valencia, octubre.

Bejarano, F y De Jaramillo, IF (1992): *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo.* Santafé de Bogotá, Lab ITALMEX.

Ben-Sira, Z (1976): "*The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory*", Journal of Health and Social Behavior.

——— (1980): "A*ffective and instrumental components in the Physician-Patient Relationship*", J Health Soc Behav, 21, 170-180.

——— (1985): "*Primary medical care and coping with stress and disease: the inclination of primary care practitioners to demostrate affective behavior*", Soc Sci Med , 21(5):485-498.

——— (1976): *The function of the professional's affective behavior in client satisfaction*: A revised approach to social interaction theory; J Health Behav.

——— (1980): *Affective and instrumental components in the Physician-Patient Relationship, J. Health Soc Behav, 21, 170-180.*

——— (1985): *Primary medical care and coping with stress and disease: the inclination of primary care practitioner´s to demostrate affective behavior, Soc Sci Med, 21(5):485-498.*

Bernstein, L. and Bernstein, R. (1980): *Interviewing: a guide for health professionals*, 3rd. ed. Ed. Appleton-Century-Crofts, New York.

Black, F (1994): *What do patients expect in a general practice consultation*?, Aust Fam Physician, 23(4):722-723.

Bónica J (1990): *Cancer pain.* En: Bónica J (ed.) The management of pain. Pennsylvania, Lea & Febiger.

Borroto, R y Reinoso, T (1991): *Descriptive and comparative study of the populations perception and satisfaction with the doctor-patient relationship*, Trabajo en opción por el grado de Doctor en Ciencias Médicas, Universidad de Humboldt, Berlin.

——— (1986): "*Uso del método de las situaciones concretas en la enseñanza de habilidades para la comunicación interpersonal. Método del incidente y método de la representación de roles*". Memorias de la I Conferencia Científica del ICBP "Victoria de Girón". La Habana, 315 p.

Bustamante, JA (1967): *Psicología Médica*, Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Calman, KC and Hanks G (1993): *Clinical and health services research in Palliative Care.* En: Doyle, D; Hanks, G and Donalds, Mc (eds.) Oxford Textbook of Palliative Medicine, p. 73-77.

Coyle, RN (1988): *Modelo de cuidados continuos para pacientes cancerosos con dolor crónico*. En Clínicas Médicas de Norteamérica: Dolor por Cáncer, La Habana, Ed. Científico-Técnica, p. 255-68.

Declaración de Barcelona (1996): (editorial), *Medicina Paliativa* 1(1):1-3.

DiMatteo MR and Friedman, HS (1982): *Social psychology and medicine, Oegeschlager*, Gunn y Hain, Massachusets.

——— and Hays, R(1980a) *The significance of patients perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction from Physician´s Noverbal Communication Skills», Medical Care,* XVIII(4), abril.

——— (1994): "T*he physician-patient relationship: effects on the quality of health care*", Clin Obstet Gynecol, 37(1):149-16.

——— and Hays, R (1980): "*The significance of patients perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center*", Journal of Community Health, 6(1): Fall.

——— and Taranta, A (1980b). "*Predicting patient satisfaction from Physician's Nonverbal Comunication Skills*," Medical Care, XV; (4); abril.

——— et al. (1986): "*Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload*", Health Psychol, 5(6): 581-594.

——— y Taranta, A (1980): "*Predicting patient satisfaction from Physician's Nonverbal Communication Skills*", Medical Care, XVIII(4), abril.

Donabedian, A (1976): *Mensuración y evaluación de la atención médica y hospitalaria*, Bull N Y Acad Med, 52(1):51-59.

——— *(1984): La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.* Ed. Científicas. La Prensa Mexicana, México.

——— *(1989): "Institutional and professional responsibilities in quality assurance",* Qual-Assur-Health-Care, 1(1):3-11.

——— *(1990): La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad,* Salud Pública, México, 32:113-117.

*Do*yle, D (1987): *Domiciliary terminal care*, Edimburg: Churchill & Livingstone.

Enlow, AJ and Swisher, SN (1972): *Interviewing and patient care*, New York, Oxford University Press.

Epstein, RM and Beckman, HB (1994): "*Health care reform and patient-physician communication,*" Am Fam Physician, 49(8): 1718-1720.

Fernández Sacasas, J A (1984): *La Relación Médico Paciente en el Sistema de Salud*, Coloquio Problemas Filosóficos en la Medicina, ISCM Habana, [mimeo].

Ford, G (1993): *The development of palliative care services*. En: Doyle, D; Hanks, G and Donalds, Mc (eds.) Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford, pp. 36-47.

Freud S (1948): *Obras completos*, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.

Friedson, E (1960):" *Client control and Medical Practice*", American Journal of Sociology, (4): 374-382, junio.

Froelich, RE and Bishop, M (1980): *Interviewing Techniques*. En Harych, I Zum Verstandnis haufig verwendeter medizinischer Fachbegriffe bei Patienten, Z-Arztl-Fortbild-(Jena), 84 (12):619-621.

Gómez Batiste, X (1994): "*Cuidados Paliativos: una cuestión de Salud Pública*" [Editorial]. Medicina Paliativa, 1(2):3-4.

_____; Fontanals, MD; Vía, JM et al. (1994): *Planificación e implementación de servicios de Cuidados Paliativos (1)*: Principios básicos, Medicina Paliativa 1(2):5-14.

Gómez Navarro, R; López Martínez, R; Nespral Gastelumendi, M et al. (1996): *Programa de Cuidados Paliativos. Area 1 de Madrid*. Atención Primaria, Madrid, Artegraf.

Gómez Sancho, M (1994): *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*, Las Palmas, ICEPSS.

_____ (1998): *Cómo dar malas noticias en Medicina*. 2da. ed., Madrid, Arán.

_____ (ed.) (1998): *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*, Las Palmas, ICEPSS.

_____ [Coordinador] (1998): *Control de síntomas del enfermo con cáncer terminal. Guía de Práctica Clínica*, Las Palmas de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud.

_____. *Los Cuidados Paliativos: una buena inversión* (editorial), Algia, 1, 1-6.

_____ Ojeda Martín, M; García Rodríguez, et al. (1996): "*Experiencia en el cuidado de 3 522 enfermos con cáncer terminal en un servicio integral de Medicina Paliativa*", Medicina Paliativa, 3(4):32-44.

González, R (1990): *Psicología para Médicos Generales*, Ed. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

Grau, J (1996): *El entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas en el equipo de cuidados paliativos*, Cuadernos de Psicología de la Salud, Higia, (1):1-26.

_____ (1998): *Aspectos psicológicos del dolor en el enfermo de cáncer*. En Gómez Sancho, M (ed.) Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales, Las Palmas, ICEPSS, pp. 507-522.

_____ (1998): *La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado*. En: Gómez Sancho, M (ed.) Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales, Vol I, Las Palmas, ICEPSS, pp. 221-237.

_____ y Chacón, M (1998): *Burnout: una amenaza a los equipos de cuidados paliativos*. En Memorias del VI Curso Internacional en Cuidados Paliativos al paciente oncológico. México, DF, INCAN, pp. 94-98.

_____ Jiménez, PJ; Chacón M, et al (1996): "*¿Qué puede hacer la Psicología en el tratamiento del dolor producido por el cáncer?*", Revista Psicología y Salud (8):63-76.

_____ Jiménez, PJ; Chacón, M et al.(1995): *Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales* (reporte de investigación), La Habana, INOR.

_____ Lence, J; Jiménez, PJ et al. (1995): "*Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los Cuidados Paliativos. Premisas de un proyecto cubano*", Psicología y Salud, 5: 111-126.

Harych, I (1990) *Zum Verstandnis haufig verwendeter medizinischer Fachbegriffe bei Patienten*, Health Soc Behav, 21, 170-180.

Hays, R and DiMatteo, MR(1987): "A *short-form measure of loneliness*", J Pers Assess. Spring) 51(1): 69-81.

Hess, ET (1975): *The telltale eye*, New York, Van Nostrand reinhold.

Knapp, ML (1978): Nonverbal communication in human interaction, 2nd ed., New York, Holt, Rinehart y Winston.

Korsch, BM (1994): "*Patient-physician communication: more research needed*" [editorial], Clin Pediatr (Phila), 33(4): 202-203.

Kübler-Ross, E (1974): *Sobre la muerte y los moribundos*, (traducido de la 8va. ed.), Barcelona, Grijalbo.

Kushner T (1981): "*Doctor-patient relationships in general practice - a different model*", Journal of Medical Ethics, 7:128-131.

Lee RI and Jones, LW (1933): *The fundamentals of good medical care, Chicago*, The University of Chicago Press.

Levy, D (1985): "*White doctors and black patients: influence of race on the doctor-patient relationship*". Pediatrics, 75(4):639-643, abril.

López Imedio, E (1998): *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid, Ed. Médica Panamericana.

Mainetti, JA(1989): *Etica Medica*, Ed. Quirón, La Plata.

Malterud, K (1987). "*Illness and disease in female patients. A study of consultation technique designed to improve the exploration of illnes in general practica*", Scand J Prim Health Care. 5(4):211-216, noviembre.

Mechanic, D (1978): *Medical Sociology*, ed., The Free Press, New York.

Medical Association Archives of Internal Medicine, 97, 585-592.

Meuleman, JR and Harward, MP (1992): "*Assessing medical interview performance. Effect of interns gender and month of training*", Arch Intern Med 152(8):1677-1680.

MINSAP (1994): *Programa Nacional de Control de Cáncer*, Ciudad de La Habana, Impresiones Ligeras.

Núñez de Villavicencio, F (1997): *Habilidades para la RMP*. Ed. ICBP Victoria de Girón, La Habana.

OMS (1987): *Centros Colaboradores de la OMS*: Información general, Ginebra, Oficina de la Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OMS.

_____ (1990): *Cancer pain relief and palliative care*, Geneva, OMS.

_____ (1995): *Asistencia paliativa*. En Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión, Ginebra, OMS, pp. 82-86.

_____(1995): *El dolor de cáncer, el cuidado paliativo y la Organización Mundial de la Salud*: Prioridades para 1995-1999, Cancer Pain Release, 8(1):1-2.

_____(1996): *La formación del médico en Medicina Paliativa: un instrumento para cambiar los hábitos en el manejo del dolor*, Cancer Pain Release, 9(3):1-2.

_____ (1997): *El tratamiento domiciliario del dolor en cáncer: ¿son necesarias unas directrices internacionales*?, Cancer Pain Release 10(2):1-3.

_____(1997): *La formación de las enfermeras: del consenso internacional a la práctica local,* Cancer Pain Release 10(1):1-2.

Parkes, CM (1985): *Terminal Care Home*, Hospital or Hospice Care, Lancet, 19:155-157.

Parsons, T (1951): "*Illness and the role of the physician: a sociological perspective*", American Journal of Orthopsychiatry, 21:438-447.

Purcell, JS; Hergenroeder, AC; Kozinetz, C; Smith, EO and Hill, RB (1997): *Interviewing techniques with adolescents in primary care*", J Adolesc Health 20(4):300-305.

Rawlinson, M(1986): "*The sense of suffering*", J Med Philos 11(1): 39-62, febrero.

Report of the Subcommittee on Palliative Cancer Care. Europe Against Cancer Programme (1993), Doc. DG V/E 1/6002/93.

Rhee, SO et al (1979): "*Patient race and physicians performance: quality of medical care, hospital stay*" Care, 17(7):737-747.

Ridsdale, L; Morgan, M and Morris, R (1992): "*Doctors interviewing technique and its response to different booking time*", Fam Pract 9(1):57-60.

Robles, S (1998): *Políticas de la OPS para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en América Latina*, Ponencia al V Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, Concepción, Chile, marzo.

Sanz, J (1989): "*Principios y prácticas de los Cuidados Paliativos, Medicina Clínica*", 92: 143-145.

_____ (1990): "*Enfermedad progresiva y ética*". Med Clin, 94(4):137-139.

Saunders, C (1984): *The philosophy of terminal care*. En: Saunders, C (ed.) The management of terminal malignant disease, London, Arnold, pp. 232-41.

_____ and Baines, M. (1989): *Living with dying*, London, Oxford University Press.

Sheeseer, R et al(1986) "*The effectiveness of an organized emergency department follow-up system*". Ann Emerg Med, 15(8):911-915.

Short, D (1994): "*Total patient care*," Br J Hosp Med, 51(4):189-191.

Stacey, M(1985): "*Medical ethics and medical practice: a social science view*", J Med Ethics, 11 (1): 14-18,marzo.

Stedeford, A (1984): *Facing death*, Oxford, Heinemann.

Steinert, Y and Rosenberg, E(1987): "*Psychosocial problems: what do patients want? What do physicians want to provide*?" Fam Med 19(5):346-350.

Stjernsward, J (1990): *Cancer: la letle continue*, Santé du Monde, 2(7).

Szasz, TS, Knoff, J; Hollander M.H(1956):" *A contribution to the Philosophy of Medicine*." American Medical Association Archive of Internal Medicine, 97, 585-592.

Twycross, R (1990): *Care of the patient with advanced cancer*, Oxford, Sobell House Cancer Study Center.

Veatch, R: *Updating the Hippocratic Oath*," Med Opinion, 8:56.

Ventrafridda, V (1989): *Continuing care: a major issue in cancer pain management*. Pain, 36:137-44.

Waitzkin, H (1990): "*On studying the discourse of medical encounters. A critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise*", Med-Care, 28 (6); 473-88.

_____ (1990): "*On studying the discourse of medical encounters. A critique of quantitative and want qualitative methods and a proposal for reasonable compromise,*" Med-Care, 28(6):473-88.

Waxer, PH (1977): "*Nonverbal cues for anxiety.* An examination of emotional leakage, J Abnorm Psychol, 86:306.

_____ (1977): "*Nonverbal cues for anxiety. An examination of emotional leakage*, J Abonorm Psychol, 86:306.

Winter, K(1973): "*Soziologie fur Mediziner,*" VEB Verlager Volk umd Gesundhet, Berlin.

Wissow, LS; Roter, DL and Wilson, ME (1994): "P*ediatrician interview style and mothers disclosure of psychosocial issues*", Pediatrics 93(2):289-295.

PARTE VIII. RELACIÓN SOMA-PSIQUIS

37. Reacción psicológica ante la enfermedad

Fernando Núñez de Villavicencio

El ser humano funciona como un todo único, que es en esencia un ser social y requiere, desde el punto de vista de la atención médica que le brinda el equipo de salud, el cuidado de los problemas que surgen tanto a nivel biológico, como psicológico.

Cuando el médico se enfrenta a las diferentes afecciones que pueden presentar los miembros de la población que atiende, debe tener en cuenta que el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades predominantemente biológicas implican siempre la atención de las alteraciones psicológicas que estas producen en sus pacientes.

Toda alteración somática se acompaña en mayor o menor grado de una reacción a nivel psicológico, cuya magnitud en ocasiones se escapa, y el sufrimiento humano que dichas reacciones producen queda frecuentemente sin la atención y el consuelo adecuado y necesario.

El objetivo de este capítulo es que el médico general profundice en la importancia de conocer y atender estas reacciones psicológicas en todos y cada uno de los pacientes con afecciones somáticas que requieren de nuestra ayuda profesional.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA REACCIÓN PSICOLÓGICA

Los factores fundamentales que condicionan la reacción psicológica del paciente ante la enfermedad somática son los siguientes:

- La personalidad del paciente.
- La enfermedad.
- La situación.

PERSONALIDAD

La personalidad se integra a partir de múltiples factores. El resultado final de esta integración da lugar en cada ser humano, a partir de su historia individual, a características individuales; es por ello que la reacción psicológica ante un hecho tan importante como la pérdida de la salud, tiene matices muy diversos en cada uno de nuestros enfermos.

No obstante, para una mejor comprensión y estudio de los pacientes a partir de sus rasgos de personalidad desde el punto de vista clínico, estos se pueden reunir en grandes grupos que corresponden a categorías noseológicas de la clínica psiquiátrica. Las características similares de reacción dentro de estos grupos hacen posible presumir cuál será el comportamiento del paciente frente a una situación de enfermedad en particular, y la RMP en general.

La reacción de los pacientes con marcados rasgos dependientes no se parece en lo absoluto a la de aquellos en quienes la independencia predomina como rasgo de su personalidad. La forma en que el histérico "sufre" la enfermedad es muy distinta a la del sujeto en el que predominan rasgos obsesivos.

De igual manera quedará matizada toda la actividad del paciente paranoide, con su susceptibilidad y desconfianza, y la del sujeto con rasgos esquizoides, con su frialdad en las relaciones interpersonales.

Por tanto, es importante insistir en que el médico, junto con el diagnóstico de la enfermedad actual, debe hacer el diagnóstico de la personalidad de su paciente. Las reacciones psicológicas que se van desencadenando desde que el sujeto sabe o supone que está enfermo a lo largo del interrogatorio, el examen físico, los exámenes complementarios, el diagnóstico y el tratamiento, exigen del médico una actuación adecuada ante las características de la personalidad del paciente. Si se desconoce esto último y no se tiene en cuenta la personalidad como factor condicionador de la forma de reaccionar, y se interroga a todos los pacientes de igual manera, dándoles las mismas explicaciones acerca del diagnóstico y del pronóstico, y de la importancia de hacer el tratamiento adecuado, no solo se dejarán de atender sus distintas preocupaciones y sufrimientos, sino que con frecuencia esas

reacciones del enfermo no tenidas en cuenta provocarán que no se obtengan todos los datos necesarios para el diagnóstico correcto, y peor aún, que el paciente decida no seguir el tratamiento.

Sin embargo, no basta conque el médico sea capaz de clasificar a sus pacientes en estos grandes grupos, sino que entienda cómo influyen las características individuales en la conducta de ellos; cada uno, aun clasificado dentro de un grupo, tiene como parte de su personalidad, actitudes subjetivas muy específicas hacia la salud, la enfermedad, el diagnóstico, los exámenes complementarios, los distintos tipos de tratamiento, la medicina en general y el médico que lo atiende. Estas formas individuales de reacción, que también están relacionadas con la personalidad, por su importancia y extensión serán abordadas más adelante.

ENFERMEDAD

Es también un factor determinante de la reacción del paciente. Es evidente que no producirá la misma repercusión psicológica un catarro que un cáncer; ni influye de la misma manera una enfermedad aguda, que aunque sea desagradable pasa en unos días, que una enfermedad crónica que acompaña al sujeto el resto de su vida. También reaccionarán de modo distinto dos personalidades casi iguales, si el tratamiento en un caso exige una intervención quirúrgica y en el otro basta con tomar algún medicamento en tabletas.

Pero el criterio del paciente acerca de la peligrosidad de una enfermedad para la vida, su carácter crónico, o lo riesgoso de un tratamiento, no siempre coincide con el criterio científico que refleja la realidad objetiva; por tanto, si no somos capaces de informarnos con exactitud de lo que piensa sobre la enfermedad, no podremos prever y aliviar la magnitud de su reacción, que estará en correspondencia con esa imagen del mundo.

Por último, recordemos que hay enfermedades que además de su mayor o menor gravedad implican un rechazo social, o al menos muchos pacientes así lo consideran. La reacción frente a esas enfermedades está más relacionada con la amenaza de bochorno o pérdida de prestigio social que con el riesgo biológico que se le atribuye.

SITUACIÓN

El momento en que se presenta la enfermedad y las circunstancias que rodean al paciente resultan también decisivos en su forma de reaccionar. En un mismo sujeto, la misma enfermedad no tiene iguales implicaciones. Por ejemplo, en el caso de un estudiante, las implicaciones varían según aparezca la enfermedad en período de exámenes o en otra época del año; más grave es aún si se trata de un atleta olímpico al que una pequeña lesión –que resultaría intrascendente para otra persona– le impide participar en una competencia.

Con frecuencia, el médico que ordena un ingreso no está al tanto de las situaciones que se crean con el cuidado de los hijos, en la economía familiar o en el centro de trabajo donde el paciente puede estar en un momento decisivo para el cumplimiento de funciones importantes; esto le impide comprender lo que le parece una reacción desproporcionada del paciente ante el problema de salud, o lo que es peor, no detecta la intensidad de la reacción y no brinda ningún tipo de apoyo en la tormenta emocional que padece a solas el paciente en su cama de ingresado.

ACTITUD ANTE LA MUERTE

El hombre es el único ser vivo con conciencia de que ha de morir. Algunos autores importantes como *From* (culturalista) conceden gran relevancia a esta contradicción en la adaptación del sujeto a la vida. Lo cierto es que esta contradicción afecta en mayor o menor grado a todos los seres humanos, aun con buen estado de salud.

Con mayor razón es lógico suponer que cuando la persona está enferma y se rompe su equilibrio biopsicosocial, junto con las molestias somáticas que esto trae aparejado, se renueva este temor a morir, que muchas de ellas mantienen bajo control durante las etapas en que gozan de buena salud.

La intensidad de esta reacción depende de varios factores que se estudiarán más adelante, pero es de gran importancia que el alumno conozca que frecuentemente, aun antes de precisar el diagnóstico definitivo, ya el médico tiene la posibilidad y está en el deber de aliviar esta preocupación del paciente, y una de sus primeras acciones de salud con la mayoría de sus enfermos debe ser asegurarles que su vida está fuera de peligro.

Partiendo del criterio médico, a veces parece innecesaria esta aclaración, porque es hasta cierto punto increíble que el paciente pueda pensar que está en riesgo con una enfermedad tan banal; el resultado de esta suposición es que la mayor parte de los pacientes ingresados confiesan que en algún momento tuvieron este temor y no se lo dijeron a su médico, y que este tampoco les dijo una sola palabra acerca de la verdadera importancia de su enfermedad, aun después de varios días de confirmado el diagnóstico.

ACTITUD ANTE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Ya hemos visto en capítulos anteriores que la actitud es la forma de pensar, sentir y actuar ante algún objeto o fenómeno; es estar a favor o en contra de algo, fundamentalmente desde el punto de vista afectivo.

Considerando el temor a la muerte, puede pensarse que la actitud positiva hacia la salud es algo generalizado que comparten todas las personas a las que atendemos. Sin embargo, aunque la salud es un factor positivo en la competencia de motivaciones que el sujeto tiene, no siempre salen triunfantes las acciones que la promueven.

Cuando la salud se pierde y el sujeto siente los síntomas de una enfermedad, la motivación hacia las acciones de salud aumenta, pero no de igual forma en todos los pacientes, por lo cual no es extraño que un sujeto que viene a consulta con tos intensa o dolor de garganta, o incluso dolores precordiales, continúe fumando. Un ejemplo es el caso de un paciente con hepatitis que no debe beber, pero tiene antecedentes de alcoholismo; si el médico creyera que basta una explicación para que el paciente cumpla el tratamiento en su casa, con esta decisión estaría poniendo en riesgo la vida de este. Lo terrible es que la mayor parte de estos pacientes, aunque tengan gran miedo de morir, no podrán inhibirse de ingerir bebidas alcohólicas.

Una de las formas más peligrosas de reaccionar el enfermo es la de restarle importancia a su padecimiento. A pesar de que en nuestro país la atención médica es gratuita, y el enfermo no depende de factores económicos para decidirse a concurrir a consulta, aún existen personas que piensan que al médico se va solamente cuando no queda más remedio. Son estas las que con más frecuencia dejan a medias los tratamientos tan pronto los síntomas más molestos han desaparecido. Si el médico detecta a tiempo estas actitudes, tiene la posibilidad de combatirlas con éxito y lograr la completa curación de un mayor número de pacientes.

ACTITUD ANTE EL DIAGNÓSTICO

Una de las razones que existen para consultar al médico es la de querer conocer qué tenemos. Sin embargo, hay personas que dejan de ir precisamente por miedo al diagnóstico; cuando se les plantea que esto es absurdo, que el mal está en tener la enfermedad y no en oir su nombre, aducen que no pueden soportar la idea de enfrentarse al diagnóstico de algo incurable y prefieren morir sin enterarse. Esta conducta neurótica incide con más frecuencia entre los que frente a cualquier síntoma piensan lo peor, pero, sobre todo, entre las personas que desconocen los recursos de la medicina moderna y ven en los médicos menos posibilidades terapéuticas de las que realmente tienen.

De todas maneras, este temor existe también en aquellos sujetos que van a consulta, y el médico debe conocer bien las características de su paciente para saber en qué forma y con cuántos detalles les puede comunicar el diagnóstico, ya que en algunos casos puede resultar una agresión brutal para un paciente determinado.

La ética médica en nuestro país considera que no debe comunicarse al paciente un pronóstico de muerte inminente. Por lo tanto, todo diagnóstico que conduzca a esta conclusión por parte del enfermo no debe informársele a este si no va acompañado este hecho de la explicación de las acciones médicas que pueden neutralizar el peligro.

Sin embargo, no basta conque el médico tome todas las medidas necesarias al dosificar la información que da al paciente en aquellas enfermedades que él (el médico) considera graves y generadoras de temores. Lo importante es que sea capaz de tomar dichas medidas al mismo tiempo que detecta el criterio del paciente respecto a esa enfermedad, pues en ocasiones ocurre que diagnósticos que el médico considera que no requieren de tantas medidas, en el momento de comunicarlos tienen para un paciente determinado una significación terrible.

Dos pacientes de nivel cultural y rasgos de personalidad semejantes pueden tener en su historia familiar experiencias muy distintas con respecto a la misma enfermedad; no significará lo mismo la tuberculosis o la diabetes para aquel cuyo familiar pasó la enfermedad sin dificultades que para quien vivió la tragedia de un ser querido que sufrió complicaciones y secuelas, que terminaron en la muerte. Cuando el médico no toma en consideración estos antecedentes puede cometer un grave error en la forma de informar a su paciente, y no podrá prever las consecuencias ni ayudar a que no se produzcan.

Contrariamente a la actitud anterior, y en el otro extremo, se presenta la tendencia de algunos médicos a imponer el tratamiento sin informar al paciente, de modo que él entienda la enfermedad de que se trata y el pronóstico favorable que tiene. Este paciente, que en próximos episodios de enfermedad no podrá siquiera informar de sus antecedentes patológicos personales, llega a su casa con las mismas dudas que antes de acudir a consulta, sin que se hayan aminorado, por tanto, sus suposiciones y temores. Por ello, resulta tan mala, o peor, la reacción que provocan los médicos que explican poco, que la ocasionada por aquellos que hablan demasiado.

ACTITUD ANTE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En la medicina moderna, el uso de medios auxiliares para el diagnóstico aumenta constantemente. Por ejemplo, pruebas de laboratorio cada vez más refinadas y exactas, aplicación de la computación electrónica en la recogida de trazados bioeléctricos de funcionamiento del corazón y el cerebro, métodos para observar el interior del paciente, utilización de contrastes, técnicas para recoger secreciones del interior del organismo, biopsias, etc., todos los cuales permiten conocer o confirmar un diagnóstico.

La reacción de nuestros pacientes hacia estas investigaciones es muy variada; estas técnicas han pasado a formar parte de la cultura sanitaria de la población, que llega a nuestra consul-

ta deseando dichas investigaciones en unos casos y temiéndolas en otros.

El médico está en el deber ético de explicar o preparar al paciente con respecto a la utilización de la técnica adecuada, las molestias que ocasiona, la importancia de realizarla y cómo cooperar para llevarla a cabo; debe averiguar los temores del paciente ante la prueba en sí y aliviarlos, e interesarse también por las suposiciones diagnósticas que el paciente pueda tener a partir de las pruebas que se le indican. Al violar esto, el médico complica innecesariamente las reacciones emocionales negativas hacia la enfermedad y el tratamiento, y provoca en el paciente sufrimientos que pueden ser evitados.

En una ocasión, un paciente entrevistado en clase refería su experiencia: fue enviado a que le hicieran radiografías por contraste, pero la falta de habilidad para "cogerle la vena" fue haciendo que aumentara su desconfianza en la capacidad de los encargados de realizar dicha prueba diagnóstica. Cuando por fin le inyectaron la sustancia de contraste y comenzó a sentir calor en todo el cuerpo –reacción normal que nadie le había advertido que iba a suceder–, pensó que se habían equivocado de producto y que iba a morir, lo que le produjo una intensa reacción psicológica y perdió el conocimiento.

Los que hacían la prueba, ajenos a lo que en realidad sucedía, supusieron una reacción alérgica a la sustancia de contraste. El paciente refería aquel momento como uno de los más terribles de su vida, y desde entonces presenta un marcado temor por su enfermedad, las medicinas y muchas de las acciones de salud.

Frente a investigaciones que el paciente conoce o supone como dolorosas y, peor aún, que piensa que pueden poner en riesgo su vida, es frecuente la decisión de dejar el tratamiento para cuando tenga más tiempo; del buen trabajo del médico durante la RMP depende que esto no suceda.

Por el contrario, el médico seguro de su diagnóstico y con buen criterio científico, puede decidir no indicar algunas pruebas que el paciente considera imprescindibles para descartar lo que él teme. No obstante, si el médico no conoce este criterio del paciente, y no invierte el tiempo necesario en hacerlo salir de su error, no solo incumple con su función al dejarlo angustiado, sino que provoca que este salga a la búsqueda de otro médico. No se puede perder de vista que algunos de estos casos requieren, a pesar de nuestros esfuerzos, que la prueba, si no es peligrosa, se realice como tratamiento de su reacción psicológica.

También es importante alertar al especialista que trabaja en centros de alto equipamiento científico-técnico, donde corre el riesgo, por tenerlos tan a mano, de abusar de estos medios auxiliares de diagnóstico. Esto se agrava si además se desconocen la personalidad y las reacciones psicológicas del enfermo y no se ha dado la importancia necesaria a la RMP, pues se pueden provocar reacciones psicológicas dañinas que ponen en peligro el tratamiento, o producir sufrimientos innecesarios que van en contra de la verdadera atención integral a la persona enferma.

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

En los capítulos anteriores se analizó el tema de la RMP, y se vio que era imprescindible una buena relación si se aspiraba a que el tratamiento que se prescribe se cumpla tal y como se indica. Para lograr que esto suceda, el médico debe sortear y vencer la resistencia de diversos grados que presentan nuestros pacientes para someterse a dichas indicaciones.

A partir de la historia sociocultural de los pacientes y como parte de su personalidad, cada uno tiene actitudes diferentes hacia las distintas medidas terapéuticas. El médico que prescribe sin tener en cuenta estas actitudes, y que no utiliza sus conocimientos técnicos para convencer al paciente con respecto a la necesidad y la importancia de cumplir el tratamiento sin modificaciones, será desobedecido con mucha frecuencia.

Hay pacientes que aun después de adultos manifiestan un temor patológico a inyectarse, miedo que es frecuente en los niños. Sin embargo, otros consideran que el plan impuesto solo es "fuerte" y los cura si incluye inyecciones. Ambas reacciones se observan con más intensidad si se trata de inyecciones en la vena.

Por no detectar y no trabajar sobre estas actitudes de los pacientes, con frecuencia estos tratan de conseguir por sus medios recetas de algún antibiótico oral para no inyectarse o viceversa; y lo que es peor, en algunas casas se puede encontrar multitud de medicamentos de planes médicos dejados a medias.

Hay pacientes cuyos rasgos de personalidad tranquilizan al médico en cuanto al estricto cumplimiento del tratamiento acordado; en cambio, otros presentan evidentes rasgos de dependencia con respecto a algunos familiares, y de no convencer el médico o al menos alertar a este tipo de pacientes de lo que puede suceder, estos terminan cediendo a las sugerencias de dichos familiares, de que "son muchas" o "son pocas" las tabletas indicadas, y entonces por su cuenta modifica el plan.

Cuando el tratamiento incluye intervenciones quirúrgicas, las reacciones de temor, ansiedad y en ocasiones depresión son muy generalizadas.

En general, todo tratamiento doloroso produce reacciones psicológicas negativas que el médico debe prever y atender. Los tratamientos prolongados, incluso sin ser dolorosos, también provocan estas reacciones de rechazo, y los pacientes deciden suspenderlo por su cuenta, cuando no se han tomado previamente las medidas que eviten esa actitud.

Todo esto se complica aún más cuando el tratamiento obliga a cambiar la vida normal del paciente y afecta su trabajo, sus relaciones sexuales o la atención a sus hijos, o cuando exige la modificación de hábitos tóxicos arraigados, como fumar o ingerir bebidas alcohólicas. En estos casos se requiere que el médico posea un alto poder de convencimiento, que establezca una excelente RMP y que dedique el tiempo necesario para que el paciente se comprometa a cumplir con lo indicado.

Si el médico no logra la absoluta confianza del enfermo, corre el riesgo de no enterarse siquiera de las contravenciones del paciente, el cual le ocultará en las siguientes consultas, por el temor al regaño, los incumplimientos cometidos. No obstante, el médico, con el fin de curar, se verá obligado en más de una ocasión a hacer concesiones.

FORMAS DE REACCIÓN PATOLÓGICAS

Siguiendo al doctor *J.A. Bustamante* (1968), no queremos terminar el tema sin referirnos a tres formas de reacción de los pacientes que, aun siendo patológicas, se observan con frecuencia en la práctica médica. Estas son las siguientes:

- Dependencia extrema.
- Evasión.
- Exaltación del yo.

Dependencia extrema. En el proceso de desarrollo de la personalidad de algunos pacientes se crean desde la infancia rasgos de dependencia, los cuales se acentúan con la enfermedad y el rol de paciente. El médico debe estar alerta para no provocar con su conducta y sus rasgos de personalidad, un factor más que favorezca la dependencia en estos pacientes. Es frecuente en muchos de ellos una demanda exagerada de atención como consecuencia de una actitud mezclada de dependencia y dominio. El médico deberá cuidarse de no mostrar rechazo, pero tampoco favorecerá dicha conducta del paciente y regulará su actuación de manera que aquel sin sentirse abandonado, no tenga posibilidad de reforzar esa actitud.

Evasión. Otros pacientes, por las características de su personalidad, reaccionan retrayéndose del medio y replegándose en sí mismos. Lo más común es que el factor disparador de esta forma de reacción sea una mala RMP.

Exaltación del yo. En contraposición a las dos formas anteriores, la exaltación del yo conduce al paciente a sentirse importante gracias a su enfermedad. La actitud de familiares, amigos y compañeros, a veces exageradamente despreocupados e inafectuosos cuando la persona está sana y extremadamente preocupados, afectuosos y cumplidores cuando esta se halla enferma, favorece que sujetos necesitados de estas atenciones terminen "disfrutando" la situación de enfermedad. Por otra parte, pacientes que no han tenido posibilidades de distinguirse y sentirse realizados en otras actividades, parecen disfrutar diciendo o mostrando el tamaño y número de puntos de la herida, la cantidad de horas en el parto, etc., como si se tratara de un récord deportivo.

En resumen, toda enfermedad somática va acompañada de reacciones psicológicas que es necesario tratar junto con la enfermedad en cuestión. La enfermedad de que se trate, la personalidad del paciente y la situación o época en que esto transcurra, son factores determinantes en el tipo o la intensidad de la reacción ante la enfermedad.

Por último, una buena RMP depende, en la mayoría de los casos, de que se reduzcan considerablemente las reacciones negativas que produce la enfermedad en el sujeto enfermo.

38. Vida afectiva, personalidad y respuesta inmunológica

Ubaldo González Pérez

AFECTIVIDAD HUMANA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Las personas que integran una sociedad interactúan con un medio natural y cultural que constituye, en líneas generales, un denominador común para todos ellos. En esa interacción con personas y objetos, cada individuo se apropia de la cultura y extrae de ella los conocimientos, a la vez que se producen en él las vivencias de esa interacción, para integrarse ambos en el contenido de su psiquis.

Las vivencias afectivas son el resultado de los procesos psíquicos afectivos y sus principales expresiones son las emociones y los sentimientos.

La emoción es un proceso psíquico afectivo que se desencadena frente a una circunstancia –persona, objeto o situación– y hace posible una vivencia afectiva que sirve de señal del grado de correspondencia entre la circunstancia desencadenante y las necesidades, motivos o sentido personal del sujeto.

La emoción enlaza el proceso sensoperceptual con la actividad biológica del organismo, por lo que puede estimular respuestas del sistema nervioso autónomo (autonómicas), endocrinas, fisiológicas, inmunológicas y de actividad motriz.

La emoción puede tomar varias formas y según las teorías que las interpretan se reconocen diferentes números de ellas. Durante muchos años se habló de tres emociones básicas: ira, miedo y placer; pero estos criterios fueron cambiando hasta postularse la existencia de un número bastante grande de emociones. En este momento se reconocen ocho emociones, que la mayoría de los autores coinciden en llamarles *emociones fundamentales*. Estas ocho a su vez se pueden diversificar debido al desarrollo cultural y la socialización. Las ocho emociones son las siguientes: sorpresa, miedo, rabia, asco, angustia, alegría, tristeza y placer.

Generalmente en la literatura suele llamársele emoción, tanto al proceso psíquico afectivo como a la vivencia afectiva resultante del proceso psíquico; lo cual provoca dualidad en los conceptos y definiciones.

Otra confusión que ha favorecido la literatura son las comparaciones entre la emoción animal y la humana a partir de investigaciones con emociones en animales; por lo que es necesario aclarar que la emoción humana está socializada, por tanto, es cualitativamente diferente.

Los sentimientos son procesos psíquicos afectivos propios de los humanos y no dependen de la inmediatez de una circunstancia. Por tanto, son procesos psíquicos más estables y duraderos, que dependen mayormente de la asunción de los más caros valores sociales por el sentido personal y los intereses del yo, que a su vez actúan como mecanismos de regulación de la personalidad sobre la vida afectiva y la conducta.

Los sentimientos potencian la regulación de la personalidad y su actividad resultante, y tienen una gran dependencia de la concepción del mundo que tiene el individuo. El sentimiento, por su intensidad y duración, expresa el grado de compromiso entre el sistema de valores, la personalidad y la actividad. Por ejemplo, una persona tiene determinado sistema de valores acerca de la igualdad de las razas y frente a manifestaciones que contradicen ese valor se le desencadenan emociones de ira que desaparecen un tiempo después; pero su sentimiento no desaparece porque su sentido personal y su concepción del mundo determinan un compromiso entre su personalidad y esa situación social, que le compulsan a determinado *comportamiento solucionador* y potencian la afectividad y la actividad. Si se decide por luchar no entrará en contradicción con su personalidad aunque corra peligros. Si las permite estas manifestaciones entrarán en contradicción con su personalidad aunque se sienta seguro; esto ejemplifica que la afectividad no se puede tratar al margen de la personalidad.

En la bibliografía es frecuente encontrar la misma dualidad de conceptos y definiciones que se comete con la emoción: se llama sentimiento, tanto al proceso psíquico afectivo como a la vivencia afectiva resultante.

Como se ha podido apreciar, en los procesos psíquicos afectivos –emoción y sentimiento– el reflejo del objeto no es igual al que se da en un proceso cognoscitivo. El concepto de reflejo requiere una aplicación para la afectividad distinta de la que se realiza en los procesos cognoscitivos. Lo que refleja el proceso afectivo es la forma en que se vivencia el objeto a través de una valoración o un sentido individual; situación muy diferente a la imagen cognoscitiva que representa al objeto de la forma más fiel al objeto original y al reflejo de las demás personas.

La imagen cognoscitiva es modelada por el objeto o situación real; mientras que la vivencia afectiva es modelada por el consenso social, y por la experiencia personal, con relativa independencia del objeto real o de su imagen cognoscitiva.

La vivencia afectiva es lo más personal, subjetivo y parcializado en la psiquis del hombre. Pero esta individualidad no

es sinónimo de arbitrariedad, pues el modo de vida, las relaciones sociales y el sistema de valores imperante en la sociedad, establecen los parámetros que condicionan de forma general la afectividad.

Cada sociedad delimita qué es lo bello, lo grosero o lo virtuoso. De aquí, la relación entre la afectividad humana y la obra de arte; pues la obra de arte expresa el sentido personal y las vivencias afectivas del artista, a la vez que resulta traslativa de la problemática sociohistórica de la época y del grado de desarrollo de la cultura.

La fuerza, la duración y la labilidad de la reacción afectiva pueden estar influidas por condiciones hereditarias o por diferencias individuales, pero su contenido está determinado por el modo de vida, los valores sociales y las experiencias personales.

REGULACIÓN DE LA PERSONALIDAD SOBRE LA AFECTIVIDAD

Nuestro esbozo teórico está enmarcado en la concepción sistémica, aplicada por primera vez por *Von Bertalanfy* a la biología y por *Marx* a la economía, y que ya hoy se hace familiar en muchos campos.

El organismo vivo se comporta como un sistema abierto al intercambio con el medio; gracias al cual existe y evoluciona, mientras logre mantener en equilibrio sus diferencias con ese medio. Su estabilidad, garantizada por la herencia, y su variabilidad, garantizada por su capacidad de adaptación, constituyen las bases y parámetros que hacen posible la evolución. En este constante movimiento hacia la complejización que llamamos evolución, se transforman e integran estructuras, funciones y sistemas; para llegar desde los organismos unicelulares hasta el hombre socializado.

La psiquis surge como un proceso biológico encaminado a aumentar la capacidad de información del organismo para su mejor adaptación; pero al elaborar una señal representativa del objeto externo, en forma de su reflejo, aparece su carácter no material y se produce el salto cualitativo que la sitúa por encima de los procesos biológicos, en los que aparece como un nuevo nivel de organización de la materia viva.

Mientras más inferior sea el lugar que ocupa el animal en la escala evolutiva, la psiquis estará más gobernada desde estímulos interno –como sed, hambre, hormonas, que desatan la conducta de apareamiento sexual, búsqueda de alimento y otro–, para evolucionar progresivamente hacia la subordinación a estímulos externos, que en la primera etapa están garantizados por la herencia, la variabilidad y la capacidad de adaptación, y posteriormente por el aprendizaje.

Apoyado en la propiedad de la psiquis de memorizar, el aprendizaje es el primer proceso que permite introducirle contenido a la psiquis desde el exterior; hasta llegar al proceso de incorporación más complejo en el hombre civilizado: la apropiación de la cultura. La interacción con la cultura y el contenido psíquico que aporta su apropiación, desarrollan, modelan y cogobiernan el comportamiento humano junto a los procesos autorreguladores de la personalidad.

Cuando aparece la imagen que hace posible una unidad de información (futura cognición) y la reacción del funcionamiento del organismo: placentero, agresivo, de huida –futuro estado afectivo–, se puede decir que aparece la psiquis en el mundo animal.

Estos procesos psíquicos junto a los biológicos, durante mucho tiempo y a través de muchas especies, tuvieron como tarea defender al organismo de las agresiones del medio y su utilización para sobrevivir. Este objetivo se mantendrá hasta el hombre primitivo, pero se modificará con la evolución de la socialización que estimulará cambios en las estructuras del encéfalo, las funciones y los procesos psíquicos. Así se crearon las condiciones para la socialización de las necesidades y la incorporación de valores que el hombre hará suyos y le exigen su cumplimiento, pero que no siempre coinciden con sus deseos, intereses o necesidades más primitivas o personales; y ahora, por primera vez, tendrá que defenderse de imposiciones o limitaciones (agresiones) que no provienen del medio, sino del interior de su psiquis y de sus principios morales.

Es en ese estadio de la evolución de la psiquis cuando aparece en ella la demanda de un subsistema autorregulador que la proteja de la arbitrariedad moral, del castigo social autoimpuesto o del sentimiento de culpa; estas son las condiciones que gestaron la formación del subsistema autorregulador de la psiquis y de la actividad reguladora y directora del comportamiento que conocemos como personalidad. Este incidente de la evolución del hombre, en que aparece un subsistema autorregulador de algún proceso del organismo, es consecuente con lo que ocurre en la evolución de muchos sistemas complejos; y ha ocurrido en la evolución de otros niveles de organización de la materia viva. Por ejemplo, la termorregulación, el equilibrio electrolítico, la respuesta inmunológica e infinitos procesos de autorregulación que garantizan la vida.

Como muchos otros, la psiquis es un subsistema de ese sistema mayor que es el organismo, y a la vez la personalidad es un subsistema de ese sistema intermedio que es la psiquis. Los sistemas o subsistemas solo aparecen cuando lo demanda la complejidad de la estructura, del funcionamiento y de los sistemas previos. El corazón con cuatro cavidades no es necesario en los reptiles o en los batracios, como el neocórtex no es necesario en los primates; de la misma forma, la personalidad no es necesaria en el hombre primitivo, todos ellos con el grado de complejidad alcanzado por su psiquis en su estadio de desarrollo mantienen su equilibrio con el medio y su supervivencia.

Por tanto, la personalidad debe concebirse como un sistema interno de autorregulación y dirección de la actividad psíquica

y del comportamiento, y no como una tendencia o estilo de responder que caracteriza a cada individuo. Tampoco como la integración de las diferencias y las tendencias de la actividad psíquica más generales que caracterizan la individualidad.

La mayor parte de las teorías y modelos de la personalidad se centran en el estudio de comportamientos externos, en resultados de su actividad o en procesos parciales de la psiquis. En estas teorías se evidencia la ausencia de una concepción que contemple la unidad de lo cognoscitivo, lo afectivo y la ejecución de la respuesta con su matiz temperamental, y actúan en procesos de un nivel superior al de los clásicos procesos psíquicos.

Ya se hace necesaria una nueva concepción de la personalidad que contemple procesos de regulación internos, entre los cuales se pueden conjeturar los mecanismos de defensa, la valoración y autovaloración, concepción del mundo, otorgamiento de sentido, capacidad reflexiva, toma de decisiones, autoconciencia de la personalidad, estructuración de la respuesta y otros, que lleguen a conformar una nueva prototeoría de la personalidad, que oriente la investigación y la contrastación de los supuestos teóricos, pero este no es el lugar para exponerla.

A fuerza de cotidianas, las investigaciones que tratan de las emociones humanas como factor de enfermedad, sin hacer la más mínima referencia a la personalidad, ya parecen lógicas y aceptables. Sin embargo, si se admite que la personalidad actúa como el subsistema de dirección y de autorregulación de la psiquis, no se puede aceptar que se aisle a la emoción de la personalidad como sí se puede hacer con los animales.

En la guerra se siente miedo, pero solo unos pocos hacen crisis de pánico o una enfermedad psicofisiológica, y eso depende de la personalidad. Precisamente la personalidad, a través de su estilo de dirección, exacerba o controla la reacción afectiva. Hablar de estrés, tensiones o reacciones afectivas, sin hacer referencia al papel regulador de la personalidad, es desnaturalizar la psiquis humana; quizás a esto se ha llegado con un enfoque funcionalista u operacionalista, como ha sucedido al utilizar una complicada tecnología de laboratorio que diluye la emoción en una serie de respuestas electrofisiológicas y bioquímicas.

Hay varios componentes de la personalidad que pueden influir sobre la afectividad, como son el sentido personal, la toma de decisiones, la autovaloración, etc. Pero por su nexo más directo y de dependencia mutua, se destaca el sentido personal; ya que al inicio de la formación de su conciencia, la relación del individuo con el mundo real va siendo reforzada por los procesos afectivos.

SENTIDO PERSONAL COMO MECANISMO REGULADOR DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA AFECTIVIDAD

El concepto de sentido para la psicología ha sido expresado con gran diversidad por los autores. Por primera vez *Leontiev* hizo un esfuerzo por esclarecer este concepto como parte del estudio de la conciencia.

En su labor, comienza por aclarar que la conciencia sobrepasa las concepciones cognoscitivas, y propone que la conciencia sea analizada a partir de la interacción del sujeto concreto con el mundo real que lo rodea; de tal forma que refleje su relación real-subjetiva con el mundo a través del sentido que esa interacción tenga para él.

Este enfoque de *Leontiev* (1982) provee a la psicología de la salud de un arma importante para estudiar aspectos básicos en el campo de la personalidad, el modo de vida y la educación para la salud, así como también valorar la relación real-subjetiva y el grado de afectación que produce en la regulación psicobiológica.

Por el carácter singular de este mecanismo psíquico se le ha llamado **sentido personal**. Así se destaca que es propio de cada persona y que es expresión de la individualidad de la personalidad.

El sentido es precisamente lo contrario de la neutralidad; por lo que en él está contenido tanto lo que atrae al sujeto como lo que este rechaza o vivencia como indiferente. De aquí su posibilidad de alertar a la psiquis hacia todo aquello que resulta vital para la persona, y a partir de ahí jerarquizarlo en la autorregulación psíquica.

La ubicación del sentido personal como aspecto básico de la personalidad y la conciencia es lo que permite comprender y estudiar los mecanismos de protección de la psiquis como los *mecanismos de defensa*, que se desencadenan ante lo que el sentido personal valora como una amenaza para la autoestima del individuo; ya que la valoración de aquello que se considera "amenaza" para cada individuo lo hace posible el sentido personal.

El sentido personal es solo parcialmente consciente, y debido a esa característica puede inducir o inclinar la conducta del sujeto sin que este tome conciencia del por qué de su comportamiento. Precisamente un problema para la psicoterapia es luchar con un paciente que no hace conciencia de su sentido de aquellas cosas que le crean problemas –agresividad contra determinadas personas, prepotencia, gustos y conductas amaneradas, conducta hipocondríaca, etc.

El sentido personal es un concepto útil para la psicología, que designa lo que podría considerarse un mecanismo regulador de la personalidad muy cercano al **yo**. Como parte de la conciencia que refleja los intereses del individuo, en él se reflejan los aspectos de la conciencia social que tienen sentido o valor para cada persona. La psicología que se apoya en la filosofía marxista, al abordar el problema de la conciencia, generalmente lo hace centrándose en el aspecto cognitivo; sin embargo, dicha filosofía al plantear la ética y la estética como formas de la conciencia social, no está poniendo el énfasis en el significado que determinados conocimientos tienen para el hombre, sino en el sentido, en el valor que se expresa en los sentimientos

humanos que forman parte de la conciencia, y no en los conocimientos como expresión sensorial o lógico-racional.

La función del sentido personal es otorgar valor y jerarquizar tanto las situaciones como sus respuestas. En ocasiones, el sentido personal no es consciente para el sujeto, y esto, aunque puede estar protegiendo la autoestima, le dificulta la regulación consciente en la personalidad. Véase el ejemplo de lo que suele suceder al alcohólico: el sentido de la bebida para él, generalmente no está dado por el sabor ni por el olor, sino porque alivia la sensación de impotencia ante problemas que no tiene el valor de enfrentar; y la euforia que le produce el alcohol le permite fantasear, alardear y olvidar su angustia, e incluso se atreve a hacer lo que no haría cuando no ha bebido. No obstante, el alcohólico no tiene conciencia de su sentido por los estados de embriaguez y puede dar muchas explicaciones de su gusto por la bebida que no coinciden con la verdad.

Al obeso suele sucederle algo parecido, por eso se puede plantear que su deseo de comer es como una "adicción a la comida"; esta es algo que el tiene priorizado no solo por placer, sino porque le calma la ansiedad y su valoración de la obesidad está jerarquizado por debajo de la necesidad de comer.

El sentido personal se va formando con la personalidad. Cuando el niño imita o acepta lo que hace un adulto y lo asume como propio, sin comparación, sin valoración crítica o sin integrarlo a los interese del yo, es una muestra de que no está formado el sentido personal. En ese momento la conciencia, la concepción del mundo y los intereses del yo no están bien delimitados, por tanto, no puede existir un sentido personal, aunque ya existen emociones y otros procesos afectivos.

En la medida que se va formando la conciencia en la interacción del individuo con el mundo real, este va vivenciando la articulación de sus intereses con las exigencias del medio, lo cual genera un sentido y una concepción del mundo. Se van valorando y jerarquizando tanto las circunstancias externas como su forma de responder ante ellas. Todo este desarrollo es solo en parte consciente, y se manifiesta en el estilo de tomar decisiones –decisiones adecuadas, perjudiciales, imposibles de cumplir, etc.–, las cuales son tomadas a partir de una valoración y autovaloración más afectiva que racional de las necesidades y posibilidades, de su conducta o sus condiciones de vida, etc.

Una vez formado el sentido personal se convierte en un condicionador de la respuesta afectiva, ahora dirigida por la personalidad, lo que equivale a decir que la afectividad ha alcanzado su más alto grado de humanización, de socialización, a la vez que de individualidad; y se ha subordinado a la personalidad, fundamentalmente a través de uno de sus subsistemas reguladores: el sentido personal.

Para finalizar este tema podría intentarse una forma de transmitir el concepto de sentido personal: es un aspecto de la conciencia que resulta de la "vivenciación" de la articulación de los intereses del yo con las exigencias del mundo real, que deviene en mecanismo valorizador y jerarquizador de la personalidad, parcialmente consciente para el individuo.

El sentido personal, en su expresión genérica, es el que hace posible la actividad valorativa del proceso del conocimiento a la luz de la epistemología.

DE LA REGULACIÓN PSÍQUICA A LA REGULACIÓN BIOLÓGICA. APORTES DE LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA

La historia recoge incontables relatos de muertes, enfermedades y curaciones que han sido calificados como muertes por amor, curaciones "milagrosas", enfermedades por un "maleficio" y hasta por la tristeza debido a la muerte de un ser querido. No obstante la sospecha de la causa de muerte, enfermedad o curación, la ciencia no había podido despejar estos fenómenos. De la misma forma, eventos vitales equivalentes pueden no matar, pero llevar la salud a un estado precario que propicia variadas alteraciones psicofisiológicas o enfermedades oportunistas.

Entre los acercamientos a esta problemática se encuentran las investigaciones fisiológica y neurofisiológica de las emociones que aportaron gran claridad en relación con las vías nerviosas y los procesos reflejos. Varios de estos trabajos adolecieron de subvalorar o evadir el aspecto propiamente psíquico de las emociones, y se centraron en su componente neurofisiológico.

Otros intentos fueron realizados en el campo de la psicología, y buscaban explicación a las enfermedades psicosomáticas dentro de una concepción predominantemente psicoanalítica en la cual lo psíquico era hipertrofiado, representándosele en una simbología con pretensiones de universal, pero que no rebasaba las fronteras del dilema moral y existencial del hombre medio europeo de aquella época. Sin embargo, el psicoanálisis tuvo aportes trascendentales en relación con la concepción de la personalidad como agente regulador de las fuerzas psíquicas y el papel del inconsciente también como mecanismo regulador de lo que pudiera afectar la autoestima del sujeto. Estos aportes fueron convertidos por el mismo *Freud* y por algunos continuadores, en una teoría sexocéntrica circular y estéril, divorciada de la metodología científica, del experimento y del enfoque interdisciplinario, que al enfrentar los fallos de la hipótesis lo justificaban con mecanismos psicológicos inconscientes que a su vez eran postulados teóricos que necesitaban demostración.

En la búsqueda de la explicación sobre la relación entre la psiquis y la regulación biológica, hubo intentos de erudición y gran visión del futuro, pero los autores no encontraron la comprensión y el desarrollo de la ciencia y la tecnología necesarios para su continuación. Las ideas de *Metalnikov* y *Chorine* (1928) que vinculaban la inmunología, el sistema nervioso y sus procesos reflejos a la actividad psíquica, fueron las precursoras de la integración interdisciplinaria que hoy se ha denominado psiconeuroinmunología. La talentosa iniciativa de estos investi-

gadores no fue incorporada a la investigación de las enfermedades psicofisiológicas hasta la década del 60.

El concepto de *estrés* fue un gran paso de avance, pero muchas de sus aplicaciones no solo reducían las emociones a su expresión neurofisiológica, sino que el concepto de personalidad está ausente de la mayoría de esos trabajos. La cuna del concepto fue el laboratorio de experimentación biológica; lo que no justifica que muchos investigadores consideraran el estresor, la emoción negativa y la reacción de adaptación en el humano, como fenómenos constantes o semejantes para todas las personas, sin contemplar la individualidad de la personalidad y el carácter regulador de esta como el elemento clave en el papel activo del hombre en su adaptación.

En la década del 60 el trabajo de *Sólomon y Moos* (1964) *Emociones, inmunidad y enfermedad* hace renacer diferentes aportes que permitirían investigar la relación entre la psiquis, el sistema nervioso, la inmunología y la enfermedad somática. Se abrían las posibilidades de estudiar aquellas causas de muerte o de enfermedad que permanecían como especulaciones surgidas de una concepción mítico-mágica.

Hoy se sabe que entre personas viudas aumenta la tasa de cáncer; en los deprimidos aparece una inmunosupresión que favorece las enfermedades oportunistas; en los estudiantes en períodos de examen se ha detectado disminución de las células NK (células asesinas) y la producción de interferón; así como en las personas sometidas a técnicas de relajación aumentan las células NK y la inmunocompetencia, y un mes después de terminar los ejercicios de relajación la respuesta inmunológica regresa al estado anterior. Asimismo existen opiniones acerca de tener en cuenta los efectos del estado inmunológico del donante a través de las transfuciones de sangre, lo que permite pensar en la preparación psicológica de los donantes como una forma de influir en el aumento de la inmunocompetencia.

Estas conquistas de las investigaciones de los factores psicosociales sobre la regulación biológica y las enfermedades somáticas abrieron nuevos caminos y campos de trabajo de obligatorio acercamiento entre las ciencias sociales, la psicología de la salud y las ramas biomédicas. La incorporación de la inmunología a los equipos de investigación médico-psicológicos ha arrojado luz sobre los mecanismos de regulación biológica que se desencadenan a partir de los factores psicosociales.

Sus resultados descubren nuevas posibilidades de trabajo para la psicología de la salud, ya sea en la investigación, la prevención o el tratamiento. Los resultados de la inmunología en los últimos 20 años han sido atractivos no solo para la psicología, sino para la mayoría de las especialidades médicas, en las cuales se ha promovido una demanda masiva de investigaciones inmunológicas, que ya empieza a convertirse en característica del desarrollo de las ciencias médicas para el cierre de este siglo. Esto contribuyó definitivamente a la justificación del equipo interdisciplinario médico-psicológico que está dada por la necesidad de profundizar en la investigación del proceso salud-enfermedad desde el nivel intracelular en el campo bioquímico hasta el nivel de la personalidad y el modo de vida en el ámbito psicosocial.

La psiconeuroinmunología al dar sus primeros pasos —como suele suceder— ha heredado algunos enfoques del área psicológica que ya han hecho estragos en enfoques anteriores, tanto de la psicología como de la medicina psicosomática. Una buena parte de las investigaciones publicadas reportan diseños de "caja negra" —heredados del conductismo clásico— en los que se relaciona el evento estresante (*input)* con la respuesta inmunológica o con el efecto en la morbilidad y la mortalidad (*output*).

Esta situación se propicia porque sigue existiendo un "terreno de nadie" en muchas investigaciones; pues en estas la parte psicológica, por lo general no se acerca al mecanismo que traduce los estilos de regulación de la personalidad y los estados afectivos a las respuestas neurovegetativas a nivel central o a los neurotransmisores; como tampoco la parte biológica suele acercarse a la regulación central de la respuesta autonómica ni al aspecto propiamente psíquico de los estados afectivos que la producen y estas teorías se quedan en un modelo neurofisiológico y reduccionista de la emoción o un modelo psicológico de la disfunción cerebral.

En ocasiones, cuando este problema se ha intentado enfrentar correctamente, el desconocimiento generó la incomprensión o la burla; como sucedió a algunos neuropsicólogos que trataron de localizar un tumor a través del estudio de las funciones y operaciones psíquicas, y fueron evaluados como intrusos o adivinadores, en el mejor de los casos. Sin embargo, desde el punto de vista científico, tanto teórica como técnicamente, estaban actuando de manera correcta. No menores embestidas de los autores más biologicistas se han acometido contra la hipnosis, la acupuntura, la quinesiología o los proyectos de intervención psicosocial sobre el modo de vida de la comunidad para mejorar los indicadores de salud.

La formación de los profesionales para las ciencias de la salud debe enfrentar estos problemas que aún se padecen; no para que se sustituyan profesiones o funciones como piensan ligeramente algunos, sino para complementar el complejo trabajo que exige el alto nivel de complejidad de la ciencia moderna en las diferentes especialidades médicas.

Gracias a los aportes de la investigación en los diversos campos, se pueden aventurar algunas conjeturas con el propósito de realizar correcciones en la investigación psicológica aplicada al proceso salud-enfermedad a través de los procesos neurales, endocrinos, fisiológicos e inmunológicos. Estas son las siguientes:

- Un elemento básico es adoptar, como punto de partida, una concepción de la salud y la enfermedad que no trate de eludir el reconocimiento y el peso determinante de las condiciones socioeconómicas y el grado de asequibilidad y calidad del servicio médico que ellas imponen. Los problemas de la salud no

se resuelven solo con el desarrollo de la tecnología médica, sino con la existencia de una sociedad que le permita a la población conocer sus necesidades y tener acceso a su solución.

Ya se hace urgente y justificable una concepción de la salud multifactorial y sistémica, que ponga fin a la división entre soma y psiquis, entre ciencias básicas y medicina clínica; que conciba los diferentes sistemas que integran el organismo, como mecanismos de regulación y adaptación resultantes de la evolución de un ser vivo socializado, con capacidad para tomar decisiones y actuar; y que no se ignore ni se reduzca la psiquis y se admita a la personalidad como su subsistema de dirección.

- Hay algunos aspectos que se deben tener en cuenta en el estudio de la psiquis y la personalidad, que podrían evitar distorsiones o limitaciones que aún persisten en la bibliografía, sobre determinantes psicosociales en las enfermedades somáticas. Estos son los siguientes:
  - El primer aspecto es de tipo metodológico. Este adquiere vigencia a partir de determinados postulados teóricos de aceptación bastante generalizada en psicología, como son la existencia del inconsciente y de los mecanismos de defensa del equilibrio psíquico, en función de la protección de la autoestima del individuo y de evitar la angustia. De aceptarse los postulados teóricos, no se puede confiar la investigación psicológica solo a técnicas que recogen información declarada por el sujeto como resultado de la introspección, el autoanálisis, cuestionarios de autoevaluación, deseos y motivos, completar frases, etc., que tienen como denominador común la participación de la conciencia y la voluntad en la información que el sujeto emite. Es necesario desarrollar instrumentos que disminuyan o minimicen la participación de la conciencia y la voluntad en el suministro de la información.
  - Hasta ahora se ha estudiado la presencia, la intensidad y el tipo de emoción, pero generalmente aislada del resto de la afectividad y su fondo neurovegetativo y temperamental. Es necesario avanzar a un plano mayor de integración de la respuesta afectiva y concebirla como reactividad afectiva integrada por la sensibilidad, la intensidad y la duración de la respuesta afectiva; así como estudiar la repercusión somática de la respuesta afectiva para llegar a conocer el tipo y la intensidad de la respuesta somática que desencadena la respuesta afectiva.

    Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el valor que durante muchos años se le concedió a la emoción violenta o intensa generada por una situación traumática, que según nuestra experiencia es responsable de menos enfermedades que el estado afectivo negativo de regular intensidad pero mantenido en la vida cotidiana como resultado de desavenencias matrimoniales, fracasos en las aspiraciones, estilo de enfrentamiento inadecuado de la personalidad, etc. Estos estados afectivos que por su regular intensidad, no llegan a crear una reacción de alarma en la conciencia del sujeto pero sí alteran la regulación biológica, provocan que el sujeto continúe tolerando la agresión por no considerarla grave y mucho menos dañina para su salud; dichos estados tienen el riesgo de alterar la regulación psicobiológica debido al carácter mantenido de la agresión que no da oportunidad de recuperación a los procesos neurobioquímicos e inmunológicos, por lo que estos continúan estimulando respuestas adaptativas cada vez más complejas, que pudieran alterar la fisiología normal y abrir una puerta a la génesis de la enfermedad.

    El enfoque teórico expuesto coincide con el planteamiento de que determinado estilo de funcionamiento de los procesos reguladores de la personalidad o combinación de rasgos de la personalidad favorece el infarto, precisamente por la acción constante de la personalidad sobre el comportamiento del sujeto y sobre su regulación psicobiológica. Sin embargo, la incidencia de infarto no se explica por estar precedido de una sola fuerte emoción producida por un suceso traumático eventual o casual.
  - Desarrollar técnicas para el estudio del otorgamiento de sentido personal como mecanismo regulador de la personalidad, para llegar a conocer el valor que las circunstancias y su forma de responder frente a ellas, tienen para el sujeto y averiguar el grado de conciencia que posee acerca del verdadero sentido personal que para él tienen los problemas que enfrenta. Además el conocimiento del sentido personal puede ayudar a conocer la jerarquía de motivos del sujeto y la prioridad de sus acciones.
  - El grado de objetividad de la valoración de los problemas y la autovaloración de la capacidad para resolverlos es una de las variables de la responsabilidad que puede dar información de importancia relevante, para conocer la participación de esta característica en la repetición de fracasos evitables que mantienen al paciente en estado de estrés. Las características de la valoración-autovaloración también determinan lo oportuno del enfrentamiento del problema, lo adecuado del momento y el lugar, la correlación de fuerzas, etc.
  - Otro mecanismo de la personalidad que merece ser estudiado es el estilo de tomar decisiones: explorar cómo repercuten los éxitos y los fracasos en la toma de decisiones, examinar el grado en que el individuo utiliza las experiencias anteriores en las nuevas decisiones y la medida en que se deja atraer por la impulsividad o afectividad, por sus deseos o por un análisis lógico-racional.

La toma de decisiones inadecuada ha sido una característica estadísticamente significativa de los hipertensos esenciales en varias de nuestras investigaciones.

En términos generales, los mecanismos de regulación de la psiquis y la personalidad que responden a circunstancias que se repiten en la vida cotidiana tienden a conformar un estilo de respuesta que caracteriza al individuo; por tanto, se convierten en responsables de los éxitos y fracasos en la vida de la persona. Ello constituye el estilo de regulación de su personalidad, que cuando es errático se transforma en una fuente constante de estrés, de agresión, miedo o abatimiento, que puede poner en peligro la salud. Su importancia no solo concierne a su contribución en la génesis de la enfermedad, sino también a la forma en que el individuo enfrenta las enfermedades. Esta forma puede ser inadecuada y generar depresión, pesimismo, etc., y empeorar la evolución o acelerar la muerte; o puede ser adecuada y atenuar la enfermedad o acelerar la recuperación, lo que ha sido investigado en pacientes con cáncer.

La proposición de aspectos que se deberían investigar se orienta a partir de los supuestos teóricos de cada autor y en lo que hasta ahora parecen ser los resultados más prometedores de las investigaciones; por lo tanto, deja a la iniciativa de cada investigador la potestad de modificar o ampliar las variables que va a utilizar en las investigaciones.

- Es de vital importancia la necesidad de concebir las acciones psicológicas y los tratamientos como eslabones de un proceso integrado y sistémico.

Por otra parte, hay que delimitar si el tratamiento recae sobre las causas o sobre las consecuencias. La violación de estas verdades de Perogrullo se observa con una frecuencia alarmante. Los éxitos del ejercicio físico en el control del asma y la hipertensión arterial esencial han sido reportados por varios especialistas. La clave del problema está en que al abandonar el ejercicio el individuo retorna a la enfermedad. Lo mismo sucede con las técnicas de relajación, cuyo efecto favorable se ha verificado sobre la inmunocompetencia; pero al pasar un mes de haber abandonado el tratamiento, tanto la enfermedad como la respuesta inmunológica retornan al estado anterior. ¿Qué se está poniendo de manifiesto con estas experiencias?: la agresión persiste y la capacidad de adaptación del organismo no se ha modificado; los tratamientos no se incorporan al modo de vida, pues la personalidad no mejoró su capacidad de regulación ni tampoco el organismo, amén de la acción de otras probables variables que no suelen contemplarse en el tratamiento como la dieta, y la recreación, en fin el reajuste del estilo de vida. Nadie podría plantear que el ejercicio y la relajación no son eficaces, pero sí que han sido mal utilizados.

El mismo fenómeno ha sucedido con el *biofeedback*, con fármacos potentes y eficaces y otros tratamientos. Ante esto suelen suceder dos cosas: a) al inicio los éxitos pueden llevar a creer en el "boom" del tratamiento aplicado; b) un tiempo después comienzan a aparecer resultados desconcertantes y aparece el riesgo de abandonar una técnica que pudiera ser altamente prometedora, pero dentro de otro enfoque.

No sería difícil extraer la "moraleja" de los párrafos que se acaban de leer, la tarea se le deja al investigador. No obstante, la utilidad que pudieran tener estas consideraciones y la problemática que subyace es mucho más compleja, y se derivan de las concepciones teóricas y metodológicas del investigador, difíciles de modificar con una lectura.

En las investigaciones de las enfermedades psicofisiológicas, el proceder más frecuente ha sido cruzar variables sin contemplar la historia natural de la enfermedad, las diferencias individuales ni la interacción que esas variables desempeñan en un proceso sistémico; lo que facilita que se hipertrofie el papel de las variables así como los conocimientos o expectativas que se derivan de ellas.

En la historia de la hipertensión arterial esencial se han padecido estas consecuencias; y cada vez que se ha descubierto una alteración en el hipertenso –patrón A de personalidad, alteración renal, exceso de sodio, placa de ateroma, patrón de aptoglobina, o declararla hereditaria por existir otros enfermos en la familia antes de realizar una determinación de genes– no ha faltado quien postule dicha alteración como causa fundamental de la enfermedad acompañándose de una subestimación del resto de las alteraciones o los factores.

La aparición de la psiconeuroinmunología se debe a la necesidad progresiva de una concepción integral y sistémica de los procesos sociopsicobiológicos que conducen a la enfermedad, y que se desencadenan con estresores de la vida social y del estilo de regulación inadecuado de la personalidad, lo que se hace posible por la interconexión que existe entre el evento social y la actividad psiconeurovegetativa; estos estresores crean alteraciones funcionales, que de persistir la incapacidad de la personalidad para adaptarse y las vulnerabilidades específicas del sujeto tienden a degenerar los procesos fisiológicos y a cronificarse, y se transforman en enfermedad.

La secuencia teórica expuesta puede ayudar a orientar la investigacion, y más aún, si se tiene presente que en el sistema sociedad-individuo-enfermedad, el área mas intangible y subjetiva es el subsistema personalidad; este forma la parte más activa del individuo, ya que es responsable de la regulación psíquica y la dirección de su estilo de comportamiento, lo que justifica el énfasis en el mecanismo psíquico como puente entre el estrés de la vida social y las alteraciones de la regulación biológica.

Por último, a la psiconeuroinmunología no es necesario tratar de convertirla en una ciencia independiente. El hecho de trabajar cruzando variables provenientes de varias ciencias o especialidades médicas no justifica el nacimiento de una ciencia particular; para ello se necesita delimitar un objeto de estudio, un cuerpo teórico y una metodología para enfrentarlo.

39. Aspectos psicológicos en el dolor

Marta Martín Carbonell

El desafío que representan los problemas de dolor excede, a todas luces, el ámbito científico y técnico de la medicina que pretende ser puramente biologicista. No es casual que uno de los últimos libros de dos de los más influyentes autores en la materia, *Ronald Melzack y Peter Wall* (1982) se titule precisamente: *El reto del dolor*.

La conceptualización que ofreció en 1979, la Asociación Internacional para el estudio del dolor (en inglés, International Association for Study of Pain, IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma (Penzo, 1979).

El valor de esta definición está en el hecho de que resalta el carácter complejo y subjetivo de la experiencia de dolor, y destaca su vinculación con las emociones, cogniciones y conductas. Además, en esta definición se reconoce que la experiencia de dolor puede producirse sin que se haya encontrado una explicación lesional de la misma. *Loesser* (1980:3), un importante investigador en el campo del dolor, ha dicho: "El conocimiento más complejo sobre los substratos fisiológicos, anatómicos y bioquímicos de la percepción de dolor será siempre insuficiente para explicar un síndrome clínico tan común como el dolor de espalda."

De esta manera, el enfrentamiento exitoso ante los problemas de dolor obliga al médico a reconceptualizar las enfermedades, a tener en cuenta su origen multicausal y a establecer diversos niveles y procedimientos de intervención dirigidos hacia la misma meta final: la rehabilitación del paciente. Para contribuir al logro de este propósito, especialistas de diversos campos como la anestesiología, la psicología, la medicina interna, la cirugía, la ortopedia, la psiquiatría, la neuropsicología y la fisiatría, deberán encontrar un lenguaje común, definir sus objetivos y métodos propios de estudios, sin restar importancia a los aportes de las disciplinas particulares, y al mismo tiempo, delimitar sus estrategias de intervención en función de las fronteras de acción de las restantes especialidades.

DEFINICIÓN DE DOLOR Y MODELOS EXPLICATIVOS

El dolor acompaña a la existencia humana y nadie está inmunizado contra él. Sin embargo, la forma en que surge, se manifiesta y se alivia es dependiente de variaciones culturales. El dolor, en tanto puede ser el resultado de accidentes y enfermedades, está relacionado con los comportamientos humanos y estilos de vida. Asimismo, hay un amplio rango de intentos de solución de los problemas involucrados en el dolor que están también culturalmente determinados. Tanto las prácticas mágico-religiosas de diferentes tribus como la sofisticada tecnología médica del mundo occidental pueden ser valoradas como formas de enfrentamiento que ha empleado la humanidad ante los múltiples retos que representa el dolor.

Por otra parte, el dolor es una experiencia esencialmente subjetiva que solo es identificable en el contexto de procesos de comunicación. Usualmente, el dolor no es descubierto hasta que la persona que lo padece comienza a exhibir comportamientos que en nuestra cultura indican enfermedad, como quejas de disconfort, ausencias al trabajo, minimización de las actividades sociales y búsquedas de ayuda.

A pesar de que el alivio del dolor siempre ha sido una de las metas fundamentales de las acciones médicas, su estudio científico es relativamente reciente. Existe consenso en ubicarlo en fecha tan cercana como la década del 50 de este siglo (*Beecher*, 1962), y los pioneros en este campo provenían de disciplinas médicas como la anestesiología, la bioquímica, la neurofisiología y la farmacología.

Hasta esa época, para explicar el dolor se partía de la teoría sensitiva o específica del dolor que fue formulada a finales del siglo XIX a partir de los trabajos experimentales de *Max von Frey*. De acuerdo con esta teoría, el dolor es el resultado final de un sistema lineal de transmisión sensorial. La magnitud del dolor se consideraba proporcional a la magnitud de la destrucción hística, y la comunicación del dolor estaría en correspondencia unívoca con la lesión que lo provocó. Como señalara *Melzack* (1982) en su libro *El reto del dolor*, esta explicación equipara el dolor a la sensación. La figura 10 ilustra gráficamente esta idea.

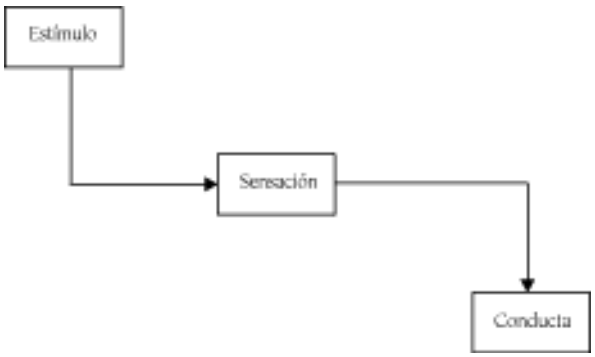


Fig. 10. *Modelo lineal simple del dolor, correspondiente a la teoría de la especificidad.*

Este modelo tiene vigencia actual y aparece en muchos de los textos para estudiantes de medicina. De hecho, prevalece en la mente de la mayoría de la población, sin excluir a los profesionales de la salud. No es posible negar su validez para explicar algunos cuadros dolorosos –principalmente de dolor agudo–; sin embargo, no permite comprender una serie de hechos relevantes para la clínica como el dolor crónico, el dolor "fantasma", las posibilidades de aliviar el dolor con influencias psicológicas, etc.

Desde el punto de vista experimental, la principal objeción a este modelo fue el descubrimiento de la existencia de mecanismos endógenos de analgesia, tanto a nivel neuronal como bioquímico, específicamente en este último ámbito, la presencia en todo el sistema nervioso de neuromoduladores y neurohormonas: los péptidos opiáceos endógenos. Posteriormente, se descubrió la existencia de otros mecanismos endógenos de analgesia no dependientes de los sistemas opiáceos.

A partir de las evidencias que cuestionan el modelo lineal, se plantea la necesidad de formular modelos complejos de mayor sutileza explicativa, y se proponen los llamados modelos *multidimensionales*. Estos incorporan tímidamente elementos psicológicos a la explicación del dolor, si bien fracasan a la hora de explicar las interacciones entre los niveles biológico, psicológico y social. Sin embargo, tienen el mérito de intentar ofrecer una explicación multicausal del dolor y crear un espacio para la acción de otras disciplinas –como la Psicología, la Sociología y la Antropología– en el estudio y manejo de los problemas de dolor. Representan en este ámbito, una aplicación del modelo biopsicosocial propuesto por *Engel* (1977) y que ha sido ampliamente criticado, pero que sentó las bases para una nueva política y filosofía de la salud y que aún no ha sido posible sustituir por un enfoque que lo supere.

El más conocido de estos modelos multidimensionales es el de *Melzack y Casey* (1968) que define tres categorías o niveles que intervienen en la experiencia de dolor: nivel sensorial-discriminativo, nivel motivacional-afectivo y nivel cognitivo-evaluativo (fig. 11).

Según los autores, cada uno de estos niveles depende de sistemas cerebrales especializados. El nivel sensorial-discriminativo estaría relacionado con los sistemas espinales de conducción rápida; el nivel motivacional-afectivo con los sistemas espinales de conducción lenta que influyen en las estructuras reticulares y límbicas; y el nivel cognitivo-evaluativo con las funciones corticales superiores o neocórtex.

Este modelo se basa en la *teoría de control de la compuerta* de *Melzack* y *Wall* (1965), que se fundamenta en las evidencias de los mecanismos de analgesia de origen neural. Se trata de una teoría ampliamente sustentada con la investigación neurofisiológica y que posteriormente se vio como una propiedad general del funcionamiento del SNC, que hoy se explica por mecanismos de compuertas, eléctricos o químicos, en todos los niveles funcionales.

Otro de los modelos multidimensionales más conocidos es el propuesto por *J. Loesser (Loesser y Black*, 1975:81-83). Este autor sugiere un esquema jerárquico de cuatro niveles, correspondientes a substratos anatómicos específicos (fig. 12).

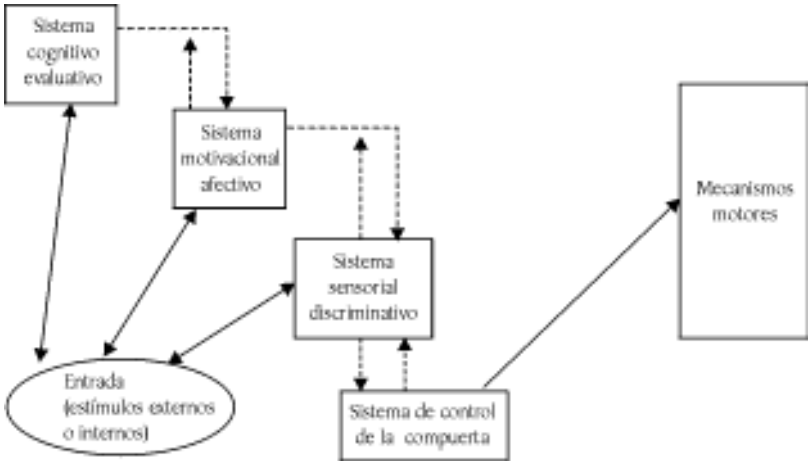


Fig. 11. *Modelo multidimensional del dolor de Melzack y Casey (1968).*



Fig. 12. *Niveles en la experiencia de dolor, según el modelo de Loesser (1980).*

El primer nivel correspondería a la **nocicepción**, la cual se define como la "energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas de las fibras A, delta y C". Puede detectarse como un sistema de detección del daño periférico.

El segundo nivel corresponde al **dolor**, "experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción", pero se reconoce que no existe una relación de dependencia lineal entre ambos niveles, es decir, que uno y otro puede darse de manera independiente.

El tercer nivel es el del **sufrimiento**, definido como "la respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores, por el dolor y otras situaciones: pérdida de seres queridos, estrés, etc." El cuarto y último nivel sería el de las **conductas de dolor**, o sea, "todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de la presencia de nocicepción que comprende el habla, la expresión facial, la postura, buscar atención y asistencia médica, consumir medicamentos o negarse a trabajar".

CLASIFICACIONES CLÍNICAS DEL DOLOR

En el ámbito clínico se utilizan diferentes criterios para clasificar el dolor. Muchos de ellos se superponen y de hecho no representan más que diferentes perspectivas taxonómicas, por lo que frecuentemente se necesita combinar varias clasificaciones para poder llegar a una descripción más o menos certera del dolor.

Una distinción común en la clínica es la de dolor "maligno" para referirse al dolor que presentan los pacientes con cáncer frente a dolor "benigno" para hablar de los restantes síndromes de dolor. El dolor también es clasificado en función de los servicios médicos en que habitualmente se atiende. Así se habla de dolor reumático, dolor oncológico, dolor neurológico, etc. Esta clasificación a menudo se mezcla con distinciones localizacionistas como son dolor lumbar, dolor de espalda (*back pain*), cefalea, etc.

Asimismo se suele clasificar el dolor en función de un criterio de localización general: cutáneo o periférico, somático o profundo y visceral.

El dolor cutáneo o periférico se produce por lesiones en la piel o mucosas y es en consecuencia, un dolor bien delimitado y localizado. Es típico de las heridas o quemaduras y se trata del ejemplo en el cual con más facilidad el doliente y los que le rodean comparten información relevante. Con este tipo de dolor los niños aprenden los primeros elementos del lenguaje referidos al dolor y las formas de comunicación de la experiencia dolorosa socialmente aceptadas.

El dolor somático profundo involucra a los músculos y estructuras osteoarticulares. Se caracteriza por estar mal definido y localizado, con variaciones poco claras y difíciles de describir. La mayoría de los dolores mal llamados "psicógenos" pertenecen a esta categoría.

El dolor visceral es cuestionado por ser discutible la existencia de nociceptores viscerales específicos. Son los de más difícil localización, pues pueden darse irradiaciones o referirse a zonas distantes de la presunta lesión.

También se ha clasificado el dolor de acuerdo con su causa en dolor "psicógeno" frente a dolor "orgánico". Esta distinción refleja claramente una concepción dualista que presume una división mecánica de alma-cuerpo. De acuerdo con este enfoque, se tienden a considerar como "psicógenos" a todos aquellos cuadros en los que no puede precisarse un factor biológico que pueda tener valor etiológico. Es decir, el diagnóstico de "dolor psicógeno" se realiza por exclusión, y no se define de manera positiva por el hallazgo de factores de índole psicológica que expliquen su desarrollo. Esta clasificación se asocia a diagnósticos tales como hipocondría, histeria y alucinaciones.

Desde el punto de vista psiquiátrico se han realizado caracterizaciones del dolor que se recogen en los *Manuales Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* elaborados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III, 1985, DSM-IIIR, 1990 y DSM-IV, 1995).

En el DSM-III apareció la clasificación de *dolor psicógeno*, que fue sustituida en el DSM-IIIR por *dolor somatoforme*, y se cambiaron también algunos criterios de diagnóstico, pues incluye en esta categoría los cuadros en que el dolor o el deterioro social es claramente desproporcionado en relación con lo que cabría esperar de los hallazgos físicos.

Desde la perspectiva de la antropología médica, el dolor crónico puede clasificarse de dos formas: el *dolor como enfermedad* y el *dolor como padecimiento*. El dolor como enfermedad se refiere a la visión médica del sufrimiento del paciente, como enfermedades, síntomas o síndromes identificables. Desde esta óptica, la concepción biomédica científica de la enfermedad, le-

sión orgánica, disfunción o degeneración, guía el tratamiento y versa las pautas que debería seguir la evolución del dolor.

El dolor como padecimiento, sin embargo, se refiere a la perspectiva del paciente, a su particular comprensión, no profesional, sobre el dolor y sus efectos en su vida cotidiana. Incluye las quejas verbales, las incapacidades físicas, los cambios en el estilo de vida, los miedos y la ansiedad que sufre el hombre enfermo y que frecuentemente guían las decisiones acerca del tratamiento y determinan la evolución que seguirá el trastorno. El dolor como dolencia o padecimiento es el resultado de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales y, en última instancia, constituye el verdadero reto que las ciencias médicas y sociales tienen que enfrentar.

Por su progresión temporal, los dolores pueden clasificarse por su inicio —brusco o progresivo—, su evolución —intermitente, continuo o con exacerbaciones esporádicas— o por su ritmicidad —diaria o estacional—. Pero, la clasificación a la que se ha prestado más atención es a la de dolor agudo frente a dolor crónico.

La IASP define al dolor crónico como aquel "que se extiende después del tiempo en que normalmente debía haberse extinguido". Sin embargo, hay consenso en considerar como dolor crónico aquel que dura seis meses o más.

En el dolor agudo o de reciente aparición generalmente es posible identificar una lesión, a menudo hay signos externos y observables de daño hístico, como la inflamación o manifestaciones neurovegetativas que "avalan" las quejas del paciente. Suelen presentar una evolución bien definida y desaparecer cuando son tratadas adecuadamente las causas que lo provocaron.

El dolor crónico es el opuesto del agudo. Su inicio es por lo general progresivo y no puede asociarse directamente a una lesión; su desarrollo es impredecible para el paciente y muchas veces para los profesionales que lo atienden y no responde a los tratamientos de la manera que se espera. Desde el punto de vista terapéutico plantea una situación delicada, ya que no pueden aplicarse las pautas usuales para el tratamiento del dolor agudo —sedación, reposo y analgésicos—, so riesgo de generar complicaciones posteriores para la vida y la capacidad funcional del paciente. La mayor parte de los cuadros de dolor crónico son rebeldes a los tratamientos convencionales y de hecho en la literatura suelen aparecer como sinónimos.

Desde el punto de vista psicológico el estudio del dolor crónico ha generado una vasta literatura y la mayor parte de las intervenciones psicológicas están diseñadas para este tipo de dolor. Las demandas de atención psicológica se destinan para los pacientes con este dolor, posiblemente porque los médicos se sienten confundidos ante estos casos.

PRINCIPALES APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA COMPRENSIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las diferencias entre dolor clínico y dolor experimental han sido ampliamente documentadas por varios autores. En el caso del dolor que se estudia en los contextos clínicos casi siempre resulta difícil precisar el carácter, la intensidad y la fuente de los estímulos nociceptivos. En contraste con el dolor obtenido en el laboratorio, el dolor clínico es frecuentemente progresivo, crónico y diseminado. Por otra parte, el dolor experimental no responde a los analgésicos de probado valor en la clínica como la morfina o la aspirina, aunque quizás la diferencia más importante radique en que el dolor clínico constituye casi siempre para el paciente un evento vital negativo, desagradable, no deseado y del que no tiene posibilidades de control o escape; a diferencia del dolor que se logra en sujetos que se someten voluntariamente a un experimento de laboratorio.

Por estas razones, conceptos derivados de las investigaciones experimentales sobre dolor, como *umbral*, *tolerancia*, etc. tienen poco valor en la práctica clínica, donde pasan a un primer plano los factores contextuales –ambiente familiar y relaciones maritales–, cognitivos –creencias, atribuciones y expectativas–, emocionales –depresión y ansiedad–, personales –estilos de afrontamiento y actitudes, recursos de resistencia–, entre otros.

Entre las décadas del 50 y el 60 se produjeron los primeros intentos de describir factores psicológicos asociados al dolor, por los partidarios del enfoque psicodinámico (*Grossman*, 1991; *Watson* y *Buranen*, 1979). Basaron sus planteamientos en el estudio de casos, en los que podía verse el dolor como un síntoma conversivo, equivalente depresivo o una reacción hipocondríaca. Para estos autores, el dolor se presentaba como una neurosis de conversión, resultante de un compromiso entre la realización de deseos prohibidos y su penalización inconsciente. Estos estudios experimentales muestran evidencias que apoyan parcialmente estos supuestos.

En esta línea de pensamiento se encuentra la idea de la existencia de una *personalidad propensa al dolor*, que sugiere que en los individuos con una personalidad de este tipo pueden aparecen cuadros de dolor en ausencia de nocicepción. Estas personas se caracterizarían por una historia de sufrimiento, fracaso, intolerancia al éxito, fuerte energía agresiva que no se satisface y aparición de dolor ante situaciones de amenaza o pérdida.

De este enfoque se derivó el uso de las técnicas basadas en el psicoanálisis –como las terapias breves y el psicodrama– en el tratamiento de pacientes que presentaban problemas de dolor crónico, rebelde a los tratamientos médicos convencionales.

La eficacia de estas técnicas ha sido muy discutida. En los inicios de la década del 90, en el Instituto de Reumatología de Cuba se realizó una experiencia de tratamiento de pacientes con fibromialgia y artritis reumatoide mediante técnicas psicodramáticas*. Estos pacientes tenían en común el presentar problemas de dolor crónico que no respondían a los tratamientos convencionales y severas alteraciones de la personalidad, provocados por estados de ansiedad y depresión crónicos de alta intensidad y carácter neurótico. Se trabajó mediante la modalidad de terapia de grupo y los resultados fueron satisfactorios; se logró la reducción significativa de los niveles de ansiedad, depresión y dolor y una mejor adaptación a la vida social. Sin embargo, el tratamiento es excesivamente trabajoso y de alta complejidad técnica, por lo que solo pueden realizarlo profesionales con experiencia, y es muy difícil su generalización.

Otra línea importante ha sido la investigación de los intervínculos entre el dolor y los estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión, la frustración y la ira. La propia definición de dolor contiene explícitamente la asociación de las emociones desagradables con el dolor. Se considera que existe un fuerte riesgo de depresión con intentos suicidas en la fase crónica del dolor –entre 6 meses y 8 años–, en la que el paciente verifica que el dolor puede ser permanente. En la fase subcrónica –de 3 a 12 años– se produce una aceptación del paciente del problema y disminuyen o incluso desaparecen los síntomas depresivos.

Sin embargo, los intervínculos entre dolor y depresión no están claros. Dada la ausencia de estudios longitudinales, hay debate con respecto a la relación temporal entre el *debut* de la depresión y el dolor. Se han propuesto tres hipótesis:

- La depresión es primaria con respecto al dolor.
- La depresión es secundaria al dolor.
- Ambas aparecen simultáneamente.

La primera hipótesis se sustenta en estudios de laboratorio, los cuales demuestran que los niveles altos de depresión incrementan la localización de la atención a las sensaciones corporales y el reporte de dolor y malestar. También se basa en que la inducción de estados de ánimo depresivos disminuye la tolerancia al dolor provocado experimentalmente.

La segunda hipótesis propone que la depresión se presenta en los pacientes con dolor crónico que manifiestan una fuerte convicción de enfermedad, a pesar de haber recibido explicaciones razonables acerca de la naturaleza de su trastorno y del tratamiento que debe seguir.

La tercera hipótesis se basa en el planteamiento de que ambos fenómenos son independientes, pero que en ellos intervienen una serie de procesos psicológicos y biológicos que son activados en respuesta a estresores precipitantes. Desde el punto de vista psicológico, se tiene en cuenta la falta de habilidad para modular o expresar emociones intensas o inaceptables, y, desde el punto de vista biológico, determinados neurotransmisores y disfunciones en el sistema opioide.

En cualquier caso, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dolor, particularmente de aquellos casos con dolor crónico, deben tener en cuenta su posible asociación con cuadros depresivos que siempre tienden a empeorar las quejas y obstaculizan los efectos de los tratamientos.

En cuanto a la ansiedad, existe controversia con respecto a si ella aumenta el dolor o no. Una teoría defiende que a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido. Otros autores plantean que la ansiedad reduce el dolor y activa al organismo –en contraposición con el dolor, que lo desactiva–. Desde un punto de vista fisiológico ambas posturas son aceptables pues:

- La ansiedad aumenta la actividad simpática, por lo que puede estimular los nociceptores.
- La tensión muscular que frecuentemente acompaña a la ansiedad puede provocar dolor añadido.
- La ansiedad aumenta la liberación de los opioides endógenos que pueden reducir el dolor.

Existe la hipótesis de que la atención puede ser una variable mediadora entre la ansiedad y el dolor. Hay evidencia de que la atención al dolor amplifica las sensaciones corporales, y aumenta el reporte de dolor. Probablemente cuando la ansiedad del paciente se centra en problemas relacionados con su salud o preocupaciones por el dolor, se incrementan las quejas porque el sujeto le presta atención exagerada a sus reacciones corporales; mientras que cuando la ansiedad se debe a otros conflictos que obligan a desviar la atención del paciente de sus sensaciones, esta actúa como un factor atenuador del dolor.

Estos hallazgos fundamentan el uso extendido de ansiolíticos y antidepresivos asociados a diferentes analgésicos en el tratamiento del dolor, y también el empleo cada vez más frecuente de las técnicas de relajación.

Se definen como técnicas de relajación un amplio número de procedimientos, de diferente nivel de eficacia, credibilidad científica y complejidad, que tienen en común pretender lograr la tranquilización del paciente, la relajación mental, muscular y fisiológica y proporcionar vivencias de comodidad y paz. Entre ellas se encuentran la relajación inducida mediante hipnosis, el entrenamiento autógeno –desarrollado en Alemania a principios de siglo y ampliamente documentado– y la relajación progresiva de Jacobson

* La experiencia que se refiere ha sido presentada en varios eventos internacionales. Los autores de este trabajo son *Nitzy Grau* (teatróloga), *Jorge Grau* y *Marta Martín Carbonell* (psicólogos).

–que busca la relajación mental a partir de la relajación muscular–, las técnicas basadas en el control de la respiración, el yoga, la meditación trascendental, las técnicas de visualización y muchas otras. Se ha demostrado que estas técnicas son muy eficaces para aliviar el dolor a corto y largo plazo. Algunas de ellas como el entrenamiento autógeno, la relajación progresiva, las visualizaciones y las técnicas respiratorias son de fácil administración y aprendizaje, por lo que es recomendable que nuestros médicos y enfermeras adquieran habilidades en, al menos, alguno de estos procedimientos, lo que le permitirá lograr resultados importantes sin recurrir a métodos más invasivos.

Otros aspectos que han recibido atención han sido los relativos a la forma en que los familiares y personas cercanas reaccionan ante las quejas del paciente, pues se ha demostrado que ella desempeña un importante papel en el desarrollo de problemas de dolor crónico.

En muchos casos, la familia actúa con sobreprotección, tiende a asumir las responsabilidades del paciente, y le ofrece apoyo y afecto con más intensidad que de costumbre. El paciente puede obtener ciertos beneficios de su problema de dolor, lo que tiende a perpetuar los síntomas. En otras situaciones, por el contrario, cuando la familia reaccione con rechazo e indiferencia pueden surgir en el paciente sentimientos de desamparo e inutilidad que serían la base de una depresión que pudiera empeorar el cuadro clínico.

También se ha enfocado el estudio del dolor desde la perspectiva del enfoque familiar sistémico. Se supone que los síntomas tienen un papel específico dentro del sistema familiar. Así, los síntomas del paciente cubren necesidades emocionales de otros miembros de la familia. Estas necesidades llevan al refuerzo del síntoma y al subsiguiente rol homeostático de la enfermedad.

Dentro de este marco, puede ocurrir que una cierta vulnerabilidad fisiológica combinada con un sistema familiar cerrado, sobreprotección, rigidez, conflictos no resueltos y el empleo de uno de los miembros de la familia para evitar estos conflictos, sean precondiciones para el desarrollo de problemas de dolor crónico.

Una variable importante que se ha estudiado mucho es el apoyo social, que puede ser definido como "la información, la asistencia y los recursos que el individuo recibe de los demás" (*Penzo*,1989:65). Los beneficios del apoyo social han sido ampliamente documentados. Hay consenso con la noción de que el apoyo social facilita la recuperación y reduce el riesgo de mortalidad y se asocia a una mejor adaptación a la enfermedad. Se relaciona, además, con los hábitos de salud y favorece el cumplimiento de los tratamientos y el uso de los servicios de salud.

Los beneficios del apoyo social pueden agruparse en tres categorías: asistencia tangible, información y apoyo emocional. Se plantea que el apoyo emocional es más efectivo cuando proviene de personas allegadas al paciente, mientras que la información resulta una excelente fuente de apoyo si viene de personas consideradas por el paciente como expertas –médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud– . Cuando se ha medido el apoyo social, ya sea en magnitudes cuantitativas o cualitativas, siempre se ha encontrado una relación positiva entre este y el bienestar del sujeto sometido a circunstancias estresantes.

Sin embargo, también se han descrito una serie de "peligros" que puede producir. El paciente puede sentir que recibe sin dar, lo que deteriora la autoestima y provoca sentimientos de minusvalía. Puede ocultar sentimientos y preocupaciones para dar una imagen favorable y no disgustar a los proveedores de apoyo. En resumen, es necesario tener en cuenta las verdaderas necesidades del paciente.

Para los partidarios del enfoque conductista, el objeto de estudio de la psicología en el dolor son las conductas de dolor. Ellas pueden definirse como "las unidades funcionales de comportamiento del individuo en un contexto socialmente designado como dolor" (*Penzo*,1989:44), o sea, los modos por los cuales el dolor o la enfermedad es comunicado a los demás. Se considera importante distinguir entre las conductas de dolor *respondientes* y *operantes*. Las conductas de dolor respondientes son aquellas controladas por estímulos nociceptivos precedentes, específicos y discretos. Mientras, las conductas de dolor operantes son influidas por hechos específicos que siguen a su ocurrencia.

Un ejemplo de conductas respondientes serían las exclamaciones y los gestos de un individuo que nos permiten comprender que acaba de ser quemado por un cigarrillo. Por el contrario, podríamos suponer que estamos ante una conducta de dolor operante cuando nos hallamos en presencia de un niño que se queja de dolor abdominal a la hora de ir para la escuela, sin que tenga una enfermedad y, sobre todo, si conocemos que la semana anterior dejó de asistir a la escuela por una indigestión. La figura 13 facilita la comprensión de este modelo.

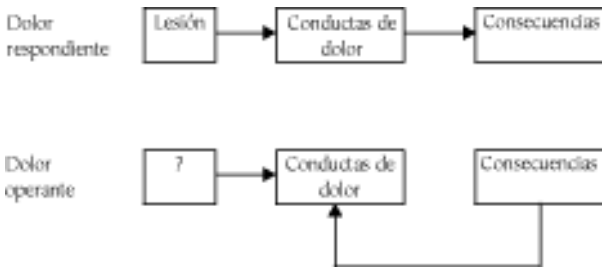


Fig.13. *Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).*

Ello no significa necesariamente que las conductas de dolor operantes puedan ser consideradas como sinónimo de simulación o como mecanismos histéricos. Tal vez la implicación fundamental sea la de resaltar el papel del aprendizaje en la determinación de estas conductas. Ello permite comprender por qué pueden persistir conductas de dolor mucho tiempo después de que hayan cesado las causas originales y, en consecuencia, diseñar programas terapéuticos dirigidos a la extinción de dichas conductas.

Las conductas de dolor incluyen quejas verbales de dolor y sufrimiento, sonidos no relacionados con el lenguaje, posturas corporales y gesticulaciones, así como comportamientos dirigidos a reducir el dolor como darse masajes, tomar fármacos, etc.

Se deben, pues, considerar a las conductas de dolor como expresiones funcionales del dolor y del contexto sociopsicológico en que este se produce. Ellas nos brindan información acerca de la intensidad, localización, extensión y dinámica del dolor; pero también nos comunican acerca de las necesidades, creencias y actitudes de los pacientes. En este sentido, ellas son de valor para el diagnóstico integral del dolor, y al mismo tiempo, objeto de su tratamiento.

Como conclusión, pudiéramos plantear que aun desde diferentes enfoques, se ha demostrado que el dolor –su aparición, intensidad, duración y forma de manifestarse– depende en gran medida de cómo reacciona el medio social concreto del paciente. Por ello es recomendable el introducir en los programas de rehabilitación de pacientes con dolor crónico, técnicas de terapia y orientación familiar, así como técnicas de modificación de la conducta. Se ha demostrado que estas técnicas son las más útiles para disminuir las quejas del paciente, reducir el consumo de medicamentos y aumentar la movilidad. Los médicos y enfermeras adecuadamente entrenados pueden orientar fácilmente a la familia, no así ejecutar la terapia familiar y las técnicas de la modificación de la conducta que requieren de formación profesional y posgraduada.

También son relevantes para el diagnóstico y tratamiento del dolor las creencias y expectativas de los pacientes. Si una persona cree que el ejercicio físico empeora su dolor, es poco probable que participe activamente en un programa de tratamiento que incluya actividades deportivas.

La *autoeficacia* se ha definido como la creencia del sujeto en que él posee habilidades y recursos para tratar su dolor. Se han encontrado asociaciones significativas entre los juicios de autoeficacia y el nivel de actividad y el bienestar emocional en pacientes con dolor crónico.

El *afrontamiento* (*coping*) ha sido definido como "el conjunto de esfuerzos y acciones orientados al tratamiento de las demandas internas y ambientales y los conflictos entre ellas" (*Lazarus* y *Folkman*,1986:141). Dicho de forma más clara, se trata de la forma en que el hombre reacciona ante las circunstancias estresantes. Estas reacciones pueden darse de manera premeditada o involuntaria, y se expresan tanto en forma de emociones, como de pensamientos y conducta. Se han identificado dos tipos básicos de afrontamiento: el centrado en la solución del problema y el centrado en la regulación del impacto emocional que provocan las situaciones estresantes.

Se ha considerado, en sentido general, que las estrategias de afrontamiento activo, centradas en la solución del problema, son más eficaces para lograr un buen ajuste a las enfermedades crónicas y el dolor.

La negación como estrategia de afrontamiento consiste en la tendencia del sujeto a evitar pensar o percibir el problema, en este caso, la enfermedad. Es favorable para el bienestar emocional en los momentos iniciales de la aparición de problemas que pueden tener consecuencias muy peligrosas para el sujeto –como el infarto agudo del miocardio, por ejemplo–, pero desfavorable a largo plazo, pues inhibe el desarrollo de conductas de autocuidado.

El catastrofismo como tendencia a focalizar la atención sobre el problema y exagerar sus consecuencias está asociado a mayores niveles de dolor y depresión. En un estudio que realizamos en el año 1994 (*Fusté*, *Martín*, *Grau* et al. 1993), con una muestra de 60 pacientes con dolor crónico de origen reumático –30 pacientes con artritis reumatoide y 30 con osteoartrosis– encontramos que el tipo de afrontamiento pasivo –no hacer nada, resignarse ante el problema– estaba relacionado con un peor estado emocional y con indicadores humorales de gravedad y pronóstico negativo de estas enfermedades, así como con mayores niveles de dolor y discapacidad.

Las creencias que tiene la sociedad con respecto a algunas enfermedades y al dolor también desempeñan un papel importante. Por ejemplo, es más difícil enfrentar las enfermedades que implican una afectación de la imagen corporal o que provocan incapacidad.

Algunos síntomas como las deformidades físicas y las distorsiones de la locomoción, frecuentes en enfermedades crónicas, son interpretadas por el resto de las personas como indicadores de que el paciente es incapaz de ser productivo y socialmente adecuado.

Las personas sanas tienden a minusvalorar las posibilidades reales de los enfermos. Los síntomas visibles de las enfermedades crónicas pueden así dominar la interacción del paciente con las otras personas, y para el enfermo es muy difícil normalizar esta situación. Cuando, por el contrario, los síntomas no son visibles, se dan situaciones paradójicas que llegan a afectar el bienestar del individuo. Al enfermo se le plantean exigencias que sobrepasan sus posibilidades reales. Muchas veces el paciente puede comunicar su incapacidad, pero rehúsa hacerlo pues ella es asimilada como una minusvalía, por ejemplo, en el caso de las mujeres mastectomizadas.

Las creencias de minusvalía, de incapacidad, el temor a ser rechazado, etc. están asociadas a problemas de ansiedad y depresión

que ya hemos visto que pueden empeorar los cuadros dolorosos; por ello se recomiendan utilizar las técnicas cognitivas, las cuales tienen como objetivo sustituir ideas y valoraciones irracionales por análisis más realistas y objetivos. Generalmente, estas técnicas se utilizan combinadas con las técnicas de modificación de la conducta y la relajación.

Otras conceptualizaciones sobre el dolor parten de enfoques psicofisiológicos, que suponen que en determinados tipos de dolor crónico "médicamente incongruentes" –cefaleas, sacrolumbalgias y síndromes de disfunción temporomandibular, por ejemplo– pueden encontrarse patrones anormales de respuestas psicofisiológicas.

Las investigaciones tempranas en psicofisiología se basaron en los modelos generales de activación propuestos por *Selye* (1957). La propuesta básica de estos modelos es que los trastornos psicofisiológicos se desarrollan y mantienen como consecuencia de una hiperactividad fisiológica asociada con altos niveles de activación simpática que pueden conducir al desarrollo, exacerbación y mantenimiento de los síntomas dolorosos. Este patrón anómalo de respuesta puede volverse persistente si el individuo está sometido a episodios de estrés frecuentes.

En la década de los 70 se desarrollaron las técnicas de biorretroalimentación (*biofeedback*) que hasta finales de los 80 fueron consideradas por muchos científicos como la solución definitiva de problemas de dolor crónico como la cefalea o el dolor de espalda.

Las técnicas de biorretroalimentación se basan en la posibilidad tecnológica de convertir respuestas fisiológicas del organismo que normalmente no son percibidas –como la respuesta psicogalvánica, el flujo sanguíneo arterial, etc.– en señales sonoras o luminosas, para que el sujeto pueda conocer el nivel de respuesta fisiológica y aprender a controlarlo a voluntad. Se han creado una gran cantidad de equipos, con este objetivo; los más modernos incorporan las técnicas de computación para un mejor registro y procesamiento de la información.

Si bien estas técnicas son útiles, buena parte del entusiasmo inicial que despertaron ha ido disminuyendo, pues muchos de los resultados que permiten obtener, también pueden ser logrados mediante procederes más sencillos y económicos como las técnicas de relajación y de modificación de la conducta.

Otros aspectos, insuficientemente investigados, pero no menos importantes, se derivan de las creencias y actitudes de los profesionales que tienen que ver con el dolor. Las reacciones emocionales del médico ante el fracaso que representa la cronicidad del dolor, la convicción tan extendida entre los profesionales de la salud, de que existen dolores "orgánicos" (reales) y "psicógenos" –entendidos como simulados o histéricos–, las llamadas yatrogenias mudas –por insuficiente información médica– y los aspectos derivados de la comunicación médico-paciente, constituyen, entre otras, variables importantes que se deben tener en cuenta en la evaluación y manejo del dolor crónico.

Queda claro, entonces, que el papel del psicólogo en el equipo multidisciplinario no es el de tratar a los pacientes con dolor "psicógeno" o a los casos de difícil atención, sino el de desplegar los recursos psicológicos para optimizar la rehabilitación del enfermo y ello involucra desde la ejecución de acciones para mejorar la dinámica en el equipo multidisciplinario hasta la aplicación de técnicas psicológicas para el alivio del dolor.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PSICOLÓGICOS EN LA ATENCIÓN AL DOLOR

La atención secundaria ha sido el marco donde tradicionalmente se ha llevado a cabo el estudio y tratamiento del dolor crónico, sobre todo en los hospitales generales, clínico-quirúrgicos en las últimas décadas, en las clínicas del dolor, en su mayoría adscritas a este tipo de instituciones.

En Cuba existe una rica experiencia de trabajo psicológico en los hospitales clínico-quirúrgicos, a través de la vinculación de los psicólogos a las más diversas especialidades médicas. Esta vinculación ha trascendido los marcos netamente asistenciales, pues se ha conjugado con actividades docentes y científicoinvestigativas, lo cual ha enriquecido no solo el cuerpo de conocimiento de las ciencias médicas, sino que ha contribuido al propio desarrollo científico y profesional de la psicología de la salud.

Así, han podido establecerse algunas regularidades acerca de la repercusión psicológica de las enfermedades crónicas, del papel de los factores psicosociales en su génesis y desarrollo y se han adquirido experiencias en procedimientos de intervención destinados a mejorar la adaptación del paciente a la enfermedad.

Precisamente, la intervención psicológica en el dolor crónico puede considerarse en el marco general de la atención psicológica a los enfermos crónicos, ya que el dolor es un síntoma importante de muchas enfermedades.

La llamada *psicología del dolor* tiene un espacio en los servicios de oncología, neurología, reumatología, ortopedia, etc. y constituye una herramienta que no debe ser desdeñada por los psicólogos y los médicos que atienden este tipo de enfermedades.

Ahora bien, la atención psicológica del dolor dentro de una especialidad médica determinada tiene ciertas especificidades que se derivan de los modos de enfocar el problema, diferentes para cada especialidad. Mientras que en ciertas enfermedades reumáticas como la osteoartrosis el alivio del dolor puede constituir el principal problema médico, en los pacientes cancerosos el tratamiento podría estar subordinado a otras necesidades. Ello significa que en una especialidad concreta, el tratamiento psicológico del dolor estará determinado por las particularidades del trabajo en este tipo de servicios, tradicionalmente verticalizados, lo que impone ya ciertas limitaciones al enfoque del dolor desde una perspectiva multidimensional.

No es casual que se haya desarrollado una opción para el estudio y tratamiento del dolor, que se basa en el abordaje multidisciplinario del problema: las clínicas del dolor. Fundadas en los años 50 por el anestesiólogo *John Bonica*, por su concepción, han sido justamente valoradas como un modelo médico de avanzada. Al respecto resultan esclarecedores estos planteamientos de *Penzo* (1989:17) "a la pregunta, ¿cuál es el profesional que puede asumir la responsabilidad del tratamiento? Se ha respondido que estaba mal formulada. El dolor crónico es de la clase de problemas que exige un abordaje interdisciplinario, por lo menos de entrada. De aquí que haya sido pionero en la aplicación de una fórmula muy prometedora y de grandes posibilidades de desarrollo futuro; las clínicas multidisciplinarias para el estudio y tratamiento del dolor, cuyo criterio de organización está basado en un problema global, en neto contraste con aquellos que rigen la clasificación de servicios dentro de la asistencial actual".

Esta concepción multidisciplinaria e integradora se fundamenta teóricamente en los modelos más avanzados para la explicación del dolor, como la *teoría de la compuerta* de *Melzack* y *Wall* (1965); por ende, se reconoce la importancia de incluir los factores psicológicos en el estudio y tratamiento del dolor, aunque este reconocimiento en el ámbito teórico no se traduzca en la práctica con la misma profundidad y consecuencia en todas las instituciones.

Las clínicas del dolor han sido desarrolladas casi de manera exclusiva en el área de la atención secundaria (hospitalaria). Sus objetivos son el diagnóstico y tratamiento del dolor. Este trabajo se hace generalmente en los marcos de programas amplios que incluyen la evaluación del *status* social y psicológico del paciente. El tratamiento frecuentemente involucra el entrenamiento del paciente en técnicas de relajación y autocontrol del dolor, así como procedimientos de tratamiento farmacológico, quirúrgico y de estimulación nerviosa transcutánea. En varios países, algunas de estas clínicas han introducido con éxito modalidades derivadas de la llamada *medicina alternativa* como la acupuntura, la medicina verde, etc. En sentido general, en este modelo hay una preocupación manifiesta por controlar y reducir el uso de fármacos en el tratamiento del dolor; la deshabituación y la desintoxicación constituyen una de las principales metas del tratamiento, conjuntamente con el alivio del dolor y la reincorporación del paciente a la vida social hasta donde esto sea posible.

En las clínicas del dolor laboran e interactúan diversas especialidades: anestesiología, medicina interna, reumatología, ortopedia, neurología, oncología, psiquiatría y la propia psicología. Aunque en ocasiones se atienden casos de dolor agudo, la mayoría de los pacientes que acuden a ellas suelen llevar meses y años con este padecimiento. Muchas veces a las clínicas del dolor van a parar pacientes "difíciles", en los que el tratamiento médico tradicional ha tenido poco éxito.

Son frecuentes los dolores por lesiones nerviosas como las neuritis y las neuropatías; los padecimientos musculoesqueléticos como el dolor de espalda; las enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide, la osteoartrosis y las fibromialgias; los dolores miofasciales, las artritis de la articulación temporomandibular; los dolores difusos de causas desconocidas y las cefaleas.

En síntesis, puede decirse que el trabajo en una clínica del dolor resulta particularmente complejo por los propósitos de la intervención, por las características de los pacientes, por la diversidad de las afecciones y por la necesidad de organizar la interacción y la comunicación interdisciplinarias. Esto plantea una serie de requisitos al trabajo psicológico que bien pudiera resumirse en las respuestas a las preguntas siguientes: ¿quién lo hace? y ¿cómo lo hace? A la primera de estas preguntas se puede responder que el trabajo psicológico deberá ser ejecutado por todos los miembros del equipo multidisciplinario, aunque, por supuesto, las responsabilidades varían en función de los propósitos y las acciones que se deben ejecutar con cada paciente. Es un error –por suerte, cada vez menos frecuente– pensar que al médico le corresponde los problemas orgánicos y al psicólogo los problemas subjetivos. De hecho, el carácter subjetivo de la experiencia de dolor obliga al médico a trabajar con datos provenientes de la experiencia individual del paciente; mientras que la determinación biológica de esta experiencia subjetiva obliga al psicólogo a tener en cuenta las variables fisiológicas y clínicas.

La organización del trabajo deberá permitir y estimular el desarrollo de la actividad multidisciplinaria. Deberán buscarse variantes de organización que favorezcan la comunicación interdisciplinaria, el conocimiento de los lenguajes propios de cada especialista y la integralidad en el diagnóstico y en el tratamiento.

Para el logro de este objetivo resultan particularmente útiles la discusión de casos, la disponibilidad de locales de trabajo comunes y el intercambio sistemático de diferentes especialistas en ese sitio. La historia clínica es el documento que, por excelencia, estimula y permite la comunicación interdisciplinaria, por lo que vale la pena dedicarle tiempo al análisis de cómo se recogerá y transmitirá la información psicológica en la historia clínica, por ejemplo, a través de modelos de informe psicológico que pueden o no estar especialmente diseñados para el trabajo en la clínica del dolor.

Es factible y pertinente que el psicólogo defina, ejecute y evalúe los objetivos específicos y procedimientos para el tratamiento psicológico de los pacientes. Algunos de estos objetivos y procedimientos serán ejecutados por todos los integrantes del equipo, mientras que otros, por su complejidad, serán de responsabilidad del psicólogo, independientemente de que otros miembros del grupo terapéutico participen en la tarea.

Para la instrumentación de los servicios psicológicos en las clínicas del dolor se pueden utilizar varias modalidades; una de ellas, y quizás la más usada, ha sido la remisión o derivación de casos. En este modelo de trabajo, los especialistas médicos remiten a psicología a aquellos pacientes que, de acuerdo con su criterio, necesiten de atención psicológica.

Esta forma de proceder tiene ventajas y desventajas. Si bien ella constituye el embrión del trabajo multidisciplinario, no representa de manera auténtica este enfoque, pues introduce un sesgo que determina que, en algunos casos, se deben tener en cuenta los factores psicológicos y en otros casos no. El modelo de remisión de casos puede resultar potencialmente favorecedor del desarrollo de la multidisciplinariedad si se garantiza la comunicación entre las diferentes especialidades, lo que propicia una visión más integral del paciente y no se convierte en una forma de deshacerse de pacientes "difíciles", a los que a menudo se etiquetan como "psicógenos".

Por tanto, cuando se adopta la modalidad de remisión de casos se deben establecer cuidadosamente los objetivos y criterios de remisión y, resulta imprescindible garantizar la retroalimentación de la información y el trabajo conjunto con el paciente.

Por otra parte, el modelo de remisión de casos, al determinar un sesgo en las muestras de sujetos valorados por psicología, impide llegar a conclusiones que puedan extenderse a la población de pacientes con dolor crónico. Por estas razones, siempre que sea posible, deberán preferirse otras modalidades de los servicios psicológicos que permitan el acceso a un mayor y más heterogéneo grupo de enfermos.

Una alternativa que resulta prometedora es la que parte del principio de considerar la evaluación de los factores psicológicos como un paso necesario para el diagnóstico de todos los pacientes con dolor crónico. La integración de la evaluación psicológica a las primeras etapas del diagnóstico se corresponde con la visión multicausal del dolor, no solo desde un plano conceptual, sino que representa la materialización de esta concepción teórica.

Esto implica que en la práctica hay que ser consecuente con el supuesto de que en todo dolor crónico hay siempre factores psicológicos que intervienen en su patogenia, manifestación, evolución y desenlace, aunque el peso específico que tienen estos factores es variable de un individuo a otro, e incluso, en un mismo sujeto en diversos períodos.

Se parte también de la consideración de que no siempre los factores psicológicos actúan de manera negativa; por el contrario, en muchos casos ellos determinan un buen ajuste y pronóstico de la enfermedad. Esto significa que, aunque en todo paciente con dolor crónico se deben investigar los factores psicológicos, no necesariamente todos los sujetos requerirán de terapias psicológicas. Por supuesto, el tratamiento no será tampoco uniforme para todos los casos que lo requieran.

La evaluación psicológica integrada al diagnóstico permite obtener criterios para la selección de los objetivos y procedimientos del tratamiento –incluyendo, naturalmente, los no psicológicos.

La aplicación de esta concepción en la práctica no siempre resulta fácil; ello tropieza con escollos derivados de viejos hábitos de trabajo, de carencia de personal calificado, etc. Por estas razones, en las instituciones concretas en las que se organicen los servicios psicológicos para el tratamiento del dolor, tales tareas deberán abordarse con realismo y creatividad.

Podría resultar útil ilustrar esta filosofía de trabajo a través de la organización de los servicios psicológicos en la Clínica del Dolor del Hospital Clinico-quirúrgico Docente de "10 de Octubre" que funcionó entre los años 1989 y 1993. En esta clínica prestaban servicios a tiempo parcial psicólogos que laboraban adscritos a otros departamentos del hospital. Ello determinó que la organización del trabajo haya pretendido optimizar al máximo los recursos humanos y materiales, sin descuidar los aspectos conceptuales a los cuales se ha hecho referencia.

Con el objetivo de agilizar la evaluación psicológica en las tapas iniciales de clasificación diagnóstica se diseñó el GEMAT*, un instrumento que recoge información sobre los aspectos psicológicos más relevantes para el estudio del dolor. Este, conjuntamente con la entrevista inicial complementaria, proporciona información suficiente acerca del papel particular que tienen los factores psicológicos en la evolución y origen del dolor en un paciente dado. En función de esta información, el psicólogo decidía cuáles pacientes requerían de un estudio psicológico más profundo para caracterizar y precisar la naturaleza de sus problemas psicológicos. Una vez concluida la evaluación, se discutía cada caso en una sesión colectiva para la elaboración de conclusiones diagnósticas. Aquí se determinaba el tratamiento que seguiría el paciente.

Finalizado el tratamiento, los pacientes eran reevaluados para obtener criterios de mejoría y de eficacia de los procedimientos terapéuticos. En la figura 14 aparece un organigrama que ilustra las etapas de trabajo antes mencionadas. En el año 1993 la Clínica del Dolor logró tener en plantilla a un psicólogo que actualmente trabaja a tiempo completo en la atención de estos pacientes.

De lo expuesto hasta aquí, pueden formularse algunas características del modelo que integra la evaluación psicológica al diagnóstico causal del dolor. Ellas son las siguientes:

- Integración de la evaluación psicológica a las primeras etapas del diagnóstico.
- La evaluación psicológica tiene dos momentos: primeramente, la identificación de los factores psicológicos que están implicados en la cronicidad del dolor; en segundo lugar, la caracterización de estos factores con vistas a su corrección.

---

* Este instrumento fue elaborado por *Marta Martín, Jorge Grau, Elvira Tabío, María T Hernández y Alexis Lorenzo*. Ha sido presentado en varios eventos internacionales y se han publicado artículos en diferentes revistas. En el perfeccionamiento del mismo han colaborado *Nancy Rial, José C. García, Norma Estrada, María J Pallarés y Aldo Ruiz.*

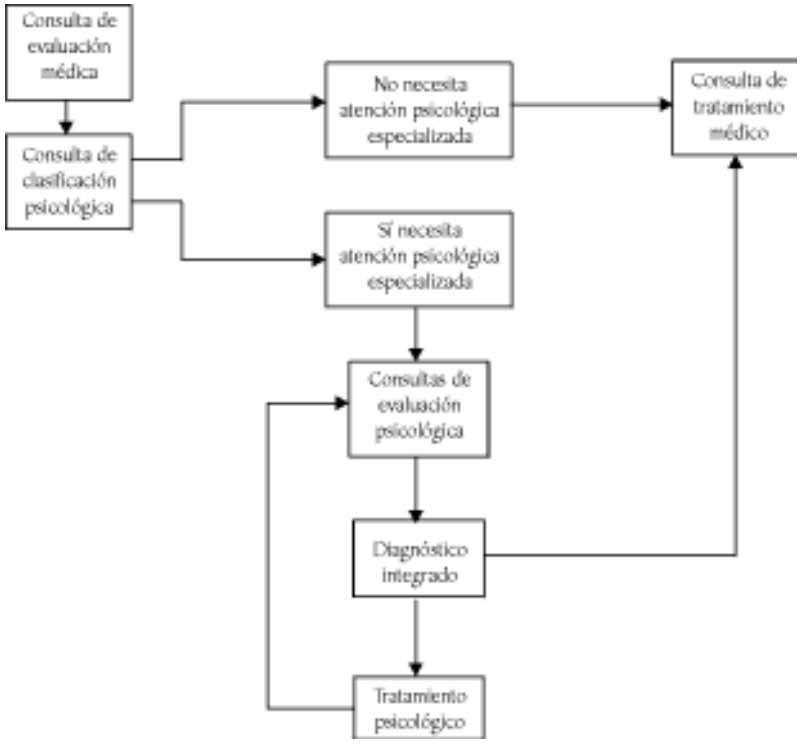


Fig. 14. *Organigrama del proceso de atención psicológica en la Clínica del Dolor del Hospital Clínico-quirúrgico docente de "10 de octubre" entre los años 1989 y 1993.*

- La corrección de estos factores se incluye en el tratamiento del dolor.
- El tratamiento se concibe como un proceso de rehabilitación, al no perseguir exclusivamente la eliminación de los síntomas y pretender la normalización de la vida del paciente.
- Se modifican los criterios de los tratamientos y los métodos para su control de forma continua e incorpora su investigación periódica.

Es posible notar que la organización del trabajo en la Clínica del Dolor del Hospital Clínico-quirúrgico Docente de "10 de Octubre" trató de satisfacer estos requerimientos, a partir de las características, necesidades y posibilidades específicas del quehacer práctico en esta institución concreta. En otras instituciones, la instrumentación de este modelo adoptaría, seguramente, otras particularidades.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL DOLOR EN EL NIVEL PRIMARIO

El estudio del dolor ha tenido poca diseminación en la atención primaria, y no se ha tenido en cuenta que es aquí donde la mayoría de los pacientes con dolor crónico son atendidos. Dado que el dolor crónico produce una gran incapacidad y costo para la sociedad, el tratamiento temprano y más eficiente debería tener lugar en este nivel de salud.

La progresión del dolor agudo a crónico ocurre gran parte de las veces cuando el paciente está recibiendo los servicios de atención primaria, donde pudiera prevenirse. La intervención en la atención primaria, pudiera ser exitosa si se introduce en el contexto de la prevención y la rehabilitación. Intervenciones de este tipo pudieran realizarse en conjunto por el médico de familia y el psicólogo consultante, y, serían ciertos tipos de pacientes los que se remitirían a una clínica multidisciplinaria de dolor con la que ya se tendría interacción prevista.

En el campo de la prevención serán objeto de intervención todos aquellos problemas que puedan potencialmente convertirse en factores de riesgo para la cronicidad del dolor. Justamente, esta sería una de las actividades más importantes que se deberían desarrollar en la atención primaria.

Para el logro de este objetivo es necesario, en primer lugar, la identificación de las poblaciones de riesgo, por ejemplo los pacientes geriátricos, los casos con enfermedades que causan dolor, para los cuales el tratamiento médico actual no es totalmente —efectivo como por ejemplo la sacrolumbalgia— y los pacientes con enfermedades crónicas que tienen el dolor como síntoma importante —las enfermedades reumáticas, el cáncer, etc.

En este nivel se pueden ejecutar estrategias como la educación para la salud, el asesoramiento o consejos a pacientes y

familiares y el diseño de programas que tengan como objetivo aumentar el nivel de actividad física, ampliar los sentidos vitales del paciente y facilitar la rápida reincorporación a sus actividades habituales.

Por otra parte, es en la atención primaria donde puede tratarse con mayor idoneidad los factores familiares que influyen en la patogenia del dolor. En este sentido, las técnicas de terapia familiar y de pareja, las dinámicas familiares, etc. pueden y deben ser ejecutadas por los psicólogos de la atención primaria, que pueden suplir así un déficit tradicionalmente señalado al modelo de atención del dolor a nivel secundario.

Una de las estrategias de intervención más prometedoras lo constituyen los llamados *grupos de autoayuda*. Los grupos de autoayuda surgen a partir de la experiencia de Alcohólicos Anónimos en EE. UU. Son agrupaciones no profesionales que no tienen fines económicos. La interacción entre los profesionales de la salud y los grupos de autoayuda es actualmente investigada. Se recomienda un estilo indirecto y no autoritario por parte del profesional de salud, que debe actuar como un consultante y puede ser recibido como fuente de apoyo.

Los profesionales encargados pueden velar por las transiciones fundamentales del tema y actuar como guía indirecto de los grupos de autoayuda. La finalidad de estos grupos es fortalecer la autoeficacia y la eficacia colectiva a través de conversaciones, interacciones, entrenamientos en la solución de problemas y desarrollo de habilidades comunicativas, y sociales. Aquí se pueden generar consejos pertinentes, vías creativas sobrepuestas por el médico, el psicólogo, la enfermera y las trabajadoras sociales que laboran en la atención primaria directamente vinculadas con la comunidad.

Otros procedimientos psicológicos como la terapia cognitivo –conductual, la relajación, etc.–, cuya eficacia ha sido probada en los últimos años, pueden ser ejecutados en el nivel primario de atención, en íntima vinculación con la orientación terapéutica desarrollada en el nivel secundario. Esto obliga a la creación de nexos entre ambos niveles de atención que superen la etapa declarativa y promuevan la verdadera ejecución coordinada de estos métodos.

La interacción entre el primer y segundo niveles de salud en la atención psicológica del dolor crónico podría hacerse en un inicio con el hospital cabecera al que pertenezca el policlínico o centro de salud, si existiera en el hospital una clínica especializada para el dolor. De no ser así se podrían hacer gestiones pertinentes con el hospital más próximo al área de salud que cuente con estos servicios.

Un problema importante para resolver es la remisión de los pacientes a la clínica de dolor. La respuesta a tres preguntas ayudaría a dilucidar este problema:

¿Quiénes se remiten a la clínica del dolor?
¿En qué momento se remiten?
¿Por qué se remiten?

Intentando una respuesta a estas preguntas, se remitirían aquellos pacientes con las condiciones siguientes:

- Con estilos de afrontamientos marcadamente inadecuados y rígidos, catastrofismo, con la convicción de tener una enfermedad severa y otras creencias y actitudes patológicas.
- Con estados de exacerbación y crisis del cuadro doloroso.
- Con severa prohibición interna de realizar movimientos o con evitación fóbica de movimientos. Por ejemplo, un paciente que no se mueve por nada.
- Con dificultades en la adherencia a los tratamientos.
- Que exhiben ganancias secundarias muy marcadas debido a mejoras económicas, evitación de conflictos, etc.
- Con presencia de psicopatología severa que requiere valoración multidisciplinaria en la atención secundaria por determinados especialistas. Por ejemplo, con depresión grave, con signos de organicidad neuropsíquica, etc.
- Cuando se valore que en el paciente existe una desactivación severa y, además, se pueda apreciar una incapacidad generalizada.
- Con reforzamiento de conducta de dolor por familiares del paciente, síntomas psicopatológicos involucrados.
- Con uso excesivo de medicamentos opiáceos o hipnótico-sedativos, o sea, con una farmacodependencia marcada, o con alcoholismo.

Es importante la participación de los médicos de la atención primaria durante el tratamiento de las clínicas del dolor y el seguimiento a largo plazo. En esta vinculación, los psicólogos pueden y deben actuar como facilitadores de la dinámica inter e intraequipo.

Por otra parte, las relaciones entre los niveles primarios y secundarios en lo relativo al tema deberán rebasar la frontera asistencial y proyectarse a acciones docentes e investigativas.

Los psicólogos de la atención secundaria dedicados en la atención de los problemas de dolor, pueden ofrecer a sus colegas del nivel primario la necesaria actualización en los aspectos más novedosos y prometedores del diagnóstico y tratamiento psicológico del dolor. Asimismo los psicólogos del nivel primario que se caracterizan por una práctica más extensiva pueden proveer a la atención psicológica en el nivel secundario de estrategias de intervención más generales que abarquen el universo de problemas sociopsicológicos involucrados en el dolor.

En resumen, la identificación y caracterización de los factores psicológicos asociados al dolor crónico constituyen una tarea importante de los médicos de familia y los psicólogos que trabajan en la atención primaria, ya que la organización de los servicios de salud en este nivel favorecen el desarrollo de la identificación de factores de riesgo a diferente escala: macrosocial –poblaciones de riesgo–, microsocial –factores sociofamiliares de riesgo– e individual –factores psicológico– personales de riesgo.

Además, la necesidad de utilizar recursos terapéuticos para el dolor crónico en el medio natural del paciente, bajo la concepción de que el tratamiento es un proceso de rehabilitación continuada e integral, convierte a la atención primaria en el contexto idóneo para la ejecución de técnicas grupales y de aconsejamiento, dirigidas no solo al enfermo, sino también a su familia, allegados y compañeros de trabajo o estudio.

Por lo pronto, se hace perentoria la capacitación de los profesionales de ambos niveles en los aspectos psicológicos del dolor, en su evaluación y tratamiento; para el trabajo conjunto interdisciplinario, y para generar vías de comunicación eficientes y la delimitación de los propósitos y métodos de intervención en ambos niveles, dirigidos más a la complementación que a la superposición de tareas. Por supuesto, no hay ni podría haber recetas para ello. Es un camino que habrá que transitar y un reto para el futuro.

40. Estrés. Respuesta integral del organismo

Miguel Ángel Álvarez y Esther Alonso Prieto

PREMISA

La llamada respuesta de estrés es esencialmente adaptativa y funcional. Garantiza la vida en un entorno cambiante. Solo si se produce fuera del contexto deseado, si rebasa los límites de intensidad permisibles, o si se prolonga en demasía, el estrés favorece la aparición de estados disfuncionales o enfermedades.

El tratamiento dualista del estrés, que distancia aspectos psicológicos y fisiológicos de la más generalizada práctica clínica, mantiene una barrera entre los aspectos endocrinos y psicológicos, o en el mejor de los casos, la existencia de una conexión superficial e inoperante. Esto no se sostiene actualmente, dado el estado de los conocimientos científicos y las posibilidades que ofrecen los sistemas de salud.

Este dualismo tuvo su máxima expresión en la práctica médica del siglo XIX, en la que primaba el modelo del simple factor causal. Ejemplo clásico de ello es la teoría del "germen" de *Pasteur y Koch*, que proponía el principio de que bastaba que entraran en contacto el germen o causa de la enfermedad y el hospedero, para que esta se desarrollara. Se partía de la pregunta: ¿cuál es la causa del trastorno?, y así la búsqueda ya estaba condicionada en el esquema simple causa-efecto. El genio de *Pasteur* le permitió, poco antes de morir, hacer su afirmación de que "el microbio no es nada, el terreno lo es todo", con lo que le dio la importancia requerida a las condiciones sistémicas que definirían el estado de salud de un organismo.

En la medida en que se reconozca que el estado del organismo está físicamente influido por su existencia psicosocial, se planteará de manera definitoria una concepción integral y monista de la salud.

Es un logro de la medicina actual el reconocimiento de que todas las especialidades médicas requieren del tratamiento adecuado de los factores psicológicos implicados en la aparición, evolución y pronóstico de las enfermedades y trastornos. Los sistemas nervioso y endocrino conforman una unidad funcional que cumple la difícil tarea de coordinar e integrar al nivel más alto, las actividades de regulación del organismo. Son precisamente estas autorregulaciones las que constituyen la base de los procesos de adaptación activa del organismo. Este es el principio conceptual que rige las aplicaciones de las ramas de las ciencias de la vida, derivadas de estos dos grandes sistemas integradores: la psiconeuroendocrinología como área interdisciplinaria de interés, tanto para las ciencias sociales como para las biomédicas.

Un modelo de interacción sistémica como el psiconeuroendocrino debe interpretarse como un concepto más general, que las disciplinas particulares que lo componen. La interacción sistémica es una premisa para la aplicación de la psiconeuroendocrinología clínica. El funcionamiento psiconeuroendocrino debe entenderse como un sistema abierto (*Bertalanffy, L,* 1986) o sea, una concepción sistémica que se basa en el estudio de los organismos como un todo organizado.

Un sistema es un conjunto de elementos que se relacionan entre sí y con el medio. El principio de la Teoría de los Sistemas Abiertos parte de que todo organismo viviente es un sistema, que se caracteriza por importar y exportar sustancias sin descanso. En este intercambio el organismo rompe y reconstruye sus elementos, pero se mantiene estable.

En los seres humanos la ruptura del equilibrio se produce básicamente por vías simbólicas. Cuando se vive en un mundo de signos y símbolos, se es especialmente vulnerable, ya que las agresiones que se reciben trascienden la frustración de las necesidades biológicas básicas, y se provocan por representaciones abstractas. Por ello, el intercambio de información simbólica con el medio es uno de los agentes de cambio más frecuentes.

Estos agentes de cambio funcionan como generadores de reacciones de estrés, como se verá más adelante.

ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Una barrera que impedía, específicamente, la investigación conjunta entre psicólogos y médicos consistía en la incompatibilidad de mediciones y cálculos entre los datos psicológicos y fisiológicos. Las evaluaciones psicológicas de tipo clínico son fundamentalmente de tipo cualitativo, y las mediciones fisiológicas se dan en escalas de intervalo o proporción. Esta dificultad práctica de los análisis estadísticos ha sido superada de forma fácil con el desarrollo de las estadísticas no paramétricas y con los métodos de análisis multivariado. Todo esto es hoy viable por las facilidades que ofrecen los métodos de computación. Además, el desarrollo

de procedimientos de evaluación psicológica más confiables permite que se pueda trabajar con mediciones psicológicas más " "duras" y, por consiguiente, más creíbles para el médico y los científicos de las ciencias naturales.

La génesis de la psiconeuroendocrinología, que es la conjunción de disciplinas que estudian el estrés, está dada en la fusión de diferentes áreas de investigación de las ciencias de la vida que, al desarrollarse, invaden campos colaterales. Ello ocurre debido a la necesidad de obtener información de otras disciplinas, para poder explicar satisfactoriamente fenómenos complejos. Esta "intrusión" científica no solo es posible, sino deseable, si se respetan las tácticas específicas de cada disciplina y la estrategia general de la investigación científica. Las áreas en las que se han manifestado de forma más clara estas intersecciones son: la psiquiatría endocrinológica, la investigación del estrés, el desarrollo de la neuroendocrinología, los estudios sobre el efecto de las hormonas en la conducta de la llamada medicina psicosomática y los avances en la psicología de la salud.

Un conocimiento básico de estos componentes permite que la información sea comprendida en su contexto. Algunas de estas fuentes, como la psiquiatría endocrinológica, y la medicina psicosomática, tienen un carácter histórico; mientras que la avalancha de investigaciones que se han producido como consecuencia de los estudios sobre el estrés, obliga a hacer una explicación más detallada.

PSIQUIATRÍA ENDOCRINOLÓGICA Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA

La psiquiatría, como rama de la medicina, a diferencia de la psicología, incursiona en los fenómenos de la asociación entre los trastornos mentales y endocrinos, desde un enfoque clínico. En lugar de los estudios con animales y de laboratorio, analizaba la vivencia clínica de pacientes, en los que se solapaban las alteraciones de los sistemas nervioso y endocrino.

Manfred Bleuler puede considerarse como un antecesor importante en el desarrollo de esta rama científica, por su intento fructífero de fusionar orgánicamente la endocrinología con la salud mental (*Bleuler,* 1954).

La llamada medicina psicosomática, de orientación neopsicoanalista, intenta desde sus posiciones teóricas identificar las relaciones entre determinadas constelaciones psicológicas y ciertas enfermedades, algunas de ellas endocrinas, como es el caso del hipertiroidismo (*Dumbar,* 1938; *Alexander,* 1943). El efecto sobre el desarrollo ulterior de la psiconeuroendocrinología fue contradictorio. Destacó de manera positiva la influencia del psiquismo en determinadas enfermedades no psiquiátricas, y ese hecho amplió conceptualmente el espectro médico. Pero, a su vez, identificó ciertas enfermedades como **psicosomáticas**, lo que estableció una división con las otras enfermedades que seguían siendo vistas como orgánicas. De esta manera, se continuaba la tradición dualista mente-cuerpo, que no beneficiaba el desarrollo futuro de la concepción unitaria del enfermo.

AVANCES EN LA NEUROENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL

Simultáneamente a la psiquiatría endocrinológica y a la medicina psicosomática, los avances en la neuroendocrinología experimental fueron esclareciendo las relaciones entre el cerebro y el sistema endocrino, mediante la investigación de las relaciones entre la hipófisis con el hipotálamo.

Aunque ya desde el siglo XIX, el célebre científico español *Santiago Ramón y Cajal* había descubierto la conexión de la hipófisis posterior (neurohipófisis) con el hipotálamo, la hipófisis anterior o adenohipófisis se consideraba como independiente del cerebro. *Harvey Cushing* la llamó **cerebro endocrino**, en alusión a su función de controlar autónomamente el funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

Luego, *Popa y Fielding* descubrieron los vasos portales hipotalámicos que terminaban hacia arriba en capilares en el *tuber cinereum*, y hacia abajo en la hipófisis. Ellos sugirieron que el flujo de los vasos era de la hipófisis al hipotálamo. *Wilocki* confirmó los resultados anatómicos, pero encontró que la sangre circulaba con flujo inverso. Finalmente, *Green y Harris*, en 1947, demostraron la certeza de los trabajos de *Wilocki*. En 1955, *Guillemin y Rosemberg* identificaron el corticotropin releasing factor (CRF), cuya existencia en los vasos portales hipofisiarios fue demostrada después por *Porter y Jones* (*Amaro*, 1975).

Como colofón, un descubrimiento realizado conjuntamente por *Guillemin* y *Schally* –ambos habían trabajado en el laboratorio de *Selye,* en Montreal– tuvo una importancia extraordinaria para el esclarecimiento del substrato fisiológico, que permitiría afirmar la unidad funcional de los dos sistemas en cuestión. Lograron aislar y caracterizar hormonas hipotalámicas estimuladoras de la adenohipófisis. Después de procesar más de 100 000 hipotálamos de cerdo, aislaron en 2,8 mg de hormona liberadora de tirotropina (TRH). Estos trabajos los hicieron merecedores del premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1977 (*Schally*, 1977).

Quedaba establecida, por primera vez, una vía mediante la cual los estímulos psicosociales influyen la respuesta endocrina del organismo: la corteza cerebral procesa la información del medio externo, envía esta a los circuitos del hipotálamo y el sistema límbico, y ellos, a su vez, estimulan los sistemas endocrino y autónomo. De ahí, la información se traduce a los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, inmune y otros, que provocan las respuestas adaptativas o fisiopatológicas según las circunstancias.

AVANCES EN LA PSICOLOGÍA Y LAS CIENCIAS SOCIALES

La irrupción de la psicología de la salud en el campo de las ciencias de la vida marcó otro hito fundamental en la contribución de las ciencias sociales, al surgimiento de la psiconeuroendocrinología.

Como antecedente de la psicología de la salud, la psicología clínica, previamente, se había ganado un espacio propio en las ciencias de la salud, al diferenciarse de la psiquiatría, y establecerse como profesión independiente que se ocupaba de la evaluación y algunas formas de tratamiento de pacientes con trastornos mentales. Pero esta resultó insuficiente para abordar el desafío que le planteaban las ciencias médicas, de integrarse al trabajo interdisciplinario en las enfermedades no transmisibles.

Se debe hacer la distinción (*Pérez Lovelle,* 1989) entre la psicología de la salud, la psicología médica y la psicología clínica. La psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que trata de todos los problemas relacionados con la salud humana, en los cuales la psiquis desempeña algún papel en su determinación, y no se restringe a la salud mental. La psicología de la salud se ocupa de:

- La preservación y mantenimiento de la salud.
- La prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- La identificación de relaciones causales y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones relacionadas con ella.
- El análisis y mejoramiento de los sistemas de atención y políticas de salud.

Muchos científicos de la psicología y las ciencias sociales han contribuido al desarrollo de la psicología de la salud, y, en especial, a su entronque con la psiconeuroendocrinología. Toda enumeración es injusta, ya que inevitablemente ignora y discrimina personalidades y hechos importantes; pero se hace necesario mencionar hallazgos y trabajos claves, asociados a las figuras que establecieron las bases para el desarrollo de la psiconeuroendocrinología clínica. Estos son, por mencionar solo algunos: la descripción y valoración de los estilos de enfrentamiento al estrés (*Lazarus,* 1966); el reconocimiento de la importancia de los sistemas de apoyo social en la salud (*Cassell,* 1976; *Dean,* 1978); las investigaciones en psicoendocrinología (*Mason,* 1975a, 1975b, *Frankenhaeuser,* 1986); los estudios sobre cambios de vida y enfermedad (*Holmes, Rahe,* 1967); los patrones de conducta de riesgo a enfermedades (*Jenkins,* 1986); y los trabajos sobre la diferenciación sexual del cerebro (*Money, Ehrhardt,* 1972).

Entre otros elementos de influencia indirecta está la epidemiología de las enfermedades crónicas, que cada vez es más isomorfa con las ciencias sociales (*Terris,* 1980). Este nivel de "macroanálisis" de factores sociales y ambientales sobre la salud complementa el estilo experimental, y ofrece una visión más amplia de los problemas que se van a abordar. Esta rama interdisciplinaria debe servir de base teórica, para el desarrollo de las investigaciones del efecto sobre la salud de la calidad de las interacciones sociales en las que una persona desenvuelve su vida (*Berkman,* 1981). Esta relación puede manifestarse mediante las acciones de cuidado y protección que los demás ejercen sobre la persona, y también mediante el efecto amortiguador de las relaciones sociales en la acción de la respuesta de estrés en procesos endocrinos e inmunes.

REACCIÓN DE ESTRÉS

Aunque a finales de este siglo se busquen respuestas a problemas muy complejos de los sistemas vivos —el mapa del genoma humano, por citar solo un ejemplo— todavía sigue sin respuesta una pregunta que floreció en el pensamiento científico de finales del siglo XIX: ¿cómo los seres vivos se adaptan y sobreviven en las condiciones cambiantes del ambiente? Uno de los intentos más abarcadores de solución a este problema ha sido el estudio de las llamadas *situaciones, estados* o *reacciones de estrés*, que en muchas ocasiones han sido eufemismos para calificar nuestra ignorancia. La abundante información experimental y clínica en este campo no se ha integrado de forma superior para aumentar el conocimiento real de los procesos subyacentes. En otras palabras, la explicación científica de ese hecho conocido empíricamente desde la antigüedad, la influencia de las emociones sobre el cuerpo, está aún sin resolver.

La formulación del problema de la interrelación entre los factores psicológicos y la salud es un caso particular del problema de la unidad entre el psiquismo y el cuerpo. Este concepto unitario de la salud, que fue parte del acervo cultural de la antigüedad, se perdió posteriormente en la cultura occidental, y tuvo su negación más formal con el dualismo cartesiano. A su vez, esta influencia dualista explícita o enmascarada ha sido posiblemente el mayor freno para el desarrollo de las aplicaciones de la psicología a la salud integral.

Un innegable avance hacia la concepción unitaria de la salud se produjo cuando la psicología asimiló a su perfil e integró una conjunción de conceptos y datos, desarrollados y obtenidos respectivamente, a partir de las teorías del estrés y de los avances de la neuroendocrinología experimental.

Sin embargo, la historia de las ciencias tiene ante sí la tarea de explicar cómo los conceptos psicológicos que eran esenciales en estas materias fueron tratados en un inicio por fisiólogos, biólogos y médicos, y cómo influyeron, para bien o para mal, en el desarrollo posterior de la psicología.

Este acercamiento entre la psicología y la biología se produjo al identificarse gradualmente el cerebro como centro coordinador e integrador de diversas funciones, hasta entonces no relacionadas.

Este análisis "amateur" psicológico tuvo efectos contradictorios: tendía a "psicologizar la biología", y así ensanchar el pensamiento médico biologicista; pero al hacerlo desde una posición no especializada, lo simplificó en extremo. Fue precisamente con el estudio del complejo fenómeno llamado estrés, que comenzaron a tenderse los puentes entre la biología y la psicología.

Desde el siglo XIX, el concepto de estrés, tan preciso en la física, comenzaría a ser usado en fisiología, psicología y medicina, no siempre con uniformidad y en ocasiones solo con un sentido metafórico.

La primera noción implícita del concepto de estrés en biología puede rastrearse en el siglo XIX, en los trabajos del químico alemán *Liebig*, que dedicó su obra científica a un problema muy de moda en esa época, y que contribuyó notablemente al desarrollo de la fisiología científica: el origen del calor animal. *Liebig* escribió: "...esa condición del cuerpo que se llama salud entraña la concepción del equilibrio entre todas las causas de gasto y suministro; y, así, la vida animal se reconoce como la acción mutual de ambos; y se manifiesta como la destrucción y restauración alternativas de dicho estado de equilibrio..." *Liebig* trataba de extender las ideas de la física a la fisiología, y esto lo llevó a una concepción vitalista (*Goodfield*, 1987).

Claude Bernard posteriormente estableció el equilibrio entre el experimento y la formulación de hipótesis en fisiología. En vez de considerar el organismo como una agrupación de órganos aislados, que funciona por medio de una fuerza interna especial, planteó la hipótesis del medio interno, en el cual los órganos se desarrollan y se mantienen unidos. Conforme el organismo se hace más complejo, este medio se aísla cada vez más del mundo exterior. Es decir, los mecanismos de este medio interno actúan como amortiguadores (*Goodfield,* 1987). Si la magnitud de la respuesta adaptativa no era suficiente como para compensar el efecto del estímulo nocivo, o si la respuesta adaptativa causaba más daño que el propio estímulo, entonces aparecía la enfermedad. De esta manera, el carácter adaptativo de este principio biológico era manifiesto (*Goodfield*, 1988).

Años más tarde, ya en pleno siglo XX, otro destacado fisiólogo, *Walter Cannon*, definía el estrés no como la respuesta, sino como el estímulo; y desarrolló la teoría de la reacción de emergencia, en la que destacaba la función adaptativa de la ira y el miedo, que se expresaba en la liberación de una hormona: la adrenalina (*Mason,* 1968).

Su razonamiento lógico había sido el siguiente: a) la médula adrenal está unida al sistema nervioso simpático; b) muchos cambios fisiológicos que acompañan la excitación emocional –dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, piloerección, inhibición de las funciones gastrointestinales, etc.– son signos de actividad simpática aumentada, por lo tanto, las glándulas adrenales estaban subordinadas al control simpático al igual que las vísceras.

En 1911, en colaboración con *De la Paz*, *Cannon* diseñó un experimento para demostrar la posibilidad de que la médula adrenal fuese activada por estímulos psicológicos habituales en la vida de los animales. Así describieron, que cuando un gato que no podía escapar, era amenazado por un perro que ladraba, se podían encontrar cantidades detectables de adrenalina evaluadas por un bioensayo en sangre de la vena cava inferior, obtenida mediante un catéter. Esta sustancia no se detectaba en condiciones basales. Posteriormente demostraron que aparecía una glucosuria en los gatos, alrededor de una hora después de sometidos a amenazas similares, pero que si se adrenalectomizaban, esta respuesta no aparecía (*Mason*, 1968).

En 1914, propuso el concepto de *función de emergencia*, y afirmaba que muchas consecuencias fisiológicas o metabólicas de la liberación de adrenalina tenían el propósito de hacer el organismo más eficiente en la lucha, en la que el miedo, la ira o el dolor pueden comprometerlo.

El admirable título de un libro suyo, *La sabiduría del cuerpo*, ilustra su concepción claramente teleológica del problema (*Cannon*, 1932).

Aproximadamente en 1926 *Hans Selye*, entonces estudiante de medicina, se preguntaba por qué pacientes que sufrían enfermedades y trastornos diferentes, tenían muchos signos y síntomas comunes. Notaba que en pacientes con formas avanzadas de cáncer, con pérdidas abundantes de sangre o con infecciones importantes, se observaban pérdidas de peso y apetito, además de estados de apatía.

Varios años después comenzó a experimentar con ratas, y comprobó que al inyectárseles preparaciones impuras y tóxicas, extraídas de diferentes tejidos, independientemente de su contenido hormonal, se producía un síndrome que se caracterizaba por involución timolinfática, eosinopenia y úlceras gástricas. Pero lo realmente sorprendente de sus resultados era, que esas mismas manifestaciones se producían también ante diferentes estímulos, ya fuera exposición al frío, infección, trauma, inmovilización, choque eléctrico y otros. Estos resultados se publicaron en la revista inglesa *Nature* con el título "Un síndrome producido por varios agentes nocivos" (*Selye,* 1936). Este artículo sería de incalculables consecuencias para las investigaciones en fisiología, psicología y medicina, y fue la base sobre la cual se desarrolló el concepto del, posteriormente, llamado *síndrome general de adaptación o síndrome de estrés biológico*.

El síndrome descrito por *Selye* era solo la fase inicial de un proceso más complejo; si el estímulo agresivo continuaba, plantea *Selye* al describir el síndrome de adaptación general (*Selye,* 1976), el organismo necesita, para sobrevivir pasar a

un estado de resistencia, que es la segunda fase del síndrome, con manifestaciones completamente diferentes y en algunos casos opuestas a las de reacción inicial, como por ejemplo, el aumento de los gránulos secretores en la corteza adrenal y la desaparición de la hemoconcentración. De forma curiosa, si la exposición al agente "estresante" continúa aún más, el organismo pasa a un estado de agotamiento progresivo. Así, la descarga de adrenalina de emergencia descrita por *Cannon* en la fase de lucha o huida representaba solo un aspecto de la adaptación a una condición extrema.

La definición dada por *Selye* al concepto de estrés plantea que: "el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda hecha sobre él. Es un patrón estereotipado, filogenéticamente arcaico, que prepara el organismo para la lucha o la huida. Estas respuestas de edad de piedra, son provocadas por muchas situaciones de la vida moderna, cuando la actividad física es imposible o socialmente inaceptable" (*Selye,* 1976).

Como por definición *Selye* plantea que el estrés es una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, es obvio que desde su punto de vista no tiene sentido hablar de diferentes tipos de estrés. En resumen, el carácter estereotipado e inespecífico del estrés era la clave de la concepción de *Selye,* y revelaba la "tasa de uso y desgaste del organismo".

La importancia del trabajo de *Selye* para el estudio del estrés deja su impronta en toda una época, aunque su teoría, controvertida en la actualidad en algunos aspectos esenciales, está básicamente interpretada a partir del estrés biológico. Tal vez uno de los mayores méritos de la teoría de *Selye* fue la enorme cantidad de críticas que generó, y lo controvertido de sus generalizaciones. Esto estimuló la investigación para confirmar o negar muchas de sus implicaciones.

El modelo de *Selye* fue modificado por *Levi*, que propuso que los niveles de estrés pueden ser alterados por la intensidad o por la cualidad del estímulo estresante. En relación con la intensidad de la estimulación se puede afirmar, que niveles extremos de estimulación, ya sea por exceso o por defecto, aumentan el nivel de estrés del organismo (*Levi,* 1972).

De esta forma se explica cómo la intensidad de la estimulación es una variable continua, que a niveles de infraestimulación o supraestimulación produce reacciones inadecuadas, y tiene un rango óptimo en la respuesta de estrés.

El otro aspecto consecuente con esta posición es el relacionado con la cualidad del estímulo estresante; este punto casi ignorado, tanto el pasado como en la actualidad y no siempre tomado en consideración, plantea que si la estimulación es excesivamente placentera o displacentera, se puede producir un aumento de los niveles de estrés del organismo. Es un error común considerar que las reacciones de estrés solo son introducidas si la experiencia es desagradable, cuando en realidad existe también un rango óptimo de valoración de la experiencia para alcanzar un nivel bajo de estrés. Los modelos de *Selye* y *Cannon* parten del supuesto de que el organismo se encuentra en una situación de relativa pasividad de acción ante la secuencia de estímulos estresantes, y no enfatizaron el carácter activo de las respuestas adaptativas que tratan, a su vez, de influir en el ambiente estresante.

Las razones de las insuficiencias psicológicas en estas teorías son fáciles de comprender, porque un campo tan complejo como el del estrés casi imposibilitaba que un especialista fuese capaz de dominar todas las especialidades y disciplinas que concurren en él. Ni *Cannon* ni *Selye* eran psicólogos. A su favor hay que decir que ambos trascendieron sus propias formaciones biologicistas, e intentaron elaborar a partir de datos experimentales, modelos teóricos explicativos en los cuales los factores psicológicos se consideraban de acuerdo con apreciaciones personales que carecían del rigor científico, que la psicología ya tenía en esos períodos.

Respecto a la importancia, no vista por *Selye*, de los factores psicológicos como los principales disparadores de la reacción de estrés, se ha planteado (*Mason*, 1975a, 1975b) que el primer mediador en muchos de los experimentos de *Selye* puede haber sido simplemente el aparato psicológico relacionado con la excitación cortical. Es decir, según *Mason*, en debate notorio con *Selye*, la respuesta sistémica de estrés descubierta por *Selye* era básicamente provocada por los estímulos psicológicos. La facción de seguidores ortodoxos de *Selye*, por su parte, tuvo que contentarse con demostrar que algunos estímulos estresantes no tenían componentes psicológicos.

Pero todo este debate se refiere a las situaciones en las que el organismo está recibiendo el estrés de forma pasiva. Sin embargo, ya se habían expuesto concepciones interaccionistas del estrés, y ejemplo de ello es la de *Wolf* (1953) que concebía el estrés como "la interacción entre el medio externo y el organismo, con las consecuencias pasadas del organismo como factor mayor". Por su parte, el modelo bidimensional de *Karasek, Rusell* y *Theorell*, trata de "operacionalizar" de forma explícita las variables que determinan la relación entre el ambiente y el organismo.

Esta aproximación al problema toma en consideración los moderadores ambientales del estrés, que son independientes de la naturaleza del propio estrés. Las reacciones hormonales y metabólicas que ocurren en el organismo al enfrentar el estrés son diferentes, si se puede disponer de estrategias para ejercer diversos grados de control sobre el estímulo que provoca la reacción de estrés. Esto es lo descrito en el llamado *enfoque bidimensional del estrés* (*Karasek, Russell, Theorell,* 1982), que lo analiza en función de dos dimensiones diferentes: *estrés* y *control.*

Se entiende por control, la posibilidad de que el sujeto manipule las características medioambientales que interactúan con los estímulos estresantes y que de esta forma modula su efecto,

lo que le da al individuo una cierta sensación de dominio del ambiente y no lo hace sentirse indefenso. Cada dimensión –estrés y control– puede tener valores altos o bajos. Si el nivel de estrés es bajo, pueden ocurrir dos situaciones en función del grado de control: relajantes o pasivas. Si el nivel de estrés es elevado, entonces este modelo ofrece dos variantes en dependencia del grado de control: si este es alto, ocurren las situaciones activas de consecuencias fisiológicas favorables, y si, por el contrario, es bajo, se producen las situaciones de *distress* con la consecuente reacción fisiológica negativa.

El aspecto útil de este modelo radica en que los estresores medioambientales se asocian con las afecciones, no solo por la intensidad, sino también por su relación con las circunstancias contingentes que determinarán, en última instancia, la extenuación o el aumento de la capacidad de regeneración, por medio de procesos anabólicos. Este aspecto, según los autores del modelo, significa el desarrollo de la adaptabilidad del organismo ante desafíos del ambiente.

¿Conservan su vigencia los modelos de estrés? Tal vez sería más útil pensar que su importancia depende de la relación entre teoría y verificación de hipótesis. Estos modelos han sido útiles en la medida en que han servido de generadores de ideas, conjeturas e hipótesis contrastables, que posteriormente han permitido reformular las propias teorías que las han generado.

En realidad, parece que hasta el presente todas las teorías o ampliaciones han partido de marcos referenciales parecidos en lo esencial, y aunque parezca arriesgado afirmarlo, no se avizora un período de surgimiento de grandes teorías nuevas, sino de comprobación de hipótesis a partir de las concepciones teóricas de la psiconeuroendocrinología y de la psicología de la salud. ¿Es útil trabajar en una clasificación del estrés con vistas a su aplicación en la investigación?

En 1982, un comité de expertos de la OMS se reunió para tratar de definir o clasificar el estrés. Un resumen de sus conclusiones se ofrece a continuación:

Los agentes productores de estrés constituyen estímulos que afectan la homeostasis del organismo; y pueden ser clasificados de acuerdo con su origen en físicos, biológicos y psicosociales.

En general el impacto del estrés psicosocial está determinado por los aspectos siguientes:

- El grado en que sea percibido por una persona como amenaza o reto.
- La vulnerabilidad de la persona y su capacidad para adaptarse y enfrentarse al estímulo estresante.

La relación del estrés con la vulnerabilidad es lo que determina los efectos sobre la salud. Esta vulnerabilidad es un proceso dinámico y refleja el resultado de exposiciones previas al estrés y los cambios en la capacidad de adaptación. Los determinantes del impacto del estrés están relacionados con diversos elementos de la vida humana, como son los valores culturales, las condiciones de trabajo, los patrones familiares, el nivel educacional y, en general, la posición del individuo en la organización social en la que vive. Esta posición y estructura social puede servir de amortiguador o facilitador de la respuesta de estrés. La respuesta de estrés depende de las variables siguientes:

- El historial condicionante del individuo.
- Las características innatas que pueden predisponer a reacciones patológicas (psicobiológicas) u otras alteraciones funcionales.
- Los sistemas de respaldo social –vida familiar, organización laboral, etc.– y el sistema general de relaciones interpersonales pueden actuar como mecanismos protectores contra la respuesta nociva de estrés.

Para comprender cómo las diferencias psicológicas individuales influyen en la respuesta final de estrés, es útil introducir el concepto de estilo de enfrentamiento, aportado por *Richard Lazarus* (1980), que trabajó en los aspectos relacionados con la percepción del estrés por el individuo. El enfoque de este estudio se basa en el principio de que el estrés es una transacción del individuo con el ambiente, y que los efectos de los estímulos psicosociales sobre el organismo están determinados por la valoración que el individuo hace del estímulo; de esta forma, las actividades cognitivas –percepciones evaluativas, pensamientos e inferencias– son usadas por las personas para guiar e interpretar cada intercambio adaptativo con el ambiente. Se dice, entonces, que cada persona valora cada transacción con el ambiente respecto al significado atribuido para su bienestar. Esta valoración incluye juicios –conscientes o no– sobre las demandas ambientales, así como los recursos y opciones para controlarlas.

A nivel humano los procesos de valoración cognitiva del estrés son complejos y simbólicos, y les permiten a las personas reconocer tres categorías de intercambio con el ambiente: pérdida o daño, amenaza y reto; todas ellas producen reacciones diferentes. Además, las valoraciones cognitivas permiten discriminar toda la gama de matices sutiles que dan a la vida humana las variadas y complejas cualidades emocionales.

Un brevísimo resumen de los principales factores psicológicos que modulan la respuesta de estrés sería la percepción de falta de control sobre los estímulos, y estrechamente relacionado con ello, la incapacidad de predecir (*Sapolsky,* 1992).

Para los propósitos de este libro, podemos usar una definición de estrés que lo describa, como un proceso continuo de adaptación activa al ambiente inicialmente originado por mecanismos psiconeuroendocrinos. Por ello la corteza cerebral desempeña la función integradora al más alto nivel (*Álvarez,* 1989 y 1998).

El punto nodal en el que las ciencias psicológicas se entrecruzan con la investigación del estrés está en los patrones diferenciales de respuesta al estrés. Si la respuesta fuese totalmente inespecífica, como formulaba *Selye*, la particularidad del estímulo o proceso psicológico sería irrelevante. Los experimentos de *Levi* sobre la respuesta indiferenciada de adrenalina ante los estímulos placenteros o displacenteros serían una ilustración convincente.

Sin embargo, cabe preguntarse si estas respuestas hormonales son siempre tan estereotipadas, ya que el punto más crítico de la teoría de *Selye* es precisamente la inespecificidad de respuesta. Es probable que algunos grupos de respuestas fisiológicas se producen de manera estereotipada, ante estímulos diferentes, pero otros tipos de respuestas más diferenciadas se asocian en su origen más estrechamente con centros cerebrales superiores, y, por ello, son más específicas ante estímulos psicológicos particulares. Una noción vinculada al concepto de inespecificidad es la de índice. Esta se basa en el principio de que una respuesta fisiológica puede ser utilizada como índice general de todas las respuestas, en la medida en que el organismo reacciona hipotéticamente de forma inespecífica. Este supuesto es atractivo porque es simple y conveniente tener un índice sencillo para medir un sistema complejo; además, da la ilusión de economía utilizar una sola medida para conocer una multitud de efectos, más aún si estos ocurren de forma dinámica, o sea, cambiante en el tiempo (*Engel,* 1984).

Un motivo, tal vez pocas veces confesado que vuelve atractiva esta noción, es que si una respuesta sirve de índice a diversos procesos, no se necesita saber demasiado de muchas cosas, solo hace falta convertirse en un experto en índices. Para algunos investigadores este índice puede ser el nivel de cortisol plasmático o en saliva; para otros la conductancia dérmica o la frecuencia cardíaca. Últimamente la determinación de neurotransmisores acapara la atención de este tipo de estudio. El aspecto que tienen en común estas variables es que ofrecen a los investigadores la noción de reflejar mediante sus fluctuaciones el grado de estrés a que está sometido el organismo.

Según plantea acertadamente *Engel*, el problema fundamental del estrés –y por consiguiente de las secuelas de sus términos– es que se han tratado de anexar datos nuevos a una idea vieja, y como resultado, cada teórico ha tratado de preservar las observaciones de su predecesor, a menudo ignorando el marco teórico de referencia en el cual los datos fueron recogidos e interpretados. Por esa razón se ha sugerido que el concepto de estrés es científicamente dudoso, porque carece de dos atributos fundamentales que debe tener un concepto científico: consistencia interna y comprobabilidad. El estado de los conocimientos nos permite formular la hipótesis de que la respuesta psiconeuroendocrina de estrés se produce fundamentalmente, por medio de patrones de respuesta diferenciales. Por este concepto debe entenderse que determinadas agrupaciones de respuestas neuroendocrinas se producen como consecuencias de determinados estados psicológicos. Entre estos estados psicológicos se agrupan las variables "personológicas", redes de apoyo social, estados de alteración emocional o perceptual y todas las posibles causas psicosociales de estrés. De todo ello se infiere que la respuesta psiconeuroendocrina al estrés es de carácter sistémico (*Bertalanffy,* 1986), y por esa razón es que se hace imposible el uso de los llamados "índices de estrés".

La extensa y siempre creciente bibliografía sobre la respuesta neuroendocrina e inmune de estrés puede ser consultada en publicaciones anteriores por el estudiante (*Álvarez,* 1989, 1992, 1998) o mejor aún en los sistemas de búsquedas bibliográficas existentes en la Red Nacional de Ciencias Médicas.

HORMONAS DE ESTRÉS Y CONDUCTA

Algunas hormonas y neurotransmisores que participan de la respuesta de estrés, están implicados en procesos psicológicos primarios, y tienen propósitos activadores adaptativos, por ejemplo:

- Disminuir los umbrales sensoriales y, por consiguiente, aguzar la percepción, la memoria y la atención.
- Producir cambios corporales y mentales que facilitan la agresión.
- Facilitar conductas reproductivas.

Otras influencias hormonales en la conducta se dan fuera de la situación de estrés, y son evidentes, por ejemplo, durante el desarrollo, el ciclo menstrual, la menopausia y en otros aspectos de la vida cotidiana. Las hormonas de crecimiento, la adrenocorticotropa y la vasopresina, tienen efectos apreciables sobre los procesos de memoria (*De Wied,* 1967; *Herman et al,* 1978). Las influencias hormonales mediadas por el sexo tiene una notable repercusión en las características cognitivas de ambos sexos.

Aunque la agresión es una conducta social, y, por lo tanto, está mediada por el contexto ambiental, la agresividad está relacionada con la función organizadora y activadora de los andrógenos (*Monaghan, Glickman,* 1992). Otras hormonas como las tiroideas y corticoides actúan indirectamente en la conducta, mediante la activación de neurotransmisores y neuropéptidos, como será visto en los capítulos siguientes.

El término estrés, si acaso se usa por el médico, debe referirse a un grupo de reacciones esencialmente adaptativas, que por su ocurrencia inadecuada, ya sea por intensidad, contexto o duración, son un riesgo para la salud. Es decir debe evitarse el uso popular del término que lo identifica con una situación nociva o desagradable.

41. Estrés

Ada Casals Sosa

La atención primaria de salud tiene entre sus funciones principales la promoción y la prevención de la salud de la comunidad. Entre sus objetivos de trabajo se destacan el promover la salud y prevenir la aparición de enfermedades a través de la identificación y control de los factores de riesgo potencialmente dañinos, con la disminución de sus efectos negativos sobre la salud mediante acciones específicas (MINSAP, 1988).

El concepto de *factor de riesgo*, que surge de la epidemiología tradicional, busca respuesta a múltiples problemas del proceso salud-enfermedad a través del análisis de la interacción entre diferentes factores. El factor de riesgo ha sido definido como toda característica o circunstancia determinable de una persona, o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso. Puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente, (*Beckett et al.*, 1985).

En los últimos años se ha observado un creciente interés por el estudio de los factores de riesgo que afectan directa o indirectamente el estado de salud de la población. A esto han contribuido, entre otros, el desarrollo del conocimiento biomédico, que ha propiciado una reducción de las enfermedades infectocontagiosas, la disponibilidad para cubrir objetivos más ambiciosos y la posibilidad de comprender las variables psicosociales que subyacen en los problemas de salud.

Entre las estrategias de actuación de la OMS planteadas en la reunión de Alma Atá (1983) se señala la necesidad de actuar bajo la órbita de la salud y no de la enfermedad, de favorecer y fomentar la interprofesionalidad en el tratamiento de los problemas de salud, el potenciar la educación para la salud y la promoción y protección de la misma, así como estimular en el individuo su autorresponsabilidad en la defensa, mantenimiento y mejora de su salud (*León Rubio, JM, Expósito J*, 1992). Todo ello supone una transformación de los estilos de conducta interpersonal, y da un nuevo enfoque al rol de los profesionales de la salud en la atención primaria.

Las enfermedades crónicas presentan, dentro de numerosas variables que interactúan como factores patogénicos las relacionadas con la conducta y el estilo de vida, como son el sedentarismo, el hábito de fumar, hábitos dietéticos inadecuados, y el estrés. Actualmente se reconoce en la literatura mundial el estrés psicosocial como factor predisponente, desencadenante o coadyuvante de múltiples enfermedades, en especial las crónicas no transmisibles que más afectan a la población. Sin embargo, es el menos conocido y estudiado a pesar de que sus efectos sobre la salud pueden ser catastróficos.

Las primeras investigaciones sistémicas sobre los efectos del estrés fueron realizadas por *W. Cannon*, en 1929, a partir de su observación acerca de los cambios corporales relacionados con el dolor, el hambre y las principales emociones. Demostró claramente que los estímulos asociados con la excitación emocional causan cambios en los procesos fisiológicos básicos. A partir de estos estudios, múltiples investigadores se dieron a la tarea de profundizar y ampliar los conocimientos sobre los efectos del estrés en el organismo.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE ESTRÉS

Desde que *Hans Selye* introdujo en el ámbito de la salud el término estrés, en 1926, este se ha convertido en uno de los más utilizados, tanto por los profesionales de las distintas ciencias de la salud como en el lenguaje popular. *Selye* definió al estrés como la **respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante**. Posteriormente, el término ha sido utilizado con diversos significados. Así, ha servido para designar tanto la respuesta del organismo como la situación que lo desencadena o los efectos producidos como consecuencia de la exposición repetida a situaciones estresantes. Se emplea también como un concepto explicativo y mediador en diversas enfermedades, como causa de accidentes y responsable del abuso de sustancias psicoactivas (*Zaldívar, D,* 1996).

Se ha generado una importante confusión tanto en la literatura científica como en el lenguaje cotidiano sobre si el término estrés hace referencia al estímulo o a la respuesta que el organismo da a este. Sin embargo, no es posible una explicación y comprensión cabal del estrés si no se aprecian en conjunto ambos factores. Por esta razón es necesario verlo como un **proceso transaccional** entre **el estímulo o situación estresante** y la **persona** que responde. En general, en la literatura revisada se utiliza el término ***respuesta de estrés*** para referirse a la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda, y **estresor o situación estresant**e para el estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés.

Uno de los principales representantes de la posición transaccional en el estudio del estrés es, sin dudas, *R. Lazarus*. Para este autor las causas del estrés no pueden buscarse de manera aislada en el ambiente ni en el individuo, sino que es algo concerniente a la relación entre ambos (*Lazarus*, 1986). Reconoce el papel activo del individuo en cuanto a sus respuestas ante las situaciones demandantes ambientales y también en cuanto a la forma en que este determina y selecciona su entorno. Dicho autor presta una especial atención a los procesos de evaluación cognitiva que tienen lugar en el sujeto, en relación con la evaluación de las situaciones o estímulos ambientales, y de sus propios recursos de afrontamiento.

La respuesta de estrés es una respuesta del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación. Esta respuesta va encaminada en líneas generales a facilitar el responder y hacer frente a la nueva situación generada –y sus nuevas demandas–, y a poner a disposición del organismo recursos excepcionales, básicamente un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva.

La respuesta de estrés se expresa a nivel psicológico –la persona se siente tensa–, a nivel fisiológico –se acelera el pulso, la tensión arterial, etc.– y a nivel bioquímico –algunas sustancias del organismo pueden alterarse–. La respuesta de estrés que una persona dé depende, tanto de las demandas objetivas del medio (situación), como de la percepción que tiene de la misma y de los recursos o habilidades de que dispone para enfrentarse a ellos.

La respuesta de estrés no es algo negativo en sí misma, sino, al contrario, facilita el disponer de más recursos para hacer frente a situaciones que se suponen excepcionales. Se activan una gran cantidad de recursos extraordinarios que supone un desgaste para el organismo. Cuando esto es episódico no hay problemas, ya que el organismo tiene la capacidad de recuperarse entre cada respuesta; pero, si se repite con excesiva frecuencia, intensidad o duración, quizás el organismo no se pueda recuperar y se produzca la aparición de los trastornos psicofisiológicos.

Para que se desarrollen dichos trastornos, el individuo ante el estrés produce la activación fisiológica de una serie de sucesos que le permiten afrontar la situación estresante o estresor. Entre ellos se encuentran el aumento de la tensión arterial, del riego sanguíneo al cerebro, del gasto cardíaco, la liberación de ácidos grasos y colesterol en plasma, etc. Igualmente se incrementa la acción de hormonas (tiroxina) que aceleran el metabolismo, así como la supresión de mecanismos inmunológicos. El desarrollo de un trastorno psicofisiológico como consecuencia del estrés depende en gran parte de las respuestas fisiológicas activadas y los órganos corporales implicados (*Labrador,* 1995).

Tan importante como la predisposición biológica es la psicológica, que abarca tanto aspectos heredados como adquiridos en experiencias anteriores. Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre este y el entorno social. La evaluación cognitiva representa el factor desencadenante a partir del cual se va a iniciar la cadena de pasos que conforman todo el fenómeno. Al mismo tiempo, es la evaluación de los eventos internos o externos, el factor que marcará las diferencias individuales ante situaciones similares. *Lazarus* y *Folkman* (1986) señalan que la evaluación viene siendo la causa primera en el proceso, y que sin ella, o sea, solo tomando en cuenta la presencia o ausencia de los acontecimientos en el ambiente, no se puede explicar la ocurrencia del fenómeno denominado estrés.

La evaluación inicial es instantánea. El individuo no se detiene a realizar una evaluación y llegar a conclusiones acerca de si una situación es estresante o no y si lo es en qué medida es estresante, en la gran mayoría de los casos. Este análisis inicial está determinado por factores de gran complejidad, por lo que el hecho de que sea instantánea no implica simplicidad. En realidad, se trata de altos procesos corticales con modulación recíproca de procesos emocionales: "La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características –valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción–, y el entorno, cuyas características deben predecirse e interpretarse" (*Lazarus* y *Folkman*, 1986: 49).

Se han descrito dos formas de evaluación, que consisten en una apreciación de las consecuencias que un evento pueda tener para el individuo y en la evaluación de los procesos y/o posibilidades de manejo de la situación. Por una parte, el individuo "decide" si un evento es irrelevante, benigno o estresante. En este último sentido, si se trata de un evento que ya ocurrió, la evaluación sería de daño o pérdida, y si se anticipa a algo que puede o va a suceder en el futuro, la evaluación sería de amenaza o reto, por lo que es obvia la diferencia entre ambas consecuencias y pueden alternarse ante una misma situación. Por otro lado, el individuo analizará qué puede hacer ante una situación en específico, qué opciones de afrontamiento tiene y si puede aplicarlas o no. Este tipo de evaluación está relacionada con los conceptos de ***expectativas de resultados*** *y* ***expectativas de eficacia*** de *Bandura et al.* (1985).

Algunos autores señalan un tercer tipo de evaluación cognitiva, la reevaluación. Se hace mención a un tipo particular de reevaluación defensiva que se caracteriza por los esfuerzos que el sujeto realiza para reinterpretar una situación que le resulta estresante. La reevaluación también puede ocurrir durante el proceso de afrontamiento.

FACTORES MODULADORES DEL ESTRÉS

Existen algunos factores que modulan la evaluación de una situación dada al momento de decidir si es estresante o no.

Dentro de los factores internos se le da especial importancia a los *compromisos* que el individuo ha adquirido a lo largo de su vida y que expresan el orden de importancia de la situación que enfrenta, y a las *creencias* tanto acerca de su concepción de la realidad y nociones preexistentes –significado de la vida, religión, etc.–, como de conceptos arraigados cultural o familiarmente –costumbres, hábitos y métodos de crianza–. Por otro lado, también existen factores en las situaciones mismas que modulan la evaluación, como son la *predictibilidad, ambigüedad, incertidumbre o confusión, inminencia y novedad* de las situaciones, elementos que contribuirán y determinarán, en parte, el resultado de la evaluación de un evento en particular.

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor, cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (*Lazarus* y *Folkman*, *op. cit.*), o de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas (*Bandura et al.*, 1985).

La exposición a situaciones de estrés no es mala en sí misma. La respuesta de estrés es una intensa reacción adaptativa que permite poner a nuestra disposición una importante cantidad de recursos excepcionales. Pero si es demasiado frecuente, intensa o duradera puede tener consecuencias negativas, y se producirá, entonces, la enfermedad, ya que el organismo no puede mantener un ritmo constante de actuación por encima de sus posibilidades durante mucho tiempo, y si se mantiene más allá del límite, se producirán serios trastornos a diferentes niveles: hipertensión arterial, asma, insomnio, problemas gástricos, ansiedad, depresión, fatiga, frustración, predisposición a accidentes, temblores, explosiones emocionales incontroladas, etc.

La concepción de la respuesta de estrés puede ser compleja y se manifiesta a través de tres canales: cognitivo, fisiológico y conductual. (*Bages*, 1990) señala que la reacción de estrés no es un proceso unitario global, sino que, de acuerdo con las diferencias individuales, puede manifestarse en un canal de respuesta más que en otro. El individuo puede tener una predominancia en su canal cognitivo y se dejará llevar por una serie de autoverbalizaciones estresantes, las cuales adquieren características repetitivas y con frecuencia irracionales acerca de las habilidades personales. En otros individuos tal vez no se den estos procesos cognitivos en forma tan marcada, pero el organismo, o algunos sistemas dentro de él, se sobreactivan desproporcionadamente en relación con esa respuesta subjetiva. Igualmente las manifestaciones conductuales que pueden darse al considerar una situación como estresante pueden guardar poca relación con la expresión de los otros dos tipos de manifestación del estrés.

ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es parte del proceso de estrés. La forma en que enfocamos las alternativas ante una situación –pensamos qué podemos o qué vamos a hacer– puede convertirse en sí misma en una fuente de estrés adicional o contribuir a aumentar aún más lo que en un inicio desencadenó todo el proceso, o, por el contrario, llevarnos a una atenuación del mismo. El proceso de afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (*Lazarus* y *Folkman, op. cit.*).

El afrontamiento es un proceso cambiante en el que constantemente se llevan a cabo reevaluaciones de la situación que conducen a modificaciones en las conductas. A diferencia de la concepción de los rasgos de afrontamiento como formas estables –algo rígidas, parecidas a las características de personalidad–, este modelo considera que ante las múltiples reconsideraciones cognitivas, ante los posibles cambios en el estímulo estresor y como producto de los resultados parciales obtenidos, el proceso de afrontamiento será cambiante y llevará a la planificación de nuevas y distintas estrategias o al mantenimiento de las normas, en un intento por superar o alcanzar el bienestar y/o una relación de equilibrio entre el individuo y el ambiente.

Afrontar no significa dominar ni tampoco fracasar; es la búsqueda de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación. Dentro del concepto de afrontamiento se han distinguido dos estrategias, las que se expresan en las autoverbalizaciones acerca de cómo vemos las cosas y cómo pensamos resolverlas. Diversos autores señalan el afrontamiento dirigido hacia el problema y el afrontamiento dirigido hacia la emoción (*Lazarus* y *Folkman*,1986; *Compas et al.*, 1988). Las estrategias dirigidas hacia el problema se centran en la búsqueda de soluciones, y consideran aspectos relativos a la resolución de problemas, como son la consideración de diferentes alternativas, la posibilidad de aplicar las soluciones, etc., que hacen referencia tanto al entorno como al individuo mismo.

El afrontamiento dirigido hacia las emociones se ha discutido más en la literatura revisada. Ejemplos de este tipo son la evitación, la atención selectiva, el distanciamiento, las comparaciones positivas, así como el autorreproche, la culpa y el autocastigo. Así *Lazarus* y *Folkman* señalan: **utilizamos el afrontamiento dirigido hacia la emoción para conservar el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc**. Estos procesos por sí mismos pueden conducir a una interpretación de autodecepción y/o de distorsión de la realidad.

Se sabe que el entrenamiento dirigido a la utilización de ambos tipos de estrategias es más efectivo que el dirigido solo

hacia la emoción, o sólo hacia el problema cuando se va a afrontar una situación médica estresante, y el enfocado hacia la emoción únicamente es el menos efectivo (*Martelli et al.,* 1987). En resumen, el afrontamiento ante eventos evaluados como estresantes debe ser considerado en forma específica con respecto al tipo de situación y a ciertas características individuales al estudiarse su influencia como mediador entre el evento estresante y los resultados ante este.

Cohen (1984) planteó que la cuestión clave quizás no sea cuáles estrategias de afrontamiento usa un individuo, sino más bien cuántas hay en su repertorio o cúan flexible es la persona en el empleo de diferentes estrategias. Se consideran indicadores de afrontamiento exitoso al estrés el funcionamiento social adecuado, la buena adaptación laboral, el estado de ánimo positivo y la ausencia o disminución de síntomas fisiológicos.

Es frecuente que en muchas situaciones o momentos de la vida, las personas se quejen de excesiva tensión, nerviosismo o en términos técnicos de exceso de activación orgánica. Esta tensión puede tener efectos no solo momentáneos, sino reflejarse en las condiciones habituales de vida, lo que provocará problemas en el sueño, trastornos en la alimentación o pensamientos reiterativos (obsesivos) que pueden molestar de forma permanente.

Si estas condiciones persisten, habrá un deterioro progresivo, no solo en su rendimiento laboral, sino de la propia calidad de vida. Como consecuencia del quebrantamiento de las resistencias del sujeto, el agotamiento o el empleo de inadecuados patrones de afrontamiento, sobreviene un aumento de la vulnerabilidad ante el estrés y con ello el riesgo de enfermar.

ESTRÉS Y VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad es definida por diversos autores como **la relación existente entre valoración y significado de las consecuencias que un evento tiene para el individuo, y la valoración de los recursos que tiene para afrontarlo**. También se reconoce que existe una gran variabilidad en la vulnerabilidad de los sujetos ante el estrés. *N. Bagés*, (1990:15-28) señala: "...las dramáticas variaciones individuales en el grado o nivel de estrés ante una misma situación y la probabilidad de desencadenar problemas de adaptación o de salud, vendrían dados por la vulnerabilidad del individuo al momento de evaluar las consecuencias y decidir de qué habilidades o herramientas dispone para afrontarlo".

Se plantea que la percepción de los recursos propios y lo adecuado de estos es el factor que va a modular el proceso de estrés, lo aumentará o disminuirá de forma inversa. Alrededor del concepto de vulnerabilidad se plantea toda una serie de factores vinculados generalmente con el proceso de evaluación cognitiva y con el proceso de afrontamiento. *Bages* (1990:15-28) los divide en *factores de riesgo*, donde incluye aquellos aspectos personales o situaciones en la vida de un individuo que están asociadas con un aumento en las probabilidades de enfermar, y *factores protectores*, los que define como "aquellas características personales y/o elementos del ambiente, o la percepción que el individuo tiene de ellos, que disminuyen los efectos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar".

En relación con los factores psicosociales de riesgo, los que más atención han recibido en la literatura revisada son las experiencias estresantes de la vida, los estresores diarios –personales y laborales–, el afrontamiento evitativo, el patrón de conducta tipo A, las emociones negativas, la reactividad fisiológica y el hábito de fumar (*Jenkins*, 1988; *Holahan y Moos*, 1987; *Krantz y Raisen*, 1988; *Epstein y Perkins*, 1988, citados por *Bages*, 1990). Por otra parte, los factores protectores que parecen desempeñar un papel importante en la relación entre el estrés y la salud son el apoyo social, la fortaleza personal, el bienestar psicológico y el nivel socioeconómico. Recientemente, algunos autores incluyen en este rubro los pensamientos automáticos positivos y los estilos narrativos.

FACTORES PROTECTORES

El apoyo social es definido por *Meichenbaum* (1977:18-19) como "**los contactos personales disponibles para una persona a partir de otras personas, grupos y sociedad**". Consiste en la presencia de otros o los recursos brindados por ellos antes, durante y después de un evento estresante. Las relaciones sociales conforman un sistema de apoyo en el que el individuo vive inmerso, porque proporcionan control y dominio ante situaciones difíciles, ofrecen una guía y ayudan a identificar recursos personales y sociales, además de ofrecer retroalimentación sobre conductas que mejoran la eficiencia en la vida.

Se ha sugerido que las redes de apoyo social efectivas amortiguan el efecto del estrés sobre el bienestar psicológico del sujeto. Se ha sugerido, además, que el apoyo social provisto por el grupo primario de más importancia para el individuo mitiga las consecuencias psicofisiológicas de la exposición a una situación estresante.

La fortaleza individual o *hardiness* se caracteriza por rasgos personales adaptativos que incluyen un sentido de compromiso, de reto y un sentimiento de control sobre las propias circunstancias ante situaciones potencialmente amenazantes. Otros autores la denominan *locus de control interno*.

El modelo de fortaleza plantea que las cogniciones adaptativas (pensamientos positivos) en las situaciones estresantes acerca del nivel de amenaza y de las habilidades propias del afrontamiento conllevan un bajo nivel de tensión orgánica ante posibles estresores (*Gentry y Kobasa*, 1984).

Aller y Smith (1989) señalaron que si bien los individuos con fortaleza mostraban un estilo cognitivo más positivo en situa-

ciones de alta amenaza, las diferencias en la activación fisiológica –frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica– no eran tan claras al compararlas con individuos que no tenían ese estilo, y se encontraron, incluso, una mayor presión sistólica en los individuos con fortaleza.

La activación fisiológica de las personas con fortaleza y la relación que esto pueda tener con la aparición de enfermedades aún no tiene una explicación clara, aunque muchos autores plantean que la reactividad fisiológica intrínseca frente a los agentes productores de estrés, puede ser un mejor pronosticador de alteraciones en la salud, así como un factor de riesgo, más que las propias variables referentes a los agentes productores de tensión o situaciones estresantes.

En el concepto de fortaleza personal se engloban aspectos tales como el grado de compromiso que los sujetos asumen con lo que emprenden; el trabajo con otras personas, e incluso con la protección de animales domésticos y otros; la tendencia para evaluar las dificultades como reto, como algo que pone a prueba sus capacidades y no como una amenaza; el sentimiento de control sobre las propias circunstancias; y la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo, centrada en la acción y la búsqueda de variadas alternativas de solución posible, así como el sentimiento subjetivo de bienestar personal.

El concepto de controlabilidad ha sido desarrollado por los investigadores del Instituto Karolinska. **Se interpreta como la percepción que tenga un individuo del grado de control sobre las transacciones medioambientales, o más bien como la posibilidad de ejercer dicho control**. El concepto está enmarcado en el modelo transaccional de *Lazarus*, y parte del principio de que el sujeto puede ejercer control sobre la entrada de estímulos que le obligan a dar una respuesta correcta, y es capaz de mantener una activación fisiológica y una ejecución psicológica a un nivel óptimo.

El sentimiento de bienestar personal es una de las variables psicológicas que se conceptualizan como ***defensoras*** del individuo para afrontar el estrés y mantener el equilibrio con su medio, pues a mayor sentimiento de bienestar personal y social, mayor felicidad. Esto garantiza una actitud positiva ante la vida, y como resultado la reducción de las posibilidades de enfermar y la atenuación de los efectos de la enfermedad en el organismo. Autores como *Jenkins*, *Van Doover* y *De Geus*, mencionados por *Bages* (1990) han encontrado en sus investigaciones variadas evidencias de cómo el bienestar eleva la resistencia de los sujetos ante situaciones estresantes.

Son múltiples los factores que intervienen para que una persona enferme; sin embargo, nadie duda que el estrés psicosocial tiene un peso importante. *D. Zaldívar* (1996) vincula la vulnerabilidad de los sujetos con la confluencia de un conjunto de factores que potencian el desarrollo de un *perfil de seguridad*, que estaría conformado por aquellas características de la personalidad del sujeto, experiencias y vivencias vitales, elementos facilitadores del ambiente, relativo nivel de adecuación de los estilos de evaluación cognitiva y de afrontamiento.

Estos factores elevan la tolerancia al estrés y disminuyen la vulnerabilidad en el individuo, y por tanto, la probabilidad de presentar trastornos y enfermedades vinculados de alguna manera con el estrés. En ese perfil de seguridad se incluyen la autoestima, el control, la fortaleza personal, el bienestar psicológico, el estilo de vida saludable y el apoyo social, así como las llamadas habilidades existenciales –habilidades para la comunicación interpersonal, habilidades para la toma de decisión y la solución de problemas, etc.

ESTRÉS COMO FACTOR DE RIESGO DE ENFERMAR

Varios autores señalan la necesidad de tener en cuenta el perfil de riesgo, que tiene entre sus principales componentes los siguientes:

- Experiencias estresantes de la vida y molestias de la vida cotidiana, que en un sujeto cobrarán mayor importancia y significado si se encuentra privado, con un pobre apoyo social o con una débil fortaleza personal.
- Inadecuado estilo de vida, que implica la adopción de ciertos comportamientos, pobre o escaso control de las emociones y tensiones, así como un patrón inadecuado de interacción con el ambiente que hacen al sujeto más vulnerable a los efectos del estrés.
- Un estilo de afrontamiento no constructivo, evitativo y centrado en la atención de detalles irrelevantes de las situaciones, que llevan al sujeto a la selección y aplicación de estrategias ineficaces para solucionar los problemas y que provocan, a su vez, desesperanza y apatía, y, por lo tanto, más estrés.
- Presencia frecuente de emociones negativas como consecuencia de evaluaciones distorsionadas de la realidad, pensamientos irracionales, autoverbalizaciones estresoras e insatisfacción por la vida.
- Presencia de un patrón A de comportamiento.
- Reactividad fisiológica que se expresa en la tendencia para responder, de manera frecuente, con una sobreactivación fisiológica ante determinadas situaciones, y un aumento del tiempo necesario para volver a los niveles basales.
- Otros factores, entre los que se encuentran una autoestima baja, pobre control del medio, débil fortaleza personal, etc.

La prevención y el control del estrés se logran mediante la identificación y la limitación de los factores que componen el perfil de riesgo, y mediante el fortalecimiento de los factores que conforman el perfil de seguridad.

Durante los últimos años se han venido desarrollando diversas investigaciones sobre la influencia de los distintos factores psicosociales y estados emocionales en la morbilidad y mortalidad de la población. Se ha puesto de manifiesto la importancia del estrés psicosocial en el surgimiento y desarrollo de numerosas enfermedades, no solo en las llamadas psicosomáticas, sino también en otras más vinculadas con factores inmunológicos, como la tuberculosis y el cáncer, entre otras. *Valdés* y *Flores* (1986) en su libro *Psicobiología del Estrés* señalan como ante situaciones tensionales el organismo utiliza mecanismos de adecuación que se desarrollan en cuatro ejes principales: psicofisiológico, psiconeuroendocrino, psicoinmunológico y conductual.

La visión de cómo el sistema nervioso central se relaciona y funciona en conjunto con los sistemas inmunológico y endocrino ayuda a comprender cómo el estrés se vincula con muchas enfermedades.

Lazarus considera que el estrés forma parte de un concepto más amplio: la emoción. Destaca la importancia de estudiar o enfatizar en la transacción individuo-ambiente la respuesta emocional de este, más que el grado o nivel de estrés que le provoca. Se plantea, en general, la relación existente entre la magnitud del estrés y la calidad de la respuesta emocional y las posibilidades de enfermar.

Diversos investigadores han demostrado que existe una asociación significativa entre algunos estresores psicosociales y el comienzo de la enfermedad. Estos estudios han provocado múltiples críticas y han dado lugar a algunas interrogantes. Las más importantes están en relación con los mecanismos que aumentan la vulnerabilidad para enfermar como resultado del estrés. Hasta el momento, la ciencia médica no tiene una respuesta clara a esta problemática.

Existen varios modelos que intentan explicar cómo el estrés psicosocial lleva a cambios patológicos en el organismo. Los primeros intentan relacionar conflictos emocionales específicos o características de la personalidad con determinadas enfermedades psicosomáticas. Actualmente se trata de establecer la relación entre la enfermedad y los mecanismos psicofisiológicos y neuroendocrinos intervinientes. Algunos de estos modelos son muy generales, mientras otros se han desarrollado específicamente para una enfermedad determinada, como por ejemplo la relación entre el estrés y las enfermedades cardiovasculares.

En los últimos años se observa un interés renovado respecto a la relevancia de los factores emocionales en la enfermedad física. *Sandín* (1993) señala que parecen intervenir en las reacciones de estrés e influir significativamente en el estado de salud o enfermedad, mediatizando las respuestas fisiológicas. Este autor cita estudios sobre la depresión, que se asocian con el asma, el cáncer, la evolución del SIDA, y otros que relacionan la ansiedad y la hostilidad con los trastornos cardiovasculares; y llama la atención que *Spielberger*, *Kraener* y *Sólomon* en 1988 establecieron un modelo sobre el estado-rasgo-expresión-control de la ira, con la delimitación del "síndrome AHA" –*anger, hostility, agression*– como patrón de respuesta emocional ante el estrés, y su relación con las enfermedades cardiovasculares.

Se han estudiado los efectos de las pérdidas sobre la salud. Se ha encontrado que los estados emocionales de desesperanza-soledad que se pueden producir por pérdidas relevantes para el individuo, y que generalmente conllevan la depresión, pueden causar "enlentecimiento" del ritmo cardíaco, disminución en la presión sanguínea y en la excreción urinaria de agua y sodio. Se argumenta que la disminución o reducción de las funciones biológicas puede proteger frente a factores desfavorables del medio, pero puede aumentar la vulnerabilidad frente a otros estresores. Se discute la relación entre los cambios biológicos que acompañan a los sentimientos de pérdida y las enfermedades, pero aún no está claro cómo estas reacciones incrementan la vulnerabilidad para enfermar (*Weinman*, 1987).

Poder llegar a generalizaciones absolutas sobre la base de estudios realizados es un intento harto difícil, sobre todo en el campo psicosocial. El aceptar la premisa de que el estrés, las emociones y el afrontamiento se hallan relacionados de forma causal con la enfermedad, tal y como escriben algunos autores, en especial *Lazarus* y *Folkman*, es pedir demasiado, a pesar de que la atenuaron al agregar que aunque la evidencia al respecto sea menos clara y esté menos demostrada de forma absoluta que lo que se tiene generalmente en cuenta.

Consideramos que realmente debemos adherirnos al criterio de la multicausalidad en el origen y desarrollo de múltiples enfermedades, y darle un lugar dentro de los factores que pueden influir en la ruptura del equilibrio del proceso salud-enfermedad, a los aspectos psicológicos, en especial al estrés psicosocial.

¿PODEMOS ESTUDIAR EL ESTRÉS?

No obstante la importancia y magnitud del tema, el estudio del estrés presenta dificultades metodológicas de tal magnitud que son capaces de desalentar a sus posibles investigadores en nuestro medio. El primer problema estaría dado por su carácter multidisciplinario intrínseco. Además, la investigación del estrés presenta un problema común a otras ramas de la psicología: el conflicto entre la investigación de laboratorio y los estudios de la vida real, además de los problemas específicos del estrés.

Se hace necesario estudiar al individuo, de forma personalizada, en condiciones naturales de existencia, en su medio, donde múltiples factores pueden incidir en los resultados. Existe el problema de la selección de los sujetos y del uso de determinados instrumentos de medición, entre otros. La medición de los estados subjetivos es uno de los problemas más controvertidos en psicología y se remonta a los orígenes de la psicología experimental con *Wundt* y *Fechner* en el siglo XIX.

Los estados emocionales no son claramente definibles, y los sujetos pueden describir el estado de ánimo que ellos piensan que el investigador espera. El estudio del estrés no puede separarse de las condiciones socioeconómicas en las que vive el individuo; así la posibilidad de cambiar estilos de vida y patrones de comportamiento dañinos para la salud es una meta que ha de alcanzarse.

Señala *M. Álvarez* (1989) que las estrategias de tipo epidemiológico sirven para obtener información acerca de grupos o situaciones en los que se presentan factores de riesgo para la salud, y existe la posibilidad de intervenciones posteriores a la identificación de estos factores. Si bien es cierto que este tipo de estudio no ofrece información directa acerca de los mecanismos y procesos patogénicos intrínsecos de la enfermedad, sí permiten identificar relaciones útiles.

Este mismo autor plantea la necesidad de identificar los grupos de alto riesgo, o las características de las personas para reaccionar a los estímulos psicosociales patogénicos o estresores. También subraya que debe profundizarse en el conocimiento de los factores moduladores del estrés, en las conductas generadas por el mismo y su repercusión en la salud.

Se hace necesario estudiar el estrés con un enfoque "personológico", ya que es en esencia un fenómeno personal, subjetivo, en el que la psiquis desempeña una labor mediadora entre los estímulos estresores o situaciones estresantes y la respuesta a los mismos, ya que es la personalidad la que define el significado; en el análisis del estrés y su relación con el proceso salud-enfermedad se destaca como principal mediador la personalidad o algunas de sus cualidades.

De la interacción personalidad-ambiente surgen moduladores tan renombrados como el estilo de vida y el apoyo social. De este último conocemos por *Cornes* (1994) que los estudios realizados en la última década aportan información que lleva a concluir que el apoyo social positivo, accesible, disponible y adecuado sí tiene efectos positivos al reducir el riesgo de morir y aumentar la longevidad, así como que se utiliza para reducir los factores de riesgo de múltiples indicadores de morbilidad y mortalidad, y para aminorar los posibles factores negativos de una enfermedad manifiesta.

No obstante las dificultades, se hace necesario en nuestro medio el abordaje de esta problemática, pues a pesar de las divergencias y dificultades que conlleva, y lo polémico de su contenido, su estudio se ha convertido en un reto y un desafío para todos aquellos que postulamos el enfoque integral en la medicina.

42. Método sugesto-fisioterapéutico del *distress* psicológico

Gustavo Atencio Sariol

La propiedad que posee la materia de dar respuesta a las agresiones del medio llamada reflejo se expresa en el ser humano con el término estrés, y su tendencia es la de propiciar la adaptación entre el hombre y el medio. El estrés puede analizarse desde diferentes enfoques, a diferentes niveles: el estrés biológico, el psicológico, y el social. El ser humano existe en estrés.

Cuando en el proceso de estrés, la persona resulta dañada en uno, o varios o todos los niveles, se dice que esta se encuentra en *distress*, y significa que el proceso de adaptación no fue eficiente o no ha ocurrido. Aunque todos los estados de *distress* merecen atención y posiblemente tratamiento, no todos son considerados como entidades patológicas tributarias de atención médica o profesional. La enfermedad es un estado de *distress*, cuya necesidad de atención médica es científicamente reconocida.

Todos los niveles de estrés están relacionados en cada persona, ya que esta responde al medio como un ente único, lo que no debe olvidarse en el tratamiento de los estados de *distress* que lo necesiten.

Se denomina ***distress psicológico*** aquel en que el daño inicial se produce sobre los mecanismos psicológicos de una persona, por lo que se altera en mayor o menor medida los otros niveles de estrés.

Como las relaciones del hombre con el medio están mediadas generalmente por su psiquis, no es de extrañar que sea el *distress* psicológico el más frecuente de los problemas de salud que deba enfrentar el médico de asistencia, no importe cual fuere su especialidad. A este se sumarán aquellas situaciones, que iniciadas en otros niveles, producen afectación psicológica, y que deberán ser tratadas a partir de las peculiaridades del *distress* psicológico, secundario en estos casos.

Existen enfermos que necesitan un tratamiento especializado, ya que aun en ausencia de enfermedades psiquiátricas, el *distress* psicológico no es de tratamiento simple, ni fácil, debido a que influyen en el paciente factores muy diversos, como socioculturales, históricos, de la personalidad, de relaciones interpersonales, biológicos, ambientales, etc. Por tanto, se precisa de un personal con dominio profundo en esas problemáticas y de las características de cada paciente en particular.

No obstante, todo médico general debe estar preparado para asistir con eficacia a un paciente con *distress* psicológico, y dejará solo los casos más complejos al personal especializado. No solo debido a que la gran cantidad de pacientes con este trastorno no pueden ser atendidos por expertos, sino también, y fundamentalmente, porque el tratamiento del *distress* psicológico está implícito en el de cualquier enfermedad, sea como causa o consecuencia de esta. En otro sentido, prevenir y tratar el *distress* psicológico es una acción de salud *per se*, y a la vez, se evita que este actúe como desencadenante para el surgimiento de problemas mayores. Además, el *distress* psicológico secundario se convierte en un elemento de "quinta columna" que desfavorece el efecto de la terapia específica de la enfermedad en cuestión: en ocasiones el *distress* puede agravar la enfermedad o volverla crónica. Asimismo, puede incrementar su intensidad o la frecuencia de las crisis o, por otra parte, enmascararla. Cada paciente es una personalidad, se le debe tratar con toda su problemática, y si no se considera su *distress* psicológico, el tratamiento será menos efectivo, fracasará o podrá ocurrir una pronta recidiva.

Poseer recursos teóricos y prácticos para el tratamiento de este trastorno es una necesidad del médico general. En este capítulo se presenta un enfoque general de tratamiento del *distress* psicológico, y se propone el uso combinado de técnicas que posean ciertas peculiaridades que propicien su exposición aparte y que no se delimitan dentro del concepto ortodoxo de psicoterapia. Para mayor utilidad práctica, primero expondremos una variante concreta del método sugesto-fisioterapéutico del *distress* psicológico, y después se explican algunas técnicas de sugestión y fisioterapéuticas.

ESTRATEGIA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DEL *DISTRESS* PSICOLÓGICO

Como el estrés es un fenómeno de relaciones entre el ser humano y el medio, deben considerarse los factores siguientes: factores distresantes, recursos de evaluación y formas de respuesta.

- Factores distresantes. Son los elementos que en la relación entre el hombre y el medio generan el *distress* en una persona determinada.
- Recursos de evaluación. Constituyen los elementos que le permiten a la persona valorar los factores posiblemente distresantes.

- Formas de respuesta. Se refiere a cómo la persona responde a los posibles factores distresantes.

El análisis de estos factores permite tipificar la situación de *distress*, y establecer una estrategia concreta que puede orientarse según el algoritmo general siguiente:

- Determinar si la situación distresante tiene solución por el paciente.
  - Si tiene solución, la función del médico es cooperar para que lo logre.
  - Si no tiene solución, la función del médico es cooperar para que el enfermo aprenda a vivir con ella, de forma tal, que tenga el menor efecto nocivo posible sobre él.

  Para concluir que una situación no tiene solución, se analizarán las posibilidades de cambio en la evaluación de esta, así como en las formas de respuesta. De ser así, se determinará una vía de disminución de sus efectos nocivos, y de no encontrarse esta, entonces el caso se remitirá al especialista.
- El conjunto de acciones terapéuticas contra el *distress* psicológico deberá incluir, además de las de acción directa sobre los mecanismos psicológicos afectados desde el inicio, las que atañen al conjunto de la problemática de salud del paciente. Es precisamente este enfoque multilateral, el que propicia que el efecto psicoterapéutico sea más rápido y eficiente.

El objetivo del tratamiento del *distress* psicológico es que el paciente aprenda a controlarlo por sí mismo, lo disminuya, lo erradique, esté preparado para prevenirlo en el futuro si es preciso, o esté en capacidad de cooperar efectivamente con el terapeuta.

VARIANTE DEL MÉTODO SUGESTO-FISIOTERAPÉUTICO PARA EL TRATAMIENTO DEL *DISTRESS*

Para cumplir la estrategia general del tratamiento del *distress* psicológico se pueden utilizar diversos métodos; el más empleado y reconocido es el de la psicoterapia ortodoxa con sus variantes, actualmente combinada con otras técnicas. También se combinan técnicas de sugestión como componente psicoterapéutico, con técnicas de fisioterapia como complemento, en un proceso de entrenamiento contra los efectos del *distress* psicológico.

Una variante de este método consiste en la utilización de técnicas de sugestión en vigilia o en estado de relajación del paciente, sin llegar necesariamente al trance hipnótico; ejercicios físicos de bajo impacto, en los que es preciso mantener una postura durante un tiempo limitado, y una tarea mental específica, que puede incluir contenidos de valor conceptual para cada paciente. Junto con los anteriores, también se realizan ejercicios respiratorios con tareas mentales similares.

La variante se aplica con flexibilidad en dependencia del paciente, y de los objetivos que se persigan dentro del esquema general de tratamiento. Si se pretende un recurso paliativo útil en un momento dado, puede ser necesaria solo una o unas pocas técnicas, pero si se desea un tratamiento cabal, entonces se puede utilizar todo el método.

Como la participación del terapeuta es más indirecta –y como se verá luego más genérica– no se precisa de un dominio profundo de la problemática del paciente, en comparación con la psicoterapia ortodoxa; no obstante, mientras más se conozca de él, mayor podrá ser la cooperación del médico.

El método funciona bien con pacientes de bajo nivel intelectual, y no se necesita de un proceso de entrenamiento largo para empezar a utilizarlo, fundamentalmente, si se tiene experiencia como consultante. La forma óptima de uso sería en sesiones de entrenamiento de una a dos horas de duración, y con una frecuencia de una o dos veces diarias.

DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS PROPUESTAS

TÉCNICAS DE SUGESTIÓN

Trabajando con un grupo de entre dos y diez pacientes se pueden inducir ideas de evaluación muy generales y de amplia aceptación, que permitan a los pacientes apreciar sus problemas con una óptica favorable para su solución o asimilación. Así mismo, la forma en que se aplicarán las técnicas de sugestión, serán, *per se,* una enseñanza de cómo lograr el autocontrol, y evitar emociones contraproducentes.

La aplicación de las técnicas de sugestión en grupo implica un primer momento donde se crea un ambiente favorable para la sesión. Cualquier problema de empatía puede resolverse mediante el cambio de pacientes a otras sesiones.

Un buen comienzo puede propiciarse si se utiliza una técnica participativa como la siguiente:

- Se da una introducción somera acerca de la actividad que se realizará y sus ventajas; se les aconsejará no obstante que la realicen sin expectativas, para que los resultados los sorprendan.
- Se sugiere a los pacientes que procedan a presentarse unos a otros refiriendo su nombre y, seguidamente, lo que más les gusta en sus relaciones amistosas, así como lo que más deploran.

TÉCNICAS DE SUGESTIÓN: ESCUCHANDO EL RELOJ

Posición. Sentado en el piso, recostado a la pared, con las piernas estiradas y abiertas en un ángulo cómodo y no exagerado.

Columna vertebral recta; cabeza recta y mirando hacia delante; la barbilla no debe quedar ni elevada ni baja. Se le ordenará al paciente que cierre los ojos suavemente y que coloque las manos reposando sobre los muslos con las palmas hacia arriba (fig. 15).

Ejecución. Colocar un reloj o varios, o una música de tono suave, monótona y rítmica en un lugar que pueda ser oído por los pacientes. Solicitarles que se concentren en escuchar el sonido, atendiendo a todos sus detalles: características, comparación entre uno y otro, espacio de tiempo entre ellos.

Pasados entre 3 y 5 min, el terapeuta con voz firme, segura, suave, con una cierta cadencia, reflexionará acerca de algunos principios generales de la vida, que sean de aceptación general, y que puedan ser útiles a los participantes en la sesión. En cada sesión se puede abarcar un principio.

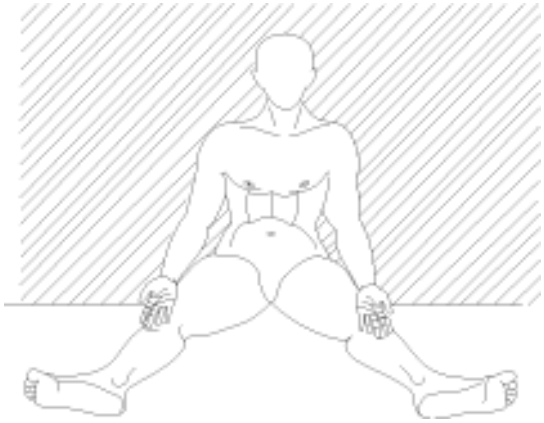


***Fig. 15**. Escuchando el reloj.*

Principios de la vida existen muchos, es decir, ideas de lo que se debe hacer y lo que no, cómo actuar correctamente. Pacientes también, pero el médico partirá del supuesto de que todos los pacientes tienen o quieren tener altos valores humanos. Algunos de estos principios pueden someterse a reflexión, mediante técnicas participativas previas, para garantizar su aceptación posterior. Entre los principios, ideas y conceptos que más se olvidan en el caso de los distresados, están los siguientes:

- Cuidar de uno mismo es una premisa para poder hacer por los demás con eficiencia.
- El organismo necesita atención y descanso; que le dediquen su hora.
- La mente no debe generar ideas que a uno mismo lo afecten, si es así, por muy lógico que parezca lo pensado, algo anda mal.
- En las relaciones humanas, no basta con que el contenido sea bueno, la forma es la que garantiza el propósito.
- No debe hacerse a otros lo que no nos gustaría para nosotros.
- El sentido de posesión material y también entre las personas, por lo general, es sobrevalorado. Delimitar qué es realmente de uno y actuar conforme a esa realidad, es uno de los elementos "antidistress" más importantes, sin caer en el otro extremo, quizás más dañino socialmente: la indiferencia. En fin, el sentido posesivo en la vida no es el mejor; existen otros más saludables como el cooperativo.
- Vivir implica comer, vestirse… y no a la inversa.
- El humanismo es la creencia fundamental, no contradice ninguna otra, y puede fortalecerlas a todas en el mejor sentido; une y orienta. Cultivar el humanismo en toda su amplitud y profundidad es el mejor ejercicio preventivo y terapéutico del *distress*.
- La vida puede tener un sentido más allá del problema que se padezca, y no se mide en el tiempo, sino en la intensidad y calidad humana con que se ejerce.
- El ser humano necesita, al menos con cierta periodicidad, dedicarse un tiempo para pensar en cosas buenas para sí y para los demás. Si este momento es en colectivo, el efecto fortalecedor del espíritu humanista y por la vida es mucho mayor que si se piensa solo. La sesión puede ser ese momento, y deberá propiciar la posibilidad de que cada individuo perciba ese universo, y se sienta no solo parte, sino que, en su humana sencillez, pueda sentirlo todo en él; no importen sus defectos y virtudes; sea ateo o religioso; cualquiera que fuere su posición social, raza, sexo, edad o estado de salud.

Observaciones. La duración de esta etapa no debe ser por más de 20 min, y se debe permitir que cada paciente pueda asimilar el principio y que esto le ayude a asumir sus propias posiciones y soluciones, lo que le será sugerido.

El grupo se seleccionará según un plan, de acuerdo con el tipo de problemas que presentan los individuos, u otras consideraciones.

El uso de la técnica de sugestión no excluye la posibilidad de emplear otra técnica psicoterapéutica, y esa opción quedará abierta a los que la soliciten individualmente.

Recuérdese siempre que el éxito de este tipo de técnicas se garantiza en gran medida, desde antes de la sesión, con la confianza que despierte el médico en cada paciente con su prestigio anterior; cada caso humanamente tratado abre el camino del próximo éxito.

Tiene también mucha importancia la conducta del médico en todo momento tanto dentro como fuera de la sesión; el médico debe prepararse psicológicamente para cada sesión; debe realizar él mismo el ejercicio de sugestión orientado a esos fines porque ello le prepara. En caso de que no logre un estado psicológico apropiado, es preferible que no dirija la sesión o la posponga.

SECUENCIA DE ÓRDENES PARA ALCANZAR EL ESTADO DE RELAJACIÓN

El terapeuta hablará al paciente en voz baja, despacio y dejará pausas entre una orden y otra, más o menos en la forma siguiente:

- "Concentre ahora su mente en su cuerpo, imagíneselo; vamos a darle un buen descanso, se lo merece por todo lo que hace por Ud.; observe mentalmente su cara: debe reflejar serenidad, paz, relaje los músculos de la frente, del entrecejo, de alrededor de la boca…, de los párpados…, del cuero cabelludo"; y así mencionará todas las partes del cuerpo, incluso los órganos internos. Se intercalará de vez en vez, alguna frase como: "que agradable sensación de paz se siente así; mi cuerpo se merece este descanso; paz, paz; mi mente garantiza el descanso de mi cuerpo".

Suele ocurrir que la mente del paciente se disocie de manera involuntaria, por lo que periódicamente, es decir, dos o tres veces durante el ejercicio, se sugerirá que en esos casos no debe luchar contra la disociación, sino concentrarse en mantener relajadas todas las partes del cuerpo; se le indicará al paciente que continuamente debe visualizar su cuerpo en la mente, y que, de esta forma, las ideas disociantes desaparecerán.

Es útil en las primeras sesiones, cuando todavía el enfermo no controla bien el proceso de relajación, ponerle un dedo en la zona muscular no relajada, previa solicitud de permiso al paciente; se le sugerirá que relaje en el área que siente esa presión, y que la recuerde, para futuros ejercicios de relajación; esto será útil para conseguir más rápido el dominio de esa zona. Esas localizaciones suelen ser las siguientes: en la masa de los gemelos, los músculos del hombro y el cuello, los de la frente y el entrecejo y los de los párpados; este último caso se previene con el cumplimiento de la orden de cerrar suavemente los ojos, dada al principio, y que puede sugerirse como una imitación a la caída del sol. El lenguaje debe adecuarse al nivel intelectual de los participantes.

Debe advertirse que el descanso es controlado por la mente, y que por esa razón no pueden quedarse dormidos. No obstante si esto ocurre, no se interrumpe el sueño hasta terminado el ejercicio, e incluso, si se considera beneficioso, al final de la sesión.

El ejercicio de relajación puede variar su duración; se empieza por 5 min y luego se incrementa hasta 20 o más; este es un buen plan, ya que ese tiempo es suficiente para romper tensiones. En su casa, el tiempo que emplee el paciente puede ser aún mayor, y puede servir como forma de inducción del sueño en los casos de insomnio.

Esta misma técnica es adaptable para crear las condiciones emocionales adecuadas para realizar el autoanálisis de la situación de *distress*. Puede ser útil sugerir que se analice como si se tratara de otra persona, lo que quizá le permita evadir dogmas que se aplican con rigor para el propio sujeto, pero no para otros. Todas estas posibilidades deben ser comunicadas a los pacientes, o enseñadas, paulatinamente.

Al finalizar la sesión de sugestión, se invitará a que de forma voluntaria, se comente sobre las vivencias personales; deberá reafirmarse lo positivo y desvirtuar con inteligencia cualquier resultado negativo o expectativa no alcanzada, de acuerdo con lo expresado antes. Es muy importante aceptar todas las experiencias como posibles, y solo después, reafirmar lo positivo, y estimular a continuar practicando sin expectativas inmediatas; el tratamiento es un proceso, y cada persona evoluciona de modo distinto.

TÉCNICAS FISIOTERAPÉUTICAS

Consiste en una serie de ejercicios que incluyen o pueden incluir algún elemento de sugestión.

Si se comienza después de la técnica de sugestión anterior, como proponemos, se realizará un estiramiento total, parecido al que con frecuencia hacen los gatos, o muchas personas al levantarse. Este es un ejercicio tonificador, útil siempre que se esté realizando una actividad monótona, o se tenga cierto estado de depresión ligera. Su práctica periódica durante la jornada laboral, es un elemento de higiene laboral y biológica nada despreciable.

EJERCICIO 1. OSCILACIONES CORPORALES

Posición. De pie. Pies ligeramente separados; brazos a ambos lados del cuerpo; relajados, abandonados de todo control o tensión. Mirada serena; cara relajada.

Ejecución. Realice una semitorsión del tronco hacia la derecha; la pierna izquierda se moverá suavemente en ese sentido, pero sin levantar los dedos del piso, solo se levantará un poco el talón; la rodilla izquierda se flexionará ligera y espontáneamente. Al llegar al final del movimiento no ejerza fuerza alguna en su favor. Utilice el impulso y comience el mismo movimiento en el sentido opuesto, es decir, hacia la izquierda. Oscile así a uno y otro lado, suave, como si sus brazos fueren la trompa de un elefante. Observe todo lo que queda a la altura de sus ojos. Realice 40 repeticiones, o hasta que logre relajar los ojos y todo el cuerpo.

Durante el ejercicio debe comprobar si tiene algún músculo contraído más de lo necesario para mantenerse parado, relájelo. Verifique si alcanza el máximo de torsión espontánea, si se esta deteniendo. Su rostro estará relajado. Con este ejercicio se logra un efecto sedante (fig. 16).

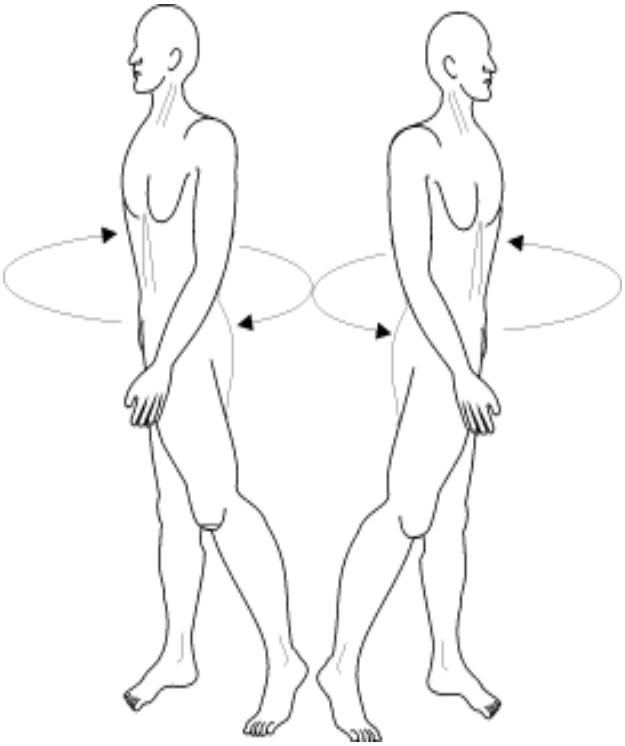


Fig. 16. *Ejercicio 1. Oscilaciones corporales.*

EJERCICIO 2. RELAJACIÓN DE PIES

Posición. De pie, con las piernas y pies unidos. Los brazos, colocados como si fuese a rezar o a tirarse al agua. Los ojos cerrados.

Ejecución. Inspeccione en su mente todo su cuerpo; determine qué grupos musculares están tensos innecesariamente; ordene relajarse, hasta lograr que solo los músculos que intervienen en la postura estén contraídos de forma adecuada. El cuerpo es ahora una estatua perfecta.

Revise de nuevo si tiene alguna contracción en exceso. Manténgase en la posición durante 3 min.

Este ejercicio enseña a relajarse parado; es útil en el ómnibus, donde habitualmente se generan tensiones psíquicas y físicas agotadoras; y que influyen en que no se alcance la eficiencia deseada en el resto de las actividades, además de crear un estado de ánimo favorable para el surgimiento de otros problemas.

EJERCICIO 3. EQUILIBRIO SOBRE UN PIE

Posición. Similar a la anterior.

Ejecución. Levante el pie derecho y apóyelo en la parte anterior del muslo izquierdo, tan alto como pueda sin caerse; la planta del pie derecho quedará hacia afuera. La rodilla de la pierna levantada quedará orientada hacia abajo. Suba las manos sobre la cabeza, con las palmas unidas. Mantenga los ojos abiertos. Sostenga la posición, ese es el desafío. Los ojos mirarán al frente. Los músculos se mantendrán con la tensión que obliga la postura. Persista con serenidad. En caso de que no le sea posible poner el pie donde se le indicó, entonces colóquelo apoyando su planta en la zona interior de su muslo izquierdo. Mantenga la postura hasta 2 min con cada pierna, su consecución será progresiva, con cada sesión (fig. 17).



Fig. 17. *Ejercicio 3. Equilibrio sobre un pie.*

EJERCICIO 4. ELEVACIÓN DE TALONES

Posición. De pie, con los pies separados unos 25 cm. Manos a los lados del cuerpo. Fije un punto al frente, a la altura de los ojos, concéntrese.

Ejecución. Expire y realice simultáneamente los movimientos siguientes:

- Inspire con amplitud.
- Eleve frontalmente los brazos, es decir, en paralelo, palmas hacia adentro, y estire al máximo.
- Eleve los talones hasta quedar en puntas de pie. Al alcanzar esta posición, todavía con los pulmones llenos, sin rigidez, sin oscilaciones, ni tensión muscular, mantenga la posición el mismo tiempo que le tomó inspirar.

Ahora comience a deshacer la posición, expire y vuelva lentamente a la posición inicial, a la que se llega al unísono con el fin de la expiración.

Todos los movimientos comienzan y terminan juntos, sincronizados. El ejercicio es reiterativo, rítmico, pero con sus pausas entre uno y otro movimiento. Llegar a la posición de máximo estiramiento, retención del aire y deshacerse, toma el mismo tiempo. Obsérvese que se realiza con los ojos abiertos. La repetición debe ser de 4 a 6 veces (fig. 18).

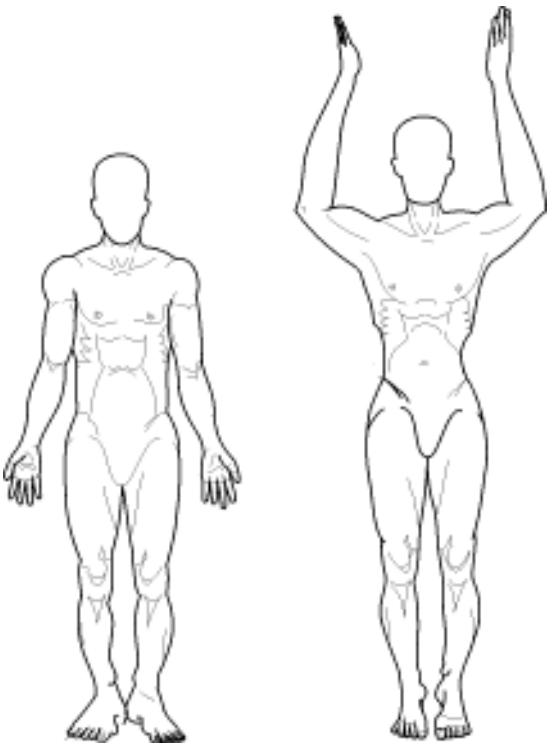


Fig. 18. *Ejercicio 4. Elevación de los talones.*

EJERCICIO 5. BALANCEO

Posición. Sentado en el piso.

Ejecución. Encoja las piernas y abrácelas; encorve la espalda; incline el mentón hacia el pecho. Impúlsese con los pies contra el piso, y manteniendo la postura, se balanceará con la curvatura de la espalda sobre el piso. Cuando el impulso cese, repítalo y mantenga el balanceo. Disfrute el masaje en la espalda y la sensación especial que provoca este ejercicio. El tiempo será de 3 min, entre 6 y 8 repeticiones. Las personas muy delgadas no lo practicarán, ya que les produciría dolor en las espinas vertebrales muy sobresalientes. El ejercicio se realizará sobre una manta en el piso, que es donde mejor se efectúan los ejercicios que se proponen (fig. 19).

EJERCICIO 6. MASAJE DEL CUELLO Y RESPIRACIÓN POLARIZADA

Posición. Sentado y relajado, con la columna vertebral recta; puede ser en una silla, las manos sobre los muslos, palmas hacia arriba. Los ojos se mantendrán cerrados.

Ejecución. Realice una larga inspiración y, al mismo tiempo, deje caer la cabeza hacia adelante, y en movimiento continuo, hacia el lado izquierdo, atrás, al lado derecho, al frente, y allí termina la inspiración. Realice lo mismo, en el otro sentido. Cada movimiento de la cabeza en un sentido debe implicar tensión en los músculos del lado opuesto. El ejercicio se realizará con lentitud y ritmo, que sería marcado por la respiración. Se repetirá 3 veces a cada lado.

Ahora, de pie o sentado, realice una inspiración profunda, y continúe con la técnica respiratoria siguiente:

- Doble los dedos índice y del medio de la mano derecha. Lleve la mano a la altura de la nariz. Cuando necesite bloquear la fosa nasal derecha, hágalo con el pulgar, y si quiere bloquear la izquierda, hágalo con el anular. Si quiere cerrar ambas fosas, utilice el pulgar y el anular como pinza (fig. 20).
- Cierre los ojos, y la fosa nasal derecha, inspire por la izquierda, y piense que atrae hacia sí algo muy beneficioso, positivo. Retenga la respiración. Después cierre la fosa nasal izquierda, y libere la derecha, expirando por esta última. Repita el ejercicio, pero inspirando por la derecha, y expirando por la izquierda. Repita el ciclo por 3 veces (fig. 21).

EJERCICIO 7. RELAJACIÓN SENTADO

Posición. Sentado en una silla, con la columna vertebral recta. Mirada al frente. Brazos sobre los muslos, con las palmas hacia arriba. Mandíbula suave pero cerrada, la lengua toca suavemente la parte posterior de los dientes. Cierre los ojos. Semblante tranquilo, sin contracciones. Inmovilidad total.

Ejecución. Libere su respiración, pero obsérvela, disfrútela, como entra y sale el aire, algo frío al entrar, más caliente al salir. Su respiración se irá haciendo más y más tenue, puede parecer que se extingue, pero si se precisa bien, está, muy suave, acompasada, parece interna. ¡Qué agradable sensación!

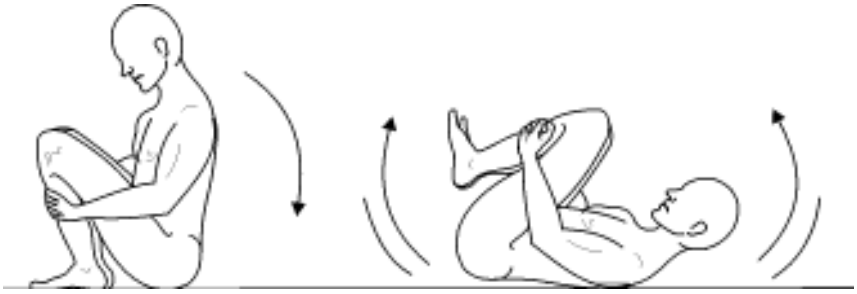


Fig. 19. *Ejercicio 5. Balanceo.*



Fig. 20. *Ejercicio 6. Respiración polarizada 1.*



Fig. 21. *Ejercicio 6. Respiración polarizada 2.*

Ahora concéntrese en su cuerpo. Comience por sus piernas, verifique si están tensas. Al unísono con la expiración, ordénele que se relajen, que se aflojen. Las sentirá cada vez más pesadas, que se ablandan, se desconectan, quedan libres. Así se tratará todo el cuerpo, de abajo a arriba, incluyendo los órganos internos.

Logrado esto, se repite el mismo mandato, pero solo para las piernas, el tronco, los brazos, y la cabeza, de forma general y no en detalle. Con órdenes como: "no puedo mover las piernas, no las siento, están tan relajadas que no las controlo, no las siento"…Llegado ese momento, sentirá una sensación de paz interna, que merece, que es agradable y beneficiosa.

El tiempo que se va a utilizar es variable, pero debe incrementarse paulatinamente. Se puede empezar con 5 min.

La salida de este ejercicio se realiza con estiramiento suave de las distintas partes del cuerpo, o continuar con el siguiente, cuando aún el paciente no se ha recuperado totalmente. Depende del resultado que espere el terapeuta en la sesión.

EJERCICIO 8. ESCUCHANDO ALREDEDOR

Posición. La misma que la anterior. Recuerde, con los ojos cerrados.

Ejecución. Escuche ahora los ruidos del ambiente. Identifíquelos. Clasifíquelos en agudos, graves o bajos. No se irrite por ninguno, desarrolle la paciencia, los ruidos no pueden irritarlo ni incomodarlo.

Identifique entonces un sonido bajo, monótono, invariable, continuo, como un murmullo. Fije su atención en él, solo en él. Abstráigase de los otros, quede atento. No luche contra los otros, sencillamente concéntrese en él. Sentirá al rato, paz, tranquilidad, y una sensación de bienestar muy agradable.

El paciente no debe sufrir si no logra en sus primeras prácticas ese estado; este se conseguirá poco a poco, casi sin percibirlo. Puede realizarse por 5 min.

EJERCICIO 9. OM

Posición. La misma.

Ejecución. Se puede continuar con la repetición, por el terapeuta en principio, y más adelante por cada paciente en particular, de un sonido de una o pocas sílabas, con algún efecto vibratorio en su realización. A este sonido puede dársele un significado del más alto valor metafórico para cada paciente, y en dependencia de su cosmovisión del mundo y la existencia. Por ejemplo, el monosílabo: Mientras el paciente es impactado por el efecto de ese sonido deberá pensar en su significado.

El sonido se emitirá al comienzo en máxima inspiración, y al terminar en total vaciamiento; cuando el paciente lo realice, podrá disfrutar de ese último momento, que acabará con una lenta inspiración. Se puede repetir varias veces.

Al terminar el ejercicio, que es el final de la sesión, y previo al proceso de estiramiento tonificador, se realizará una reafirmación interna, orientada por mandatos como el siguiente: "soy un centro de amistad, soy un centro de paz, soy un centro de salud, soy un centro de amor…" Después, se ordenará ir abriendo los ojos, y poco a poco se estirará el cuerpo, primero suave, y totalmente al final.

Es bueno dar un pequeño tiempo para que algún paciente haga algún comentario, que se intercambien experiencias, y se permitirá que una vez despedidos todos, alguno de los participantes pueda solventar inquietudes que considere íntimas. La despedida será sencilla, pero significativa por su tono agradable.

Observaciones. Los ejercicios se realizarán con ropa holgada, que no pueda molestar durante los momentos de relajación. Tampoco el paciente deberá poseer objetos como anillos, cadenas, relojes, etc.

Los pacientes deberán asistir sin ingerir comidas pesadas, al menos, desde 1 ó 2 horas antes, y no deberán ingerirla hasta no menos de 1 hora después.

Sería útil el uso de una tela adecuada para acostarse sobre ella, con los brazos abiertos en unos 30 grados, y que, además, no permita que el frío del piso llegue al paciente.

Es preferible asistir bañado, y no debe bañarse el paciente hasta 1 hora después de la práctica.

Los ejercicios propuestos son de utilidad general para cualquier enfermo con *distress* psicológico. Cada uno de los ejercicios es útil para el autocontrol del paciente en un momento dado, y está orientado para inducir a la idea de que la relajación es mucho más que unos ejercicios; ella implica una forma de ser adaptable, sin hacer concesiones, en cuanto a sus convencimientos más íntimos, ni en su vitalidad como ente social y humanista, porque propicia al hombre una mayor eficiencia como ente social y en la vida particular.

En resumen, una sesión de terapia, pudiera ser en esencia:

- La reflexión participativa acerca del principio que se va a considerar en el día.
- La realización de las técnicas de sugestión.
- La realización de las técnicas fisioterapéuticas.

OTRAS TÉCNICAS Y MÉTODOS DE SUGESTIÓN

BIORRETROALIMENTACIÓN

Se le explicará al paciente, con lujo de detalles, de modo que se adapte la información al nivel intelectual que posee, las características del *distress* que padece y cómo el organismo pudiera reaccionar para erradicarlo o disminuirlo. En esta explicación se incluirá información gráfica como pueden ser dibujos, fotos, maquetas o videos. Esto es importante, ya que será ese el basamento memorístico con que contará el paciente durante la realización de la técnica.

También se le explicará en qué consiste la técnica en sí y lo que se puede hacer, lo que se argumentará con experiencias positivas. Con esa información, el paciente estará preparado para participar en la experiencia de *biorretroalimentación*.

Si la sesión se realiza con un solo paciente, en la etapa de creación de un ambiente psicológico adecuado, se le puede someter a un ejercicio de relajación y sugestión que estará orientado a lograr ese objetivo. Estas técnicas se describieron antes. Después, es útil recordarle los conocimientos ya explicados, para lo que se pueden utilizar los mismos medios audiovisuales de la etapa de preparación cognoscitiva.

Seguidamente, se reforzará el estado de relajación y quietud placentera, y se le hacen recordar los aspectos de interés de su problemática de salud, y cómo el organismo puede contrarrestarla o disminuirla. Se le induce entonces a vivenciar mentalmente cómo el organismo, que sigue sus propias órdenes, va realizando las acciones que lo benefician, y cómo estas ocurren poco a poco, de modo que siente la mejoría paulatina y sutil. La salida del ejercicio puede ser similar a la de la variante descrita en este capítulo.

En el caso de los pacientes psicosomáticos, en los que el resultado del proceso de sugestión puede variar desde muy exitoso, hasta desastroso, es determinante la fe que el médico logre previamente. Una forma de evitar posibles problemas es empezar con el uso de la técnica de biorretroalimentación cuando el paciente padece de una crisis, y si ya se le ha aplicado el tratamiento que habitualmente la resuelve, y él tiene esa seguridad.

En este caso se le invitará a que compruebe que el efecto del medicamento es más rápido; gracias a su propio esfuerzo. Durante el proceso se irá preparando para controlar cada vez más sus crisis, e incluso dominarlas sin medicamento alguno.

Durante la inducción de estados emocionales por sugestión, el médico deberá estar atento a cómo evoluciona el paciente en la crisis, y utilizará en cada momentos la inducción adecuada. Así, en el caso de un asmático, cuando aún se muestre muy agitado, la sugestión se dirigirá a dar seguridad y a propiciar la acción broncodilatadora del organismo: " el aire que entra es suficiente, mucho más que el necesario..., la sensación de falta de aire no implica que los pulmones no se llenen, tú lo puedes vivenciar si te

concentras en observar como pasa el aire. Los bronquios se dilatan cada vez más, el aire pasa, llega..."

Cuando el paciente comienza a mejorar y se ve menos agitado, entonces se reafirmará el efecto de la acción sugestiva: "ya lo ves, lo haz logrado, el tiempo para la acción del medicamento fue mucho más rápido. Disfruta tranquilamente como el aire llega, y tus bronquios cada vez se dilatan más y más. Estás venciendo..., se puede..."

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

Es una variante del ejercicio de relajación, en la que el paciente se induce un estado de relajacion peculiar que se logra mediante la realización de prácticas regulares que le propician una mejoría evidente de diversos estados de *distress* psicológico. Durante la práctica, el paciente alcanza un estado especial de la conciencia llamado *estado autógeno*.

La inducción consiste en que el paciente se mantiene en concentración pasiva para lo cual emplea fórmulas que contienen elementos fisiológicos, y mantiene contacto mental con las zonas relacionadas con esos fenómenos.

Por concentración pasiva se entiende un proceso mental que consiste en realizar una tarea con indiferencia hacia el resultado de esta; por lo que se atiende más el proceso de concentración en sí. El paciente acepta todas las manifestaciones o fenómenos percibidos, sin rechazar o perseguir ninguno de ellos.

El método clásico incluye seis ejercicios que serán practicados en una secuencia determinada.

Ejercicio 1. Constituido por una sucesión de fórmulas que se introducen progresivamente:

- Mi brazo derecho es pesado.
- Mi brazo izquierdo es pesado.
- Mis brazos son pesados.
- Mi pierna derecha es pesada.
- Mi pierna izquierda es pesada.
- Mis piernas son pesadas.
- Mis brazos y piernas son pesadas.

Ejercicio 2. Es similar al anterior, pero la sugerencia es que el miembro de que se trate está caliente.

Ejercicio 3. La sugerencia es "mi corazón late tranquilo y regular".

Ejercicio 4. "Esto respira solo". El paciente como mero observador se concentrará en la respiración.

Ejercicio 5. "Mi plexo solar es caliente."

Ejercicio 6. "Mi frente es fría."

Estas formulaciones deberán ser repetidas en voz alta por el terapeuta, y mentalmente por el paciente; la representación debe ser periódica y debe crear un flujo de influencia. Se comenzará con 1 ó 2 min por fórmula, y se irá incrementando el tiempo hasta 10 a 15 min.

Durante las formulaciones, el paciente se concentrará en las zonas del cuerpo que corresponda, pero esto debe ocurrir espontáneamente, en concentración pasiva.

Para la práctica se necesita un ambiente tranquilo, temperatura agradable y "a media luz". Las posturas recomendadas pueden ser sentado en un sofá que es muy útil; en decúbito supino o en la llamada "posición de cochero". El tiempo para pasar de un ejercicio a otro es de alrededor de 2 semanas. La frecuencia puede ser desde tres veces al día hasta una vez, si el paciente ha progresado.

La ropa que se debe utilizar será holgada, y el practicante no poseerá ningún objeto que pueda perturbar el proceso de relajación.

El ciclo básico dura 12 semanas, y puede repetirse con variaciones en la frecuencia. Los resultados se apreciarán individualmente y pueden necesitarse varios meses en algunos casos.

Una vez entrenado, el paciente puede crear sus propias formulaciones para problemas específicos, a lo que el terapeuta le ayudará, al considerar el problema en cuestión y las características del paciente. El final de cada sesión puede ser similar al expuesto en los métodos anteriores.

Algunos pacientes presentan reacciones llamadas autógenas, que serán interpretadas como expresión de que el método funciona, y se está rompiendo con algunas tensiones orgánicas. También se describen algunas contraindicaciones de formulaciones, relacionadas con zonas de afectación en enfermedades orgánicas que padezca el paciente. En esta técnica como en la biorretroalimentación, el paciente debe poseer información previa de la técnica y de cómo puede influir en el organismo.

SUGESTIÓN HIPNÓTICA

La sugestión hipnótica implica la toma de la conciencia del paciente. Mediante estímulos repetitivos, se crea un foco de excitación en la corteza cerebral y, a su vez, una inhibición que se generaliza a partir de él. Los estímulos pueden ser visuales, auditivos, táctiles o combinados.

NIVELES DE HIPNOSIS

Se drescriben diversos niveles de profundidad de hipnosis. Uno de los más utilizados es la clasificación siguiente:

- **Nivel refractario**. El paciente no cae en el trance hipnótico.
- **Nivel hipnoide.** Se caracteriza porque el paciente presenta relajación física completa, cierre de los ojos, y hay movimiento de los párpados.

- **Nivel de trance ligero.** Se caracteriza por catalepsia de miembros, catalepsia ocular, rigidez cataléptica y anestesia.
- **Nivel de trance medio.** Sus rasgos fundamentales son: amnesia parcial, anestesia poshipnótica, cambios de personalidad, sugestión simple poshipnótica. Puede presentarse amnesia total e ilusiones kinestésicas.
- **Nivel de trance profundo.** Caracterizado por la capacidad de abrir los ojos sin salir del trance, fantasía y sugestiones poshipnóticas, sonambulismo completo, alucinaciones poshipnóticas visuales y auditivas; amnesia poshipnótica sistematizada y alucinaciones auditivas negativas.

La sugestión hipnótica para el tratamiento del *distress* psicológico puede ser exitosa a niveles cercanos a la vigilia; generalmente no es necesario alcanzar los niveles más profundos de hipnosis.

ALGUNAS INDICACIONES PARA SU USO

- La fe y confianza en el médico es el elemento esencial para el éxito, así como la disposición de cooperar por parte del paciente.
- El tiempo necesario para inducir la hipnosis suele ser en el orden de los minutos.
- Los sujetos hipnotizados se despiertan espontáneamente si el terapeuta suspende el estímulo sugestivo y los deja solos durante un tiempo.
- Con la experiencia aumenta la susceptibilidad del paciente.
- Se pueden inducir la anestesia, y también ilusiones, alucinaciones, cambios del tono muscular y de su fuerza, de las funciones psicofisiológicas, de los estados emocionales, de la capacidad memorística, y otros.
- Es posible inducir efectos poshipnóticos a través de sugestiones para que el paciente realice determinadas acciones tiempo después de concluida la experiencia hipnótica, y según el plan establecido durante ella. En estos casos la justificación del paciente se basará en razones propias.
- Debe realizarse una entrevista de preparación psicológica. Esta entrevista será adaptada al nivel del conocimiento del paciente, y se tratarán asuntos que puedan producirle temor, prejuicios u otras dudas sobre la hipnosis. El paciente debe quedar libre de dudas acerca del método, y se reclamará su cooperación para lograr los objetivos que se han propuesto entre él y el médico.
- Las formulaciones terapéuticas deben prepararse con antelación y con mucho cuidado con respecto a aspectos éticos, así como al alcance de la propuesta. Se dice que el paciente no realizará nada contrario a sus valores; ¿pero cuáles son esos valores realmente?
- Las condiciones del lugar serán similares a las propuestas para otros métodos antes expuestos.
- La posición más aceptada para el paciente es sentado correcta y cómodamente.

PRUEBAS DE SUGESTIBILIDAD

Son útiles, pero no imprescindibles para el tratamiento del *distress* psicológico. Su resultado aporta información acerca del posible nivel de hipnosis que alcance el paciente. Una de las más utilizadas se describe a continuación.

PRUEBA DE LAS MANOS INSEPARABLES

El paciente se encuentra sentado y se le indica lo siguiente:

- Apriete fuertemente las manos con los dedos entrelazados, hágalo lo más fuerte posible.
- Cierre los ojos mientras apriete las manos.
- Piense que ambas manos están muy pegadas, con un pegamento, cocidas.
- Una las manos aún más fuertemente, más, ... más fuerte.
- Voy a contar hasta cinco, mientras tú sigues apretanto con todas tus fuerzas, cuando llegue a cinco, tus manos estarán tan pegadas que no será posible separarlas.
- Aprieta más fuerte tus manos, fuertemente... 1; más fuertemente, 2; únelas más fuertemente, 3; están soldadas, 4; son inseparables, 5.
- Trata de abrirlas y observarás que no puedes.

El paciente altamente sugestionable no podrá separar las manos por algunos segundos.

LA INDUCCIÓN HIPNÓTICA

Existen diversas formas de inducción; una de ellas es la siguiente:

- El paciente estará sentado y cómodo.
- Se deberá reforzar la confianza del paciente en el terapeuta y en la importancia de realizar el tratamiento. Se romperán las tensiones con respecto a la técnica en sí.
- El terapeuta se colocará detrás y hacia el lado de su mano principal. Con el pulgar extendido, y el resto de la mano cerrada, se coloca el dedo delante, al medio y algo por encima de la cabeza del paciente, le pedirá al paciente que mire al frente y siga con los ojos la punta del pulgar, sin mover la cabeza (fig. 22).
- El paciente observará la punta del dedo, lo detallará. No debe desviar los ojos de ese objetivo.
- Sentirá que su cuerpo se relaja, se afloja..., sus músculos se relajan..., cada vez más y más...



Fig. 22. *Técnica de inducción hipnótica.*

- Se siente cómodo, agradable...; los músculos se relajan, se aflojan...; sus brazos se aflojan...; las piernas se aflojan...; los músculos de la cara se aflojan...
- Siente un agradable adormecimiento..., cada vez más..., que agradable se siente el cuerpo...; el cuerpo se siente pesado...; los brazos pesan..., pesan...; las piernas pesan...; todo el cuerpo pesa.
- Desea dormir....; ¡qué deseos de dormir!..., dormir...; ¡qué agradable dormir...; los ojos se cierran suavemente...; dormir. Al mismo tiempo, el pulgar irá bajando hasta colocarse en el entrecejo y ejercerá una cierta presión en este. Ese momento se corresponderá con la llegada al trance hipnótico.

La presión entre el entrecejo puede hacerse recordar y será utilizada por el paciente para realizar autohipnosis posteriormente.

SALIDA DEL ESTADO HIPNÓTICO

Se realiza lentamente mediante formulaciones favorables para ir recuperando la conciencia paulatinamente. Primero sería despertar con los ojos cerrados; después ir movilizando el cuerpo con estiramientos suaves; abrirá con lentitud los ojos, disfrutará ese momento y se estirará todo el cuerpo hasta quedar cómodamente sentado. Durante ese proceso, pueden incluirse frases de estimulación positiva, pero se cuidará de que no sean incompatibles con aspectos relativos al *distress* psicológico en tratamiento.

Un buen medio de garantizar la continuidad exitosa del tratamiento será establecer una conversación sobre si el paciente mantiene vivencias de lo ocurrido o no; sobre su estado de ánimo o hacerle preguntas acerca de algún momento de inquietud; luego se finalizará positivamente, de forma realista y no exagerada.

ALGUNAS SITUACIONES POSIBLES DURANTE EL PROCESO

- Si el paciente está renuente a comenzar, no comience.
- Durante el proceso puede producirse inquietud o estados de incomodidad. Estos pueden pasar y continuar la sesión, pero de ser extremos podrían sacar al paciente del trance. En este caso se indagará la razón y se tomarán medidas para que en lo posible no vuelva a ocurrir. Estas situaciones pueden ser motivo para el cambio de método en el tratamiento.
- En el momento de terminación puede que el paciente no salga del estado de trance. Recuerde que dejarlo dormir propicia la salida de este por sí mismo.
- Respuesta contraria a la sugerencia. Una vez conocida puede utilizarse favorablemente. Por sí misma, no implica una situación peligrosa, pero sí sorprendente.
- Se pueden producir alteraciones de comportamiento motor y sensorial que no implican la detención del proceso, y algunas como la analgesia pueden ser útiles en determinados pacientes.

CONTRAINDICACIONES MÁS FRECUENTES

- Los pacientes histéricos.
- La falta de disposición para participar.

OTRAS TÉCNICAS Y MÉTODOS FISIOTERAPÉUTICOS

TAICHI

Consiste en series de ejercicios de movimientos rítmicos, suaves y lentos. Cada serie tiene en consideración un significado metafórico cuando se realizan los movimientos. El taichi fue creado para proporcionar salud, y actuaba como instrumento contra el *distress*. La principal dificultad para su uso por el médico de asistencia consiste en que debe recibirse un entrenamiento, y que el taichi debe ser practicado regularmente para poderlo aplicar con eficacia.

El *Taichi* se apoya en toda una doctrina para la vida, y su aplicación más eficiente puede realizarse de igual manera a como proponemos con respecto a la yogaterapia.

TERAPIA CON AGUAS A DIFERENTES GRADOS

El agua fría y la caliente pueden ser utilizadas terapéuticamente. Un baño con agua fría tiene efecto tonificante, mientras que un baño con agua caliente es relajante. Esos efectos pueden ser útiles en el tratamiento del *distress* psicológico.

Existen sistemas terapéuticos basados en el agua, que se usan en muchas enfermedades.

YOGATERAPIA

La doctrina indú llamada yoga ha desarrollado todo un sistema en el que se establecen principios sobre qué es la vida, y el hombre, pasando por la forma de existencia, nutrición, higiene, ejercicios, etc. Fue creada con el fin de favorecer el autodesarrollo y dar lugar, así, a seres humanos aptos para la vida sana.

Es difícil practicarla en otros medios alejados de la cultura e historia de los pueblos de la India y Nepal, y que el sistema yoga sea asimilable en su totalidad. Sin embargo, se puede conformar un sistema parecido, si se sustituyen los elementos del induismo por las concepciones propias y se asimilan. De esa forma, el yoga modificado constituye un método de prevención y tratamiento del *distress* de extraordinaria eficacia; ya que puede tratarse al paciente multilateralmente, con técnicas de marcada eficiencia y que permite tener en consideración toda la estrategia *antidistress* y cumplir con ella. El sistema propuesto en este capítulo se nutre de elementos del yoga.

El *Do in* es una variante del yoga.

ARTERAPIA

El uso de diversas manifestaciones artísticas, de forma combinada y con el fin del tratamiento *antidistress*, constituye un método de altísima eficiencia, capaz de cubrir todos los requisitos para garantizar el tratamiento correcto, y es también una forma de prevención de *distress* psicológico.

A través del propio proceso de arterapia, es posible la sugestión de ideas y estados emocionales.

Sin embargo, el uso de este método implica un entrenamiento específico y ciertas aptitudes y habilidades por parte del terapeuta.

MASAJES

Existen muy diversos tipos, como: el masaje terapéutico, el deportivo, el masaje chino y sus variantes, y el Shiatsu, entre otros. Tanto el masaje chino, llámese Tui-na, digitopuntura y otras variantes de la acupuntura, como el masaje japonés Shiatzu, necesitan para su aplicación de un entrenamiento específico. Aun así, el conocimiento de algunos puntos o zonas de aplicación contra las tensiones y el *distress* pudieran ser útiles al médico general no experto en estos masajes.

A manera de ejemplo: un paciente en estado de lipotimia, puede salir de su estado de pérdida progresiva de la conciencia, mediante una fuerte presión con un dedo –o incluso el nudillo del dedo medio de la mano principal del terapeuta– a nivel del surco nasolabial. En ese lugar se encuentra el punto de acupuntura vaso gobernador 26. Esa recuperación momentánea puede dar el tiempo necesario para instaurar el tratamiento de elección en estos casos. Si el terapeuta conociera de acupuntura o sus variantes, quizá no necesitaría de otros recursos ajenos a esa modalidad terapéutica para solventar la situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adame-De León, FU y Gariglio, P (1989): "*Los genes del cáncer*". Inf Cient. Tecnológica, 11,152.

Alexander, F (1943): "*Fundamental concepts of psychosomatic research*", Psychosom Med, 5, 205-10.

Álvarez González, Miguei A; Uriarte A y Moreno L (1982): "*Respuesta de los linfocitos T activos al estrés emocional*", Rev Cub Inv Biom, 1; 236-44.

Álvarez Miguel A (1989): *Strees. Un enfoque psiconeuroendocrino*, La Habana, Ed. Científico-Técnica.

——— Baldor, F y Alvisa R (1982): "*Respuesta de tirotropina e iodo unido a proteína al estrés emocional*", Rev Cub Inv Biom, 1:217--25.

——— (1989): *Stress: un enfoque psiconeuroendocrino*, Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.

——— (1998): *Stress. Un enfoque integral*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.

——— (1985): *Estudio psicológico del hipertiroidismo*, Informe interno del Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana.

——— Portilla, L; González, R y Seuc A (1989): "*Insulin response to a short stress period*", Psychoneuroendocrinology 14: 241-244.

Alvisa, R (1981): *La influencia del estrés emocional sobre la insulina y los lípidos*. Informe interno del Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana.

Aller, K y Smith, T (1989): "*The hardy personality: Cognitive and psycological responses to evaluative stress*", Journal of Personality and Social Psychology, 56:257-266.

Amaro, S (1975): *Breve historia de la endocrinología*, La Habana, Ed. Científico-Técnica.

——— (1991): *Hormonas y actividad física*, La Habana, Ed. Ciencias Médicas.

Amkraut, A y Sólomon GF (1975): "*From the symbolic stimulus to the pathophysiologic response: immune mechanisms*", Inter J Psychiat Med, 5, 541-63.

Apud, JA et al *(1989): "Biochemical and functional aspects on the control of prolactin release by the hypothalamo-pituitary Gabaergic system"*, Psychoneuroendocrinology 14.

Ax, AF (1953): "*The physiological differentiation of fear and anger in humans*", Psychosom Med 433-42.

Axelrod, J y Reisine TD (1984): "*Stress hormones, their interaction and regulation*", Science 452-59.

Barrand, MA y Callingham BA (1983): *The catecholamines adrenaline, noradrenaline and dopamine*. En Gray & James (eds). Hormones in blood, London.

Bages, N (1990): "*Estrés y Salud: el papel de los factores protectores*", Rev. Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Venezuela, (1):15--28.

Bandura, A, Adams, NE y Byer, J (1977): "*Cognitive processes mediating behavioral change*", Journal of Personality and Social Psychology, 35, p.125-139.

Bartonova, M; Basny, Z; Merhaut, B; Sharniyzl, R (1971): *Joga od stare indie kdnesku*, Ed. Avicenum, Praha.

Bartrop, RS et al (1977): *Depressed lymphocite function after bereavement*, Lancet, (1):834-836.

Beckett, EM; Davis, AM y Petrós-Barvasuán, A (1985): *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria*. Cuadernos de Salud Pública, 76, p. 8-17.

Beley, A et al (1977): "*Time dependent changes in the rate of noradrenaline synthesis in various rat brain areas during cold exposure*", Pflungers Archives, pp. 368:225-29.

Berkman, L (1981): *Physical health and the social enviroment: a social epidemiological perspective*. En Eisenberg, L; Kleinman, A (eds). Relevance of social science for medicine, New York, Reidel D, pp. 51-76.

Bertalanffy, L (1986): *Perspectivas de la teoría general de los sistemas*, Madrid, Alianza Editorial.

Bleuler, M (1954): *Psiquiatría endocrinológica*, Buenos Aires.

Bond, MR (1984): Dolor: naturaleza, análisis y tratamiento, Ed. Harofarma, Barcelona.

Borysenko, J Borysenko, M (1983): "*A Sobre la psiconeuroinmulología*", Executive Health, XXI (10) julio.

Brena, S (1975): *Yoga y salud*, Ed. Ariel, Guayaquil.

Brown, SD (1996): "*The Textuality of Stress*", Journal of Health Psychology, Sage Publications, London, 1(2):173-193.

Cannon, WB (1932): *The wisdom of the body*, New York, Norton.

Casal Sosa, AM (1995): *Algunas reflexiones sobre lo psíquico en el proceso salud-enfermedad*, Trabajo para optar por la categoría docente de Profesor Auxiliar [inédito], La Habana.

Cassell, J (1976): "*The contribution of the social enviroment to host resistance*", Amer J Epidemiol, 104:107-123.

Collins, A (1985): *Sex differences in psychoendocrine estrés responses. Biological and social influences*, Doctoral dissertation, University of Stockholm.

Cordova, A y Hecht, K (1988): *El problema del estrés en la medicina*, La Habana, Ed. Científico-Técnica.

Curson, G; Joseph MH y Knott PJ (1972): "*Effects of inmovilization and food deprivation on rat brain trytophan metabolism*", J of Neurochem, 19:1967-1974.

Córdova, A y Hecht K (1988): *El problema del estrés en la medicina*. Ed. Científico-Técnica, La Habana.

Cruz Cruz, M (1993): *Estrés y Personalidad*, Trabajo de Curso de la Asignatura Psicología Médica II, Facultad Calixto García.

Chadwick, J et al. "*Psychological job estrés and coronary heart disease*", Stanford Research Institute, Menlo Park.

Chereck, DR et al (1980): "*Receptor changes following shock avoidance*", Soc for Neurosci Abstracs, 6:543.

David, DS; Greco MH y Cushman P (1970): "*Adrenal glucocorticoids after twenty years*", J of Chron Dis, 22:637-711.

De Wied, D (1969): *Effects of hormones on behavior*. En Gannong, WF y Martini, L (eds.) Frontiers in Neuroendocrinology, New York, Oxford University Press, pp. 97-140.

Dean, A y Lin N (1978): "*The estrés buffering roles of social support*", J Nerv Ment Dis, 165:403-17.

Delitalia, G et al (1987): "*Prolactin, growth hormone, thyrotropin and thyroid hormone secretion during estrés states in man*", Balliere's Clin Endocr Met, 1: 391.

Deary, J, Agias, R y Sadler A (1996): "*Personality and Stress in Consultant pychiatrists*". International Journal of Social Psychology, 42(4):112--123.

Díaz Novás, J et al (1993): "*Diagnóstico en la atención primaria*". Rev Cub MGI, 2: 2, abril-junio.

Díaz Novás, J (1990): "*Acontecimientos que producen tensión. Apoyo social y afectación en muestra de población urbana*". Rev Cub MGI, 6(3):363-370, julio-septiembre.

Dominguez, B (1991): *Manual de técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Dumbar, F (1938): *Emotion and bodely changes*, New York Press, Columbia Press.

Dunn, AJ (1989): *Psychoneuroinmunology for the psychoneuroendocrinologist: a review of animal studies of nervous system-inmune system interactions*, Psychoneuroendocrinology, 14: 251-74.

Edelmann, RJ y Golombock S (1989): "*Estrés and reproductive failure*", J Reprod Inf Psychol 7: 79.

Engel, B (1984): *Estrés is a noun, no a verb, no an adjective*. En Estrés and coping Fields, McCabe & Scheneideman (eds.).

—— (1977): *The need for a new medical model a challenge for biomedicine*, Sciencie, 196:129-136.

—— (1959): *Psychogenic Pain and the pain prone patient*, Am J of Med, 26:899-918.

Esler, M; Jennings G y Lambert G (1989): "*Measurement of overall and cardiac norepinephrine releases into plasma during cognitive challenge*". Psychoneuroendocrinology, 14: 477.

Fava, M y Guaraldi AP (1987): "*Prolactin and estrés*", Estrés Med, 211.

Frankenhaeuser, M (1975): *Sympathetic adrenomedullary activity. Behavior and the psychosocial enviroment*. En Venables & Christie (eds). Research in psychophysiology, New York, John Wiley & Sons, 71-94.

Friedman M; Roseman RH y Carrol V (1958): *Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in man subjected to cyclic variation of occupational estrés*. Circulation 17:852.

Fuxe, K et al (1973): *Brain and pituitary interactions studies on central monoamine neurons*. En Brain-pituitary adrenal interrelations, Brodish & Redgate (eds), Karger Basel, Berlin.

García Averasturi, L (1988): *Stress psicológico y afrontamiento. Una actualización del tema*. Folleto, ISCM-H.

Gatchel, RA; Baum, y Krantz DS (1989): *An Introduction to Health Psychology*, [Chapter 3, Stress, p. 36-73]. 2nd. ed, Ramdon House, New York.

Gentry, WD y Kobasa, SC (1984): *Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans*. Handbook of Behavioural Medicine, New York, Guilford,

Goldstein, D (1987): "*Stress induced activation of the sympathetic nervous system*". Balliere's Clin Endocr Met, 1:253.

Goldstein, M y Nakajima N (1976): "*The effect of disulfiram on the biosynthesis of catecholamines during exposure of rats to cold*", Life Sci, 5:175-179.

González Rey, F (1984): "*La categoría Personalidad y su incidencia en la aparición de indicadores de riesgo en los trastornos cardiovasculares*". Rev Cub de Psicología, 1(3): 15-27.

González, U (1993): *Características de la reactividad emocional en la hipertension arterial primaria, Jornada Científica del Instituto de Ciencias Médicas "Victoria de Girón" de La Habana.*

——— (1994): "*Inducción de modificaciones en el estilo de tomar decisiones en hipertensos primarios y controles,*" Ed. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Victoria de Girón" de La Habana.

———(1998): *Papel de la psiquis y el estilo de vida en el estudio del paciente asmático*, Tesis de Especialista en Psicología de la Salud, [inédito] Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

——— y Pérez Lovelle, R(1991): *Estilo de tomar decisiones y su relación con el modo de vida y la hipertensión arterial,* Ed. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Victoria de Girón" de La Habana.

Goodfield, GJ (1987): *El desarrollo de la fisiología científica*, Mexico, Ed UNAM.

Grossman, WI (1991): *Pain agression, fantasy and concepts of sadomasochism*. Psychoanal. 60(1):22-52.

Gray, GD (1978): "*Neuroendocrine mechaninism mediating the suppresion of circulating testosterone levels associated with chronic stress in male rats*". Neuroendocrinology, 25:247-56.

Haisestein B (1979): *Biología del comportamiento infantil*, Mexico, Ed. Siglo XXI.

Harris, GW (1948): "*Neural Control of the pituitary gland*", Physiological Review, 28: 139.

Hastrup, JL y Light, KC (1984): "*Sex differences in cardiovascular responses: modulation as a function of menstrual cycle phases*", J Psychosom Res 28: 475.

Hermogenes, J (1990): *Yoga para nerviosos*, Ed. Kier, Buenos Aires.

Hjemdahl, R (1985): *HPLC measurements of catecholamines in plasma catecholamine concentrations and sympathoadrenal activity.* En Monitoring neurotrasmiters release during behavior, Chichester, Ellis Harwood.

Holmes, TH y Rahe, RH (1967): "*The social readjustment rating scale*", Psychosom Med, 11:213-18.

Holtzman, WH; Evans, RI; Kennedy, S y Iscoe, Y (1988): *Psicología y Salud. Contribuciones de la Psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud*, Boletín OPS, 105 (3):245-282.

Ishi, Y; Homma M y Yoshikawa A (1975): "*Effect of a dopamine betahydroxilase inhibitor on tissue catecholamine levels in spontaneously hypertensive rats subjected to inmovilization cold estrés*", Neuropharmacology, 14:155-57.

Jenkins, CD (1986): *Diagnosis and treatment of behavioral barriers to good health and preventive medicine.* En Last JM (ed). Behavioral Medicine, New York, Appleton Centr R Y Croft.

John Wiley & Sons, 71-94. Frankenhaeuser, M (1986): *A psychological framework for research on human estrés and coping.* En Appley MH y Trumbull R (eds). Dynamics of estrés, New York, Plenum.

Jones, MT (1979): *Control of adrenocortical hormone secretion.* En James, T (ed). The adrenal gland comprehensive endocrinology, New York, Raven Press.

Karasek, RA; Russell RS y Theorell T (1982): "*Physiology of estrés and regeneration in job related cardiovascular illness*", J Human Estrés 1:29-42.

Karger Basel, Berlin. Gailard, RC y Al-Dalmuji S (1987): "*Strees and the pituitary adrenal axis*", Balliere's Clin Endocr Metab 1: 319.

Kellner, K et al (1980): *Behavior of thyroid hormones, corticosterone, adrenocorticotropic hormone and insulin in plasma of the rat under estrés conditions*, Z Gesam Inn, 15:418-21.

Kimball, CD (1987): "*Do opiods hormones mediate appetites and love bonds?*", Am J Obst Gynecol 156: 1463.

Kirchbaum, OC et al (1990): "C*ortisol and behavior: aplications of a latent state trait model to salivary cortisol*", Psychoeneuroendocrinology, 15: 297.

Kjoer, M y Garbo H (1987): "*Physical stress and catecholamine release*", Balliere's Clin Endocr Met, 1:279.

Kleim, KL y Sigg EB (1972): "*Plasma corticosterone and brain catecolamines in estrés. Effects of sychotropic drugs*", Pharmacol Biochem Behav, 6:79-85.

Kobayashi, RM (1976): "*Selective alterations of catecholamines and tyrosine hydroxilase activity in the hypothalamus following acute and chronic estrés*", Urdsin, Kvetnansky & Kopkin (eds.). Oxford, Pergamon Press.

Labrador, FJ (1995): *El estrés*. Nuevas técnicas para su control, Colección Bolsitemas, Madrid.

Lazarus, R (1966): *Psychological estrés and the coping process*, New York, Mc Graw Hill.

——— (1980): *Psychological stress and adaptation: unresolved issues*. En Selye's guide to estrés research, H Selye (ed), New York, Van Nostrand Reinhold Co.

——— (1988): E*l concepto de estrés en Biología. El estrés y el proceso cognoscitivo, cap. 1*, Ed. por Fac de Psicología, Universidad de La Habana.

——— y Folkman S (1986): *Estrés y procesos cognitivos*, Ed. Martínez Roca, Barcelona. p.372.

León Rubio, JM y Expósito J. (1992): *Habilidades Sociales y de Salud.* Ed. Eudema, Universidad de Salamanca.

León, JM y Barriga, S (1993): *Psicología de la Salud*, Ed. EUDEMA, Sevilla.

Leontiev, AN (1982) *Actividad, Conciencia y Personalidad*, Ed. Pueblo y Educación, La Habana.

Lessle, RG et al (1990): "*Mood changes and physical complaints during the normal menstrual cicle in ehalthy young women*", Psychoneuroendocrinology, 15: 131.

Levi, L (1985): Population in development. *Quality of Life. Royal Ministry Foreign Affairs*, United Nations Publication.

——— (1972): "*Stress and distress in reponse to psychosocial stimuli*", Acta Med Scand pp. 528 [suppl].

——— (1987): *Estrés, conceptos, definiciones e importancia*, Folleto [mimeografiado], Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez, 1987.

Liebenthal, P (1984): *Manual de acupuntura*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires.

Linton Porrel, M (1992): *Relación del estrés y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*, Tesis para optar por el título de especialista de I grado en medicina general integral, [inédito] La Habana.

Manuel Finchelman y Cia. Bliss, EL; Thatcher W y Ailion J (1972): "*Relationship of estrés on brain serotonin and 5-hydroxyindolacetic acid*", J Psychiat Res 9:71-80.

Martin, M; Grau, J A; Bosch, F; Zas, B; Rial N et al. *La atención psicológica al dolor crónico en una proyección multidisciplinaria*, ECIMED, Ciudad de La Habana.

——— Grau, J; Bosch, F; Delgado, C; Infante O et al. *Dolor crónico y factores psicosociales. Identificación y manejo en la atención primaria*, ECIMED, Ciudad de La Habana.

Martelli, MF; Auerbach, SM; Alexander, J y Mercuri, LG (1987): "*Stress management in the health care setting: Matching interventions with patient coping styles*". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55:201-207.

Mason, J (1968): "*A review of the psychoendocrine research on the pituitary adrenal cortical system*", Psychosom Med. 30:576-79.

——— (1975a): "*A historical view of the stress field I*", Human Stress, 1:6.

——— (1975b): "*A historical view of the stress field II*", J Human Estrés, 1:22.

McKay, M et al. (1989): *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Ed. Roca, Barcelona.

Meichenbaum, D (1977): *Cognitive Behavior modification.* An integrative approach. New York, Plenum.

Melzack, R y Wall, PD (1982): *The challenge of pain*, New York, Basic Books.

Meng, H (1966): *Endocrinología Psicosomática*, Madrid, Ed. Morata.

Metalnikov, S y Chorine, V (1928) «Role des reflexes conditionnels dans la formation de anticorps, CRC Soc Biol, 99: 142.

MINSAP, (1988): *Programa de trabajo del médico y la enfermera en el policínico y en el hospital.* La Habana.

Morales Calatayud, F (1991): "*Estrés psicológico en el riesgo de enfermar. Su atención en el nivel primario*", Rev Cub MGI, 7(1):27-44, enero-marzo.

——— (1990): "*Procedimientos de evaluación de factores psicosociales de riesgo de enfermar*", Rev Interamericana de Psicología, 24(2):215-220.

Morris, M (1990): "*Endogenous opiods modulate the cardiovascular response to mental stress*", Psychoneuroendocrinology 15: 185.

Mortiz, H y Vatner (1985): "*Effects of hemorrage on renal nerve activity in condionned dogs*", Clin Res, 57: 788.

Munck, A et al (1984): "*Physiological functions of glucocorticoids in estrés and their relationships to pharmacological actions*", Endocr Res 5: 25.

Murrison, R et al (1989): " *Hypothalamic-pituitary adrenal manipulation and stress ulcerations in rats*", Psychoneuroendocrinology, 14:331.

Navarro, D; Álvarez MA y Speck P (1986): "*Respuesta del eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo al estímulo emocional en familiares de pacientes con bocio tóxico difuso*", Rev Hosp Psiquiát Hab, 27: 609.

Noel, GL et al (1972): "*Human prolactin and growth hormone release during surgery and other conditions of stress*", J Clin Endcr, 35: 840.

Orlandini, A (1994): *Psicología del Estrés*. ¿Cómo responde nuestra mente ante el estrés?, Ed. Oriente, Santiago de Cuba.

Orr, T et al (1990): "H*yperresponsiveness of the rat neuroendocrine system due to repeated exposure to stress*", Psychoneuroendocrinology, 15: 317.

Owens, PC y Smith R (1987): "*Opioid peptides in blood and cerebroespinal fluid during acute stress*", Balliere's Clin Endocr Metab, 1: 415.

Parrot, RF y Thornton SN (1989): "*Opioid influences on pituitary function in sheep under Sasal conditions and during psychological stress*", Psychoneuroendocrinology, 14: 451.

Penzo, W (1989): *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*, Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Pérez-Lovelle, R (1989): "*La Psiquis en la determinación de la salud,* La Habana, Ed. Científico-Técnica.

Philips, HC (1988): *El tratamiento psicológico de dolor crónico*; Ed. Pirámide S.A; Madrid.

Piaget, J (1972): "*La construcción de lo real en el niño*, La Habana, Ed. Revolucionaria.

Pillow, D, Zautra AJ y Sandler Y (1996): "*Major life events ans minor stressors: identifying mediational links in the stress process*". Journal of Personality and Social Psychology. 70(2):381-394.

Ponce Solozábal, JR (1994): *Estrés y afrontamiento*, Ed. Academia, La Habana.

Portilla, L et al (1987): "*Estrés provocados por cambios de vida y su relación con los niveles de lípidos en sangre*", Rev Cub Invest Biom, 6: 331.

Ratner, A; Yelvingstone DB y Rosenthal M (1989): "*Prolactin and corticosterone response to repeated footshock stress in male rats*", Psychoneuroendocrinology, 14: 393.

Reeve, J (1996): *Motivación y Emoción*, Sección 5, Ed. McGrraw-Hill, Madrid.

Revenstorf, D (1995): *Hipnoterapia*, Rev Hipnoterapeuta, 15 de noviembre.

Riviera, JLG; Vela, A y Arana, J [Coordinadores] (1990): *Psicoterapia autógena.* En Manual de Psiquiatría, Ed. Karpos, Madrid, pp. 1036-1047.

Rodríguez Pérez, T (1977): *Patrón conductual Tipo A y estrés como riesgo de enfermedad cardiovascular*. Tesis para optar por el título de especialista en Medicina General Integral [inédito], La Habana.

Roennweig, MR y Leiman, AI(1992):*Psicología psicofisiológica*, Ed. McGraw-Hill, México.

Rose, MR y Sachar E (1981): *Psychoendocrinology*. En Williams RH (ed). Textbook of Endocrinology, Philadelphia, Sanders.

Saito, H et al (1976): *Comparison of the effects of various stresses on biogenic amines in the central nervous system and animal symptoms.* En Urdsin Kvetnansky & Kopkin (eds.) Catecolamines and stress, Oxford, Pergamon Press.

Sapolsky, RM (1991): "*Testicular function, social rank and personality among wild baboons*", Psychoneuroendocrinology, 16:281.

——— (1992): *Neuroendocrinology of the stress response*. En Behavioral Endocrinology, Beker, JB; Breedlove, SM y Crews D (eds.), Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Schally, A (1970): "*Aspects of hypothalamic regulation of the pituitary gland*", Science, 202:18-27.

Selye, H (1976): Stress in health and disease, Boston, Butterworths.

——— (1936): "*A syndrome produced by diverse innocuous agents*", Nature, 13:32.

Sólomon, GF y Amkraut AA (1979): "*Neuroendocrine aspects of the immune response and their implications for the estrés effects on tumoral immunity*", Cancer Detec Preven, 2:197-23.

——— y Moos, RH (1964): "*Emotions, immunity end diseae: a speculative theoretical integration.*" Arch Gen Psychiatry. 11: 657.

Spicer, J, Chamberlain K (1996): "*Developing Psychosocial Theory in Health Psychology. Problems and Prospects*", Journal of Health Psychology, Sage Publications, London, 1(2):161-171.

Steger, R et al (1990): "*The emotional and cognitive component of trait anxiety: a latent state-trait model*", Personal Individual Dif, 11:125.

Terris, M (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social,* Mexico, Ed. Siglo xxi.

Teshima, H et al. (1991): *Application of the Biopsychosocial Approach to Patients with Bronchial Asthma,* Symposium, Ed. Shinshin-Igaku, 31: 202-205.

Theorell, T et al (1972): "*A longitudinal study of 21 patients with coronary heart disease: life changes, catecholamine excretions and related biochemical reactions*", Psychosom Med, 34:505.

Ursin, H; Baade E y Levine S (1978): *Psychobiology of stress*, New York, Academic Press.

———y Murrison RC (1984): *Classification and description of stress.* En Brown J et al. (ed.) Neuroendocrinology and psychiatric disorder, New York, Raven Press.

Valdés, M y Flores T (1986): *Psicobiología del estrés*, Ed. Martínez Roca, Barcelona.

Velázquez Robles, T (1989): *Estudio de la influencia del estrés sobre algunos parámetros del metabolismo lipídico en sujetos normales jóvenes*, Tesis para optar por el título de especialista de I grado en medicina general integral, Santiago de Cuba.

Victoria García Viniegras, CR (1992): E*strés, cómo enfrentarlo,* Academia de Ciencias de Cuba, Ed. Academia.

Wallon, H (1964): *Del acto al pensamiento*, Buenos Aires, Lautaro.

Ward, MM et al (1983): *Plasma catecholamine response to exercise.* En Fatherby & Pal (eds.) Exercise endocrinology, Berlin, Walter de Gruyter.

Watson, CG y Buranen C (1979): "*The frecuency and indentification of false positive convertion reaction*". J of Neurol and Mental Dis 167:243-247.

Weiss, JM; Glazer HI y Pohorecky LA (1976): *Coping behavior and neurochemical changes, an alternative for the original learned helplessness experiments.* En Serban & King (eds.) Animal models in human psychobiology, New York, Plenum Press.

Wolf, HG (1953): *Stress and disease*, Springfield, Thomas.

Yelvinstone, DB; Weiss GK y Ratner A (1985): "*Habituation of the prolactin response in rats to psychological stress*", Psychoneuroendocrinology, 10:95.

Zaldívar Pérez, D (1996): *Conocimiento y dominio del estrés*, Ed. Científico-Técnica, La Habana.