



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***CURSO- TALLER DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO AL
PERSONAL MÉDICO PARA LA NOTIFICACIÓN,
CONTENCIÓN Y DERIVACIÓN DE PACIENTES.
UNA PROPUESTA***

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
CAROLINA ANDRADE PINEDA**

**DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**



Ciudad Universitaria, D.F. Marzo, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

Introducción.

Capítulo I. Psicología Médica

I.1 Historia y orígenes de la Psicología Médica.

I.1.1 ¿Qué es la Psicología Médica?

I.1.2 Objeto de estudio de la Psicología Médica.

I.2 Binomio salud-enfermedad.

I.2.1 Concepto de salud y enfermedad.

I.2.2 Normalidad y Salud Mental.

I.2.3 El modelo médico de la enfermedad.

I.2.4 Creencias actuales sobre la enfermedad.

I.3 Medicina y Ciencias de la Conducta.

I.3.1 Aportaciones tanto de la Psicología de la Salud y la Psicología Cognitivo-Conductual a la Medicina.

I.4 Enfermedades psicosomáticas.

I.4.1 Concepción de enfermedad psicosomática.

I.4.2 Enfoque psicosomático de la Medicina.

I.4.3 Trastorno funcional.

I.5 La persona entendida como ser biopsicosocial.

Capítulo II. La persona en crisis.

II.1 ¿Qué es una crisis?

II.1.1 Tipos de crisis.

II.1.1.1 Crisis Circunstancial.

II.1.1.2 Crisis Sanitaria.

II.2 Estilos de vida. Su modificación para lograr una adherencia y respuesta positiva al tratamiento médico.

II.2.1 Definición de Estilo de vida

II.2.1.1 Factores de riesgo.

II.2.1.2 Factores de protección.

II.2.1.3 Locus de control externo e interno.

- II.2.1.4 Estrés y salud.
- II.3 Modificación de la Conducta en la enfermedad.
- II.4 La familia: Respuesta ante la enfermedad.
 - II.4.1 La familia.
 - II.4.2 Familia y enfermedad.
- II.5 Inteligencia Emocional.
 - II.5.1 Como dar malas noticias.
 - II.5.2 Modelos de revelación.
 - II.5.3 Estrategias para mejorar la comunicación de malas noticias.
- II.6 Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's)

Capítulo III. Comunicación entre médico y paciente para el enfrentamiento de la enfermedad.

- III.1 ¿Qué entendemos por comunicación?
 - III.1.1 Modelos de comunicación.
 - III.1.1.2 Modelo comunicacional en la relación médico- paciente.
 - III.1.2 Vías de comunicación.
 - III.1.3 Comunicación asertiva.
- III.2 Aspectos a considerar en la relación médico-paciente.
 - III.2.1 Situación médica.
 - III.2.2 El médico. Motivaciones, rasgos de personalidad y expectativas.
 - III.2.2.1 El médico ante la muerte.
 - III.2.3 El paciente. Motivo de consulta.
 - III.2.3.1 El papel del enfermo.
- III.3 Relación médico- paciente (RMP)
 - III.3.1 Aspectos relevantes en la relación médico- paciente.
 - III.3.2 Importancia de una relación médico- paciente eficaz.
 - III.3.2.1 Psicoiatrogenia.
- III.4 Transferencia vs. Contratransferencia.
- III.5 Errores médicos más comunes dentro la relación médico-paciente.
- III.6 Perturbaciones de la relación médico- paciente.

Capítulo IV. Proceso de sensibilización para el equipo médico y psicológico para notificar, contener y derivar pacientes.

IV.1 Propuesta : Curso- taller de sensibilización, dirigido al personal médico, para la notificación, contención y derivación de pacientes y familiares.

IV.2 Cartas descriptivas.

IV.1 Carta descriptiva sesión 1. Psicología y Medicina.

IV.2 Carta descriptiva sesión 2. Impacto de la enfermedad y Primeros Auxilios Psicológicos.

IV.3 Carta descriptiva sesión 3. Relación médico- paciente. Importancia de su eficacia en el tratamiento y adherencia terapéutica.

Conclusiones.

Referencias bibliográficas.

Anexos.

1. Impacto de la enfermedad en la esfera familiar.
2. Dos semanas en el hospital.
3. Pre- test sesión 1. Psicología y Medicina.
4. Post- test sesión 1. Psicología y Medicina.
5. Pre- test sesión 2 y 3. Primeros Auxilios Psicológicos y Relación Médico-Paciente.
6. Post- test sesión 2 y 3. Primeros Auxilios Psicológicos y Relación Médico-Paciente.

INTRODUCCIÓN.

Nuestra actitud hacia la vida es lo que determina la actitud de la vida hacia nosotros.
Earl Nightingale.

Enfermedades han existido, existen y seguirán existiendo a lo largo de la historia del hombre, poniendo en riesgo (real o imaginario) la integridad física, su máspreciado tesoro: su **salud**.

Estas y los accidentes (automovilísticos, en el hogar, en el trabajo, etc.) son las principales causas que propician la consulta con el médico.

Al escapar estas situaciones de “nuestro control” rompen con el esquema de **invulnerabilidad** que de manera generalmente inconsciente hemos adoptado, dejando al descubierto la fragilidad característica de nuestra condición humana.

Sin embargo, en muchas ocasiones estos padecimientos vienen acompañados por “dolencias” **emocionales y/o psicológicas** ante las cuales ningún fármaco ejerce eficacia; hasta el momento se desconoce medicina alguna que alivie sentimientos y emociones como la tristeza, el enojo, la frustración, etc. Por lo que no sólo se busca el alivio físico, sino también la comprensión y el acompañamiento durante este proceso.

Así mismo, el personal médico puede pasar por alto este tipo de quejas, ya que están “acostumbrados a buscar la relación entre los hechos ajustándonos lo más estrictamente posible al método científico...” (Cantú, 1973).

Es así, que en la mayoría de las ocasiones, la despersonalización que ocurre en la relación médico- paciente llega a tal punto en el cual ninguno de los dos llega a conocerse. El paciente pierde su identidad (Ej. Juan López) al ser cambiada por “el de la cama 211” o peor aún “el de la enfermedad fulanita de tal”. Mientras el médico es conocido generalmente sólo por su apellido y/o especialidad.

Cualquier acto humano va a contar con la existencia de ideas preconcebidas, ideales y valores. Toda profesión vinculada al área de salud se verá afectada por este tipo de sistemas, especialmente la Medicina, la cual además está rodeada por un halo de magia y misticismo. Por lo que el médico, quiera o no, se verá inmerso en el sistema de valores de cada uno de sus pacientes.

La enfermedad no sólo aquejará al paciente, va a propiciar una modificación en su estructura familiar, social y laboral dando lugar a cambios inesperados, por lo que hay más de un “afectado”. Indirectamente la **familia** es uno de ellos.

Resulta entonces importante el estudio de la **Psicología** para la formación integral del profesional en Medicina, ya que estos generalmente fundamentan su diagnóstico tomando en cuenta las áreas anatómicas, físicas y químicas, dejando de lado, aquellos factores psico-socio-culturales que influyen directamente en el estado integral de los individuos; recordemos que el hombre es un ente bio-psico-social.

Al verse involucrado el hombre en su totalidad en todo acto médico, el impacto del mismo a nivel psicológico, más que depender de la técnica, lo va a hacer del tipo de personalidades que entren en acción en ese momento.

Generalmente es el médico quien tiene el **primer contacto** con el paciente, y en muchas ocasiones el único, por lo que la Psicología que se les brindaría de ninguna manera sería la misma que se brinda dentro de los estudios formales. Esta basada y orientada a proporcionar aquellos aspectos importantes y relevantes a su práctica profesional, capacitándolos principalmente en la prestación de los **Primeros Auxilios Psicológicos** y ofreciéndoles estrategias para comunicar **“malas noticias”**.

Este trabajo pone énfasis en aquellos aspectos psicológicos que entran en juego al iniciarse la relación entre el médico y su paciente (RMP), sin dejar de lado el impacto que la enfermedad tendrá en el entorno familiar.

Lo que se pretende es dar a conocer la importancia del establecimiento de una relación médico- paciente (RMP) y familia basada en la confianza y *comunicación asertiva*, esto para lograr una adherencia y respuesta positiva al tratamiento terapéutico, así como una disminución en la insatisfacción percibida por sus actores principales.

Capítulo I. Psicología Médica.

“No es posible diferenciar entre una patología de la mente y una patología del cuerpo, por que la mente sin el cuerpo no existe y éste sin aquella es un cadáver que ya no puede enfermar más”.

Juan José López-Ibor.

I.1 Historia y orígenes de la Psicología Médica.

Con el nacimiento de la Medicina Científica en el siglo XIX debía asegurarse en los hechos el triunfo de la medicina de órganos, de la medicina de la enfermedad. Tomando como base metodológica, influida principalmente por las ciencias biológicas y fisicoquímicas, la Clínica Médica debía arrancar partiendo de la clasificación del *método anatomoclínico*, el cual postula que existe una lesión anatómica para todo síndrome clínico, y de la *experimentación*. Los fundamentos clínicos fueron desarrollados por Broussais, al tiempo que Claude Bernard buscaba vínculos con el conjunto de los métodos científicos y Auguste Comte desarrollaba las bases filosóficas (Jeammet, Reynaud y Consoli; 1999).

El concepto de utilizar la *influencia psicológica* en el tratamiento de los pacientes viene desde Hipócrates, quien ya diferenciaba la “enfermedad psíquica” que acompañaba al cuadro clínico preponderante. En uno de sus aforismos: señala que “*no basta que el médico haga por su parte, cuanto debe hacer, sino tiene la colaboración del mismo enfermo, de los asistentes y demás circunstancias exteriores*”, creando desde esa época el equipo médico. (Pacheco Tapia, 2006).

Covisart, médico de Napoleón, señalaba la importancia de los factores afectivos en la sintomatología de los enfermos cardio -vasculares. (Pacheco Tapia, 2006).

Los más de 150 años en que se ha desarrollado la historia de la Psicología Médica y las últimas dos décadas de incesante actividad, han consagrado una

terminología que la nomenclatura germana remite a Lotze (1842), y la francesa a los planes de estudio de los años cincuenta y sesenta (Ridruejo, Medina y Rucio, 1997 y Rojas, s.f.), tomemos en consideración que su introducción al seno de los estudios en Medicina fue a comienzo de los años 60 (Jeammet et. al., 1999 y Ridruejo et. al., 1997).

Hacia la cuarta década del siglo pasado, cobró fuerza la opinión en Medicina que pone énfasis sobre la importancia de los aspectos psicológicos en la iniciación y curso de las enfermedades, así como el de la influencia que tienen tanto la personalidad y actitud del médico sobre el tratamiento de los enfermos. Entonces alcanzó popularidad el concepto de “medicina psicosomática”; mientras patólogos alemanes usaban el término “medicina humanística”. Más tarde fueron desarrollados otros conceptos como “medicina comprensiva”, “medicina integral” y “medicina holista” para expresar ideas semejantes (De la Fuente, s.f.).

La corriente expresaba el reconocimiento por parte de los médicos de que el progreso de la Medicina tiene un lado sombrío; que tanto la tecnificación como la masificación de los servicios, las cuales han brindado ventajas indiscutibles, han tenido desafortunadas consecuencias; una de ellas el deterioro de ciertas cualidades inherentes en la relación médico-paciente. Las preocupaciones de la profesión se hicieron patentes en diversas publicaciones y reuniones médicas: *“si bien la Medicina técnicamente era cada vez más rica, desde el punto de vista humano era cada vez más pobre”*.

Era novedoso el interés en los aspectos humanos dentro del trabajo del médico, ya que la enseñanza se orientaba dentro de un marco mecanicista que dejaba poco o nulo espacio para explorar estos aspectos. (De la Fuente, s.f.; Jeammet et. al., 1999 y Ridruejo et. al., 1999).

La primera cátedra de Psicología Médica en Latinoamérica fue iniciada formalmente en la CD. de la Paz, en la Universidad Mayor de San Andrés (1952) fundada por el Dr. José María Alvarado, tal como consta en las

conclusiones del Primer Congreso de Educación Médica Internacional reunido en Londres en agosto de 1953. (Pacheco Tapia, 2006).

En México, fue hasta 1954 cuando el Dr. Raoul Fournier Villada instauró el marco de las reformas de la enseñanza en Medicina: “propusimos que se diera a la dimensión humanística un lugar en el currículum de la carrera...”(De la Fuente, s.f.). La institucionalización de su enseñanza fue dada en la reunión convocada para el efecto en 1967 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Ciudad de Lima. (Pacheco Tapia, 2006).

Se ha encontrado que existe una oposición clásica, constatada continuamente, dentro de la Medicina Occidental desde su origen: la **Medicina de la enfermedad**, centrada principalmente en el *órgano enfermo vs.* una **Medicina más global**, enfocada en el *“hombre enfermo”*, donde la enfermedad no sería sino la expresión más evidente de un desequilibrio que afectaría el conjunto de la personalidad. (Jeammet et. al., 1999 y Ridruejo et. al., 1997).

Se puede decir que han ocurrido dos tipos de hechos que han convergido para que sea posible, e incluso necesaria, la aparición de la Psicología Médica como una disciplina independiente:

- A.)** Los progresos realizados en las ciencias psicológicas y los descubrimientos que de ellas se han derivado. Los métodos de estudio se han diversificado, lo que ha permitido que se superen las consideraciones especulativas para dar paso a las aplicaciones prácticas.
- B.)** Los propios éxitos de la Medicina orgánica y del método anatomoclínico; lo cual ha permitido considerar los límites de este tipo de abordaje y delimitar así el lugar ocupado por otro tipo de factores: genéticos, socioeconómicos, ambientales y más particularmente los factores psicológicos (interrelacionales). (Jeammet et. al., 1999 y Ridruejo et. al., 1997).

I.1.1 ¿Qué es la Psicología Médica?

No es posible de manera convergente y definitiva emitir una fórmula rigurosa y comúnmente aceptada de lo que, en su sentido más estricto, sea la Psicología Médica.

Morales Messeguer (1989) planteaba la cuestión de si debía hablarse de una disciplina en sentido formal o simplemente de un sector aplicativo de conocimientos. Recomendaba reflexionar sobre la doble imagen que despertaba una concepción de la Psicología Médica, bien en la línea de una <<Psicología para médicos>>, cuyo contenido aborda los problemas psicológicos que se plantean en la práctica médica; o bien, en la que se apela al contenido significativo que cabe atribuir a un <<saber psicológico médico>>, para el que los factores psíquicos participan en la determinación de las enfermedades humanas, en la configuración de sus diferentes cuadros clínicos, y desde luego, en sus tratamientos. Ha resultado un producto ya sea asumido o ya sea creado por la propia Medicina, lo que conllevaría la doble posibilidad de ser un reflejo de las Ciencias Psicológicas o una creación de conocimientos psicológicos surgidos de los propios planteamientos clínicos. Doble sería también su papel ya sea al poner sus conocimientos al servicio del hombre enfermo en general o cuando se aproxima al paciente de una enfermedad mental, concepción totalmente diferente al de la Psiquiatría donde se diagnostican, tratan y se previenen los trastornos mentales; aún así la diferencia existente entre la Psicología Médica y la Psiquiatría no resulta completamente nítida ya que se vinculan ambas con la psicopatología (en Ridruejo et. al., 1997).

Dentro de las definiciones de lo que es la Psicología Médica, hay quienes la entienden como una consecuencia de las exigencias de la práctica médica (Alonso Fernández, 1989 en Ridruejo et. al., 1997) o como la Psicología en la educación médica, en la investigación y en la práctica clínica (Kerejarto, 1978 en Ridruejo et. al., 1997).

Así mismo, hay fórmulas que pretenden darle una identidad más exclusiva, como la que surge de una revisión de la Medicina misma que se consiguió modificando el concepto que se tenía sobre la enfermedad, la concepción del médico y el enfermo y el papel del contexto y de la prevención, de tal manera que ha vestido de Psicología todo el ámbito médico (Jeammet, 1982). Por su parte, Rojo Sierra (1978) pretende ver a la Psicología Médica como una endoantropología; mientras que Schneider (1971) procura centrarla en la relación existente entre médico y paciente (en Ridruejo, 1997).

Actualmente es considerada como una ciencia aplicada. Para Pacheco Tapia (2006), la Psicología Médica es la observación del enfermo, postrado en el lecho y afectado de procesos patológicos de diversa naturaleza. Es todo lo concerniente a la relación médico-paciente, donde el primero es estímulo para el segundo. Así mismo, estudia los fenómenos de la vida mental, su génesis, desarrollo y manifestaciones. Esta basada en la idea socrática de que mente y cuerpo son estructuras indivisibles.

Se define a la Psicología Médica como un campo de la Psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios en relación con el manejo de los aspectos psicológicos de los problemas del enfermo y del trabajo del médico. Serviría entonces como puente entre la biomedicina y las ciencias humanas, relacionando la personalidad y sus funciones con su sustrato neural y orgánico, y sus determinantes y consecuencias personales, familiares y sociales (De la Fuente, s.f.).

I.1.2 Objeto de estudio de la Psicología Médica.

El objeto, a primera vista, es fácilmente identificable. Por un lado, *el enfermo y su enfermedad*, y por el otro, la *función terapéutica*. Pero, a partir de que se intenta plantear el objeto de esta manera, se escapa del dominio por su extensión y se diluye en el conjunto del campo de estudio de la persona y sus relaciones sociales (Jeammet et. al., 1999).

La Psicología Médica no es una especialidad de la Medicina, sino uno de sus tres pilares básicos, junto con la Medicina Interna y la Cirugía: se ocupa de los aspectos psicológicos o psicosociales (es difícil de separar lo psicológico de lo social) del enfermar humano; se interesa por la persona enferma y también el modo en que la actividad psíquica se correlaciona, y a su vez, es determinada por la del cerebro (López- Ibor et. al., s.f.). Para De la Fuente (1998) es considerada como *“el campo de la Psicología aplicada que reúne conocimientos y provee conceptos explicativos y criterios clínicos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos y del trabajo del médico”*. Con respecto a los primeros, vincula la personalidad, sus trastornos y desviaciones con su sustrato orgánico (neural y endocrino), y los segundos van a estudiar la interacción de eventos psicológicos con eventos familiares y sociales.

El simple enunciado del título Psicología Médica permite, por si mismo, reconocer la doble vinculación que establece con las Ciencias Psicológicas y las Ciencias Médicas. Hace patente que la Psicología Médica, como Psicología, se nutre especialmente de conocimientos provenientes de una serie de disciplinas generales y específicas; utilizando una pluralidad de métodos y temáticas tanto generales como biológicos y sociales.

Su relación con el mundo de la Medicina se lleva a cabo tanto en el ámbito de las Ciencias Médicas Básicas, con las que guarda un parentesco singular, como en relación con el mundo de la Patología, bien sea de signo orgánico o psiquiátrico. (Ridruejo et. al., 1997).

Para Ridruejo et. al. (1997) se ha confiado a la Psicología Médica el análisis más general de los factores psíquicos que laten en el estado de salud y en el estado de enfermedad, así como el doble trayecto de uno hacia otro. Dan como justificación aquella línea inspirada en Weinman (1987) con los siguientes términos:

- 1) El estudio de las *variables psicológicas* (cambios conductuales) en el diagnóstico médico: signos y síntomas.

- 2) El *rol de los factores psíquicos* en la etiología de la enfermedad orgánica y mental.
- 3) La *relación médico-enfermo* en la teoría y en la praxis.
- 4) La respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad).
- 5) Los *recursos psicológicos* en el tratamiento (Medicina Psicológica).

Existen no muy distintas variantes con las cuales dar cuenta de los fines de una auténtica Psicología Médica, tal como las que son señaladas en el lenguaje operativo del Taller de Planificación de la Educación en Ciencias de la Salud (1979-1989), al proponer un listado de objetivos intermedios, alcanzables por su estudio, como aquellos que hacen posible que:

- En el campo médico:
 - a.) se identifiquen los aspectos psicológicos inherentes a la práctica médica en general y a la de cada uno en particular (motivaciones personales, valores, actitudes, etc.)
 - b.) se detecten los aspectos psíquicos que intervienen en la patología de los pacientes.
 - c.) que distingan las formas psicopatológicas ante las que se encuentre el médico.
- Se adopten actitudes que favorezcan:
 - a.) la relación médico- enfermo
 - b.) la perspectiva del enfermo en su circunstancia.
- Se consiga la capacitación necesaria para poder integrarse en el dispositivo asistencial de las tareas de salud mental.
- Se dote al sujeto de la competencia suficiente para evaluar sus actuaciones en el campo psicológico - médico, fomentando su perfeccionamiento.

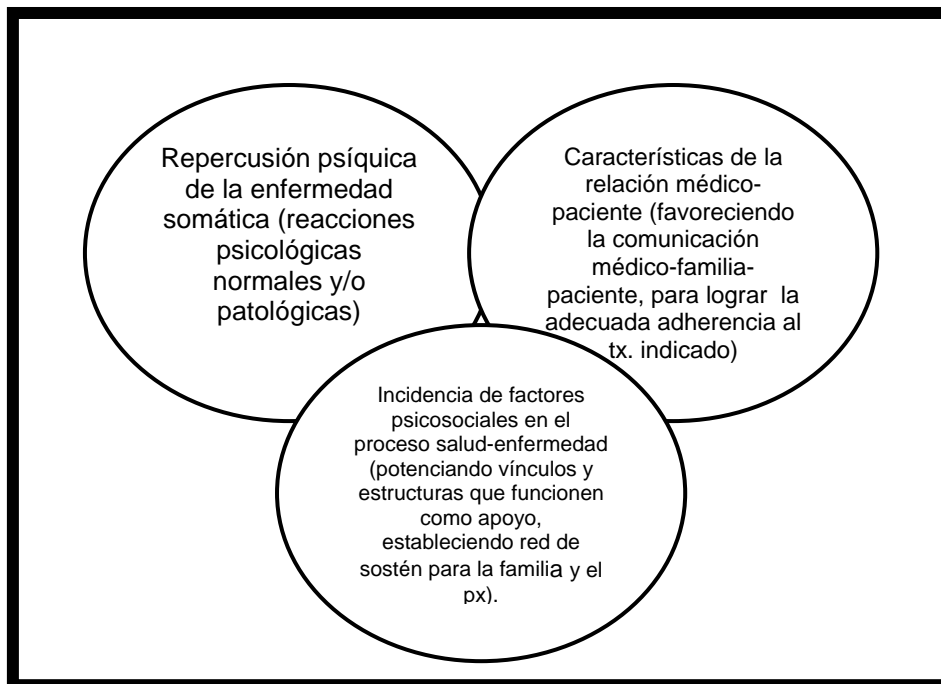


Fig. 1. Áreas de intervención del psicólogo médico (Navarro y Silveira, 2005).

Su intención es aplicar el conocimiento de todas las ramas de la Psicología y la Medicina a la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las formas de enfermedad física. (Pacheco Tapia, 2006).

La Psicología Médica se interesa por la situación psicológica, representando un antecedente de la Psicología Clínica de la Salud. Esta área se propone el desarrollo de conocimientos que permitan la comprensión y modificación de la situación psicológica de la persona enferma, tales como las creencias que tenga acerca de la salud, las formas de control, estilos de afrontamiento y situaciones afectivas que se vivan en esta condición. Se plantea así mismo, situaciones de otra índole como el cumplimiento al tratamiento, la preparación para intervenciones médicas, los aspectos psicológicos involucrados con la hospitalización y la repercusión de la relación médico-paciente.

Para De la Fuente (Ridruejo et al.) la Psicología Médica constituye un saber estrictamente médico, realizando un análisis de los factores que intervienen en el proceso de enfermar-curar, ya sean de carácter psíquicos o psicosomáticos (1997).

La *estrategia de abordaje* se caracteriza entonces por ser:

a.) *Multifocal*.- actuando sobre diferentes aspectos involucrados en la situación de consulta, que la hacen única e irrepetible.

b.) *Pluripersonal*.- potenciando los diferentes roles de cada una de las personas involucradas, en un marco de convergencia de esfuerzos. (Navarro y Silveira, 2005)

I.2 Binomio salud-enfermedad.

Los conceptos de salud y enfermedad, por momentos intangibles, han tenido y tendrán un significado especial según la época, el momento histórico, las connotaciones sociales y culturales de cada sociedad, más allá de los innumerables avances, que desde el campo científico han modificado para siempre el “estar enfermo”. (Navarro y Silveira, 2006). No se trata de conceptos completamente separados, sino sobrepuestos; hay grados de enfermedad y bienestar (Sarafino, 2002).

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. En la antigüedad, estar sano equivalía a poder desarrollar las actividades cotidianas. Alguien con capacidad para el trabajo y las relaciones familiares y sociales era considerado “sano”, aunque padeciese algunos de los procesos que hoy consideramos enfermedades. Se trataba de una noción sumamente pragmática que hacía compatible la definición de sano con el sufrimiento de algunas molestias, siempre que éstas no afectaran decisivamente a la actividad ordinaria.

Al desarrollarse las diferentes técnicas de investigación, apegadas al pensamiento neopositivista surgido a mediados del siglo pasado, las pesquisas biológico -médicas tuvieron mayor éxito al indagar de forma sistemática y metódica las causas que explican y caracterizan el proceso salud-enfermedad. Para su comprensión se ha polarizado el interés por los dos componentes del proceso, de tal manera que han ocurrido avances en la fisiología y la fisiopatología, en la histología y la histopatología, en la psicología y la psicopatología, o en el conocimiento de las constantes biológicas normales o anormales.

Con el advenimiento de la medicina científica se generaliza la visión fisiologista, dominada por criterios negativos al considerar que la salud es la ausencia de enfermedad. Se buscaban lesiones subyacentes como causa de enfermedad. Para otros el estado de salud se define negativamente como ausencia de una "entidad morbosa", es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables.

En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". También en la década de 1950, Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos (Orozco, 2006).

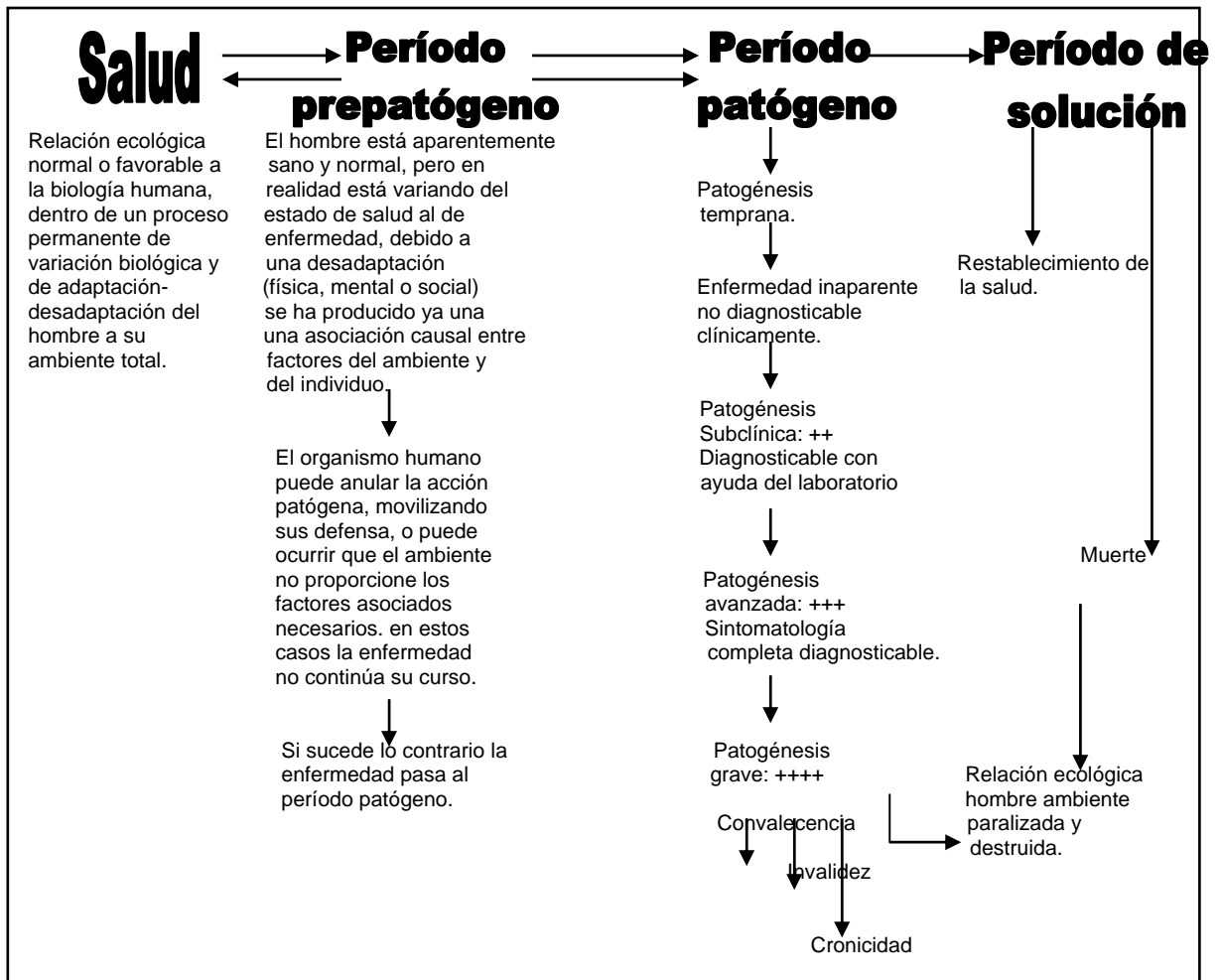


Fig. 2. Historia natural de la salud y la enfermedad en el hombre.

1.2.1 Concepto de salud y enfermedad.

“El goce de la salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social.” (Carta de las Naciones Unidas y Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud).

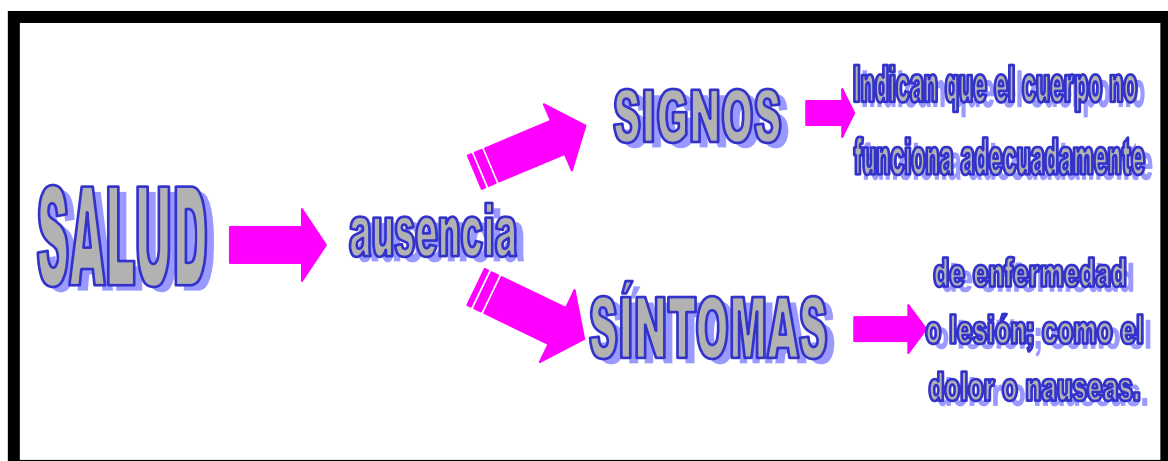


Fig. 3 Definición de salud.

Se usa el término **salud** para referirse a un **estado positivo de bienestar** (ver Fig. 2).

Existen varias concepciones para la definición de salud (Orozco, 2006):

1.- La primera se refiere a *un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso*. La salud es pues, un proceso continuo de reestablecimiento del equilibrio, si alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, entonces se adopta una respuesta fija, que en algún momento fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Canguilhem 1982). Para mantener este equilibrio se requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos y asistenciales, lo cuál se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que diferencia la vida humana de la animal.

2.- Otras escuelas de pensamiento, consideran la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales. Para autores como Barro (1996), la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin (1962) y Grossman (1972) establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión.

3.- El máximo exponente de esta perspectiva, la **OMS**, da su definición de salud; recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945), como: **"Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o**

enfermedades". Sin embargo, se acepta que en la actualidad dicho estado de bienestar sólo puede presentarse mediante la adecuada adaptación del hombre al medio en el que vive. En base a esto, algunos países africanos han establecido la llamada "**definición estratégica de salud**", la cual afirma que el mejor estado de salud de un país se logra cuando existe un equilibrio entre los factores de riesgo, que afectan la salud de cada individuo de la población, y los medios para controlarlos, tomando en cuenta la participación activa de los ciudadanos (Roque, 2000).

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, esta la que considera que equipara la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Algunas voces críticas, como Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra "completo" de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica.

4. La definición propuesta en 1976 en el *Xè Congrés de metges i biòlegs* en lengua catalana: "*La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa*". Entendiéndose por "autónoma" la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término "solidaria", y "gozosa" ya recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades.

La **enfermedad** (palabra derivada del latín y que significa «falta de firmeza») es un *proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud*. Puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos

factores se denominan **noxas** (del griego **nósos**: «enfermedad», «afección de la salud»).

Dentro del modelo tradicional o ecológico de enfermedad hay tres componentes:

1.- **El agente agresor:** Se dividen en biológicos (microorganismos infecciosos), físicos (ambientales) y químicos (como los tóxicos).

2.- **El huésped:** Animal, vegetal u organismo humano capaz de albergar a un agente en su superficie corporal o en sus cavidades o tejidos. Los factores del huésped son elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes agresores; reacciona ante la presencia de los agentes de manera diferente conforme a sus propias características y a las del agente. Esta interrelación determina la reacción clínica y los diversos síntomas según la etapa de la enfermedad.

3.- **El entorno:** formado por elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente. Es importante para la existencia de una determinada patología, ya que de él depende en gran parte la presencia o persistencia de distintas fuentes de infección o producción de agentes estáticos. (Roque, 2000).

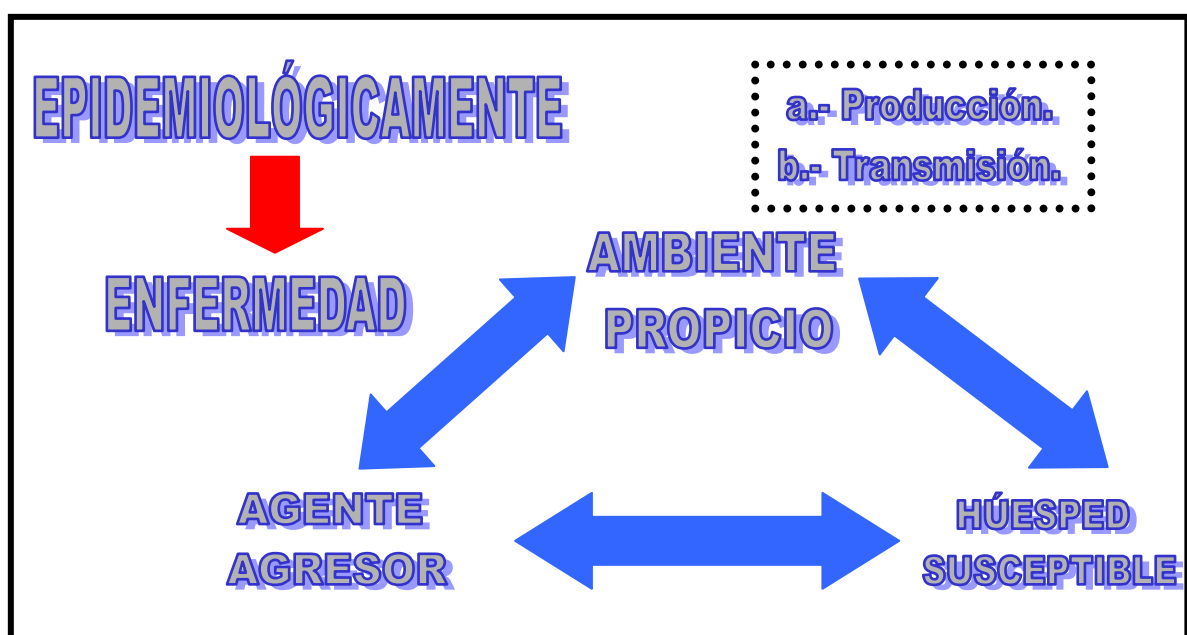


Fig. 4. Factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad.

Se tienen entonces, las siguientes definiciones que tratan de explicar la enfermedad:

- a.) Un desequilibrio biológico-ecológico, una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta o exceso de reacción a los estímulos externos a los que el hombre está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o anatomía del individuo (Roque, 2000).
- b.) Amenaza para la salud identificada desde la ciencia o desde un punto de vista ético, causado por virus, bacteria, hongo, parásito u otro agente patógeno.
- c.) Es un estado en el que el funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa (Potter et. al, Fundamentos de enfermería, 2001).

Castillo (2001) dice que las enfermedades siempre han existido y han aquejado a la humanidad y por consiguiente han muerto un sin fin de individuos por diferentes enfermedades a lo largo de la historia (en Soriano Hernández, 2008).

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales (Álvarez Bermúdez, 2002).

I.2.2 Normalidad y Salud Mental.

El estudio de las teorías sobre normalidad / anormalidad puede reducirse a dos criterios básicos: el estadístico y el normativo (Marietan, 1991).

1.- Al hablar del criterio estadístico, se establece como “normal al hombre promedio”, a aquel que por sus características se aproxima a la media aritmética del grupo al cual pertenece. Se trata de un criterio cuantitativo y “realista”, basado en hechos de observación, ya que tiene en cuenta cómo **ES** el hombre (y no como DEBE SER); esto significa que si un individuo tiene una conducta semejante a las conductas mayoritarias de su comunidad, es “normal”, está “adaptado” (del latín ad= a y aptare= acomodar: ajustar una

cosa a otra); sin embargo, aquellos que se alejan del promedio son considerados “anormales”.

Carlos Federico Gauss (1777-1855), matemático y astrónomo alemán, estableció la llamada “curva de los errores” en la que los valores más frecuentes se agrupaban en torno a un valor (p.e. 50) y el resto se desviaba hacia un lado u otro de la media (-25, +75) que graficados sobre ejes cartesianos daba el dibujo de una copa invertida (Marks, 1968 cit. en Marietan, 1991).

El inglés *Francis Galton* (1822- 1911), primo de Charles Darwin y considerado padre de la psicometría e impulsor de la estadística en Psicología; aplicó los conceptos matemáticos de Gauss sobre correlación y la ley de las desviaciones de la media de Quételet (1796-1874). Dejó una importante escuela de psicometría y estadística continuada entre otros por K. Pearson y R. Weldon en Inglaterra y por Cattell en USA, quien fue el primero que introdujo la estadística en la Psicología en la escuela americana (1888).

En Psiquiatría, Kurt Schneider (Schneider, 1980) utilizó como criterio de normalidad el del término medio: "Nosotros utilizamos el concepto de normalidad media como una idea directriz, y no intentamos calcular exactamente el término medio; tiene como medida al hombre de nuestra época y de nuestra cultura". En consecuencia, " Las personalidades anormales son variaciones, desviaciones de un campo medio, imaginado por nosotros, pero no exactamente determinable, de las personalidades".

2.- El criterio normativo tiende a considerar como hombre “normal” a aquel que se asemeja a un modelo de perfección humana, que reúne las características deseables (ideales) de acuerdo a un sistema de valores imperante. Establece como el hombre normal “DEBE SER”, es decir, es un criterio axiológico, para el cual la normalidad es una condición cualitativa.

De estos criterios básicos derivan conceptos mixtos, por ejemplo, la OMS define a la *salud mental* como: “la capacidad del hombre para adaptarse al

medio social (criterio estadístico) y de lograr satisfacción para sí, así como para sus semejantes (criterio normativo)”.

Este concepto nos remite, por una parte, a las preocupaciones médicas en la idea salud-enfermedad; y por otra, al objeto donde han de aplicarse tales calificativos: la mente o el aparato mental. De por sí es problemático aplicar el concepto de normalidad o salud desde el punto de vista biológico- ámbito en el cual la salud o normalidad han llegado a comprenderse como ausencia de enfermedad; lo será aún más cuando se trate de aplicarlos al aparato mental, el cual sólo admitiría el poder distinguir y describir modos que autoricen la formación de estructuras o dinámicas psicológicas hipotéticas, y en el que el intento de establecer escalas de mayor a menor salud consiste en un dudoso paso hacia una valoración de los modos de ser del hombre. (INDEPSI).

I.2.3 El modelo médico de la enfermedad.

El modelo médico de la enfermedad es un *conjunto de ideas que tiene como base un fundamento científico y práctica empirista*. El hecho de que estos principios fueran sustentados acarrió la asunción consecuente de la indiscutibilidad de los hechos objetivos, fundamentada en que el origen de las enfermedades era puramente orgánico. Este enfoque no toma en consideración las influencias sociales, institucionales o históricas, ya que se parte de la neutralidad del “sanador” (Crevena, 1979 en Álvarez Bermúdez, 2002), y de la premisa de que la consecución de la salud tiene un coste económico (Álvarez Bermúdez, 2002).

El esquema médico clásico que reconocía a la salud como un estado de equilibrio biológico y a la enfermedad como una ruptura de esta homeostasis causada por un agente extraño al organismo (patógeno), resulta sumamente limitado para comprender fenómenos como el de la transición epidemiológica, las enfermedades emergentes, la reaparición de condiciones presuntamente erradicadas y las diferencias regionales en la morbi-mortalidad.

Este modelo niega aporte alguno de las Ciencias Sociales; al analizar la enfermedad, admite que se trata solamente de algo provocado por factores individuales de origen biológico. Debido a esto, se decía que la función de la práctica médica debería estar orientada al control y orden de cualquier desviación u alteración individual, bajo un enfoque caracterizado por ser curativo-remedial (Álvarez Bermúdez, 2002).

Con el descubrimiento de los microbios, realizado por Louis Pasteur, parecía que se sustentaba el argumento definitivo a favor de la concepción de la enfermedad vinculada a un factor externo al individuo; este “microbio” era fácilmente identificado como el agente causante del mal que había que tomar del exterior y exterminarlo.

Sin embargo, la imposibilidad de explicar las diferencias de reacciones de individuos expuestos a una misma contaminación aunado al descubrimiento de nuevas y más complejas enfermedades, (por mencionar endocrina, autoinmunes, etc.) obligó a que los médicos adoptaran nuevos modelos. El concepto de *causalidad lineal simple*, el cual atribuye que la lesión de un órgano es causada por un agente microbiano externo, tuvo que ser sustituido, o al menos sobreañadir el concepto de una *causalidad circular con efectos de retroacción*: la reacción del organismo convirtiéndose, a su vez, en factor de agresión contra él mismo. Finalmente una concepción multifactorial debía conducir a considerar múltiples factores interactuando entre sí: genéticos, ambientales, psicológicos (Ridruejo et. al., 1997; Jeammet et. al., 1999 y Álvarez Bermúdez, 2002).

De esto se desprende que la enfermedad no es en todos los casos este acontecimiento que golpea a un individuo totalmente extraño a su nacimiento, quien la sufre y cuyas fuerzas totales se dirigirían hacia la curación. El organismo enfermo se encuentra implicado en la aparición, evolución y curación de la enfermedad. El resultado de las investigaciones modernas sobre la patogenia de las enfermedades obliga a abandonar las concepciones simplistas de la enfermedad para percibir toda su complejidad. (Ridruejo et. al., 1997 y Jeammet et. al., 1999).

El pensamiento médico no debe sucumbir a la sola influencia de un factor sin dejar de rescatar los hallazgos y nuevos aportes de otras ciencias. El trabajo del médico no puede ser circunscrito al mero ejercicio del facultativo; influye la condición social del galeno, como reflejo de su extracción social, sus vivencias y su entorno familiar. (Pacheco Tapia, 2006).

I.2.4 Creencias actuales sobre la enfermedad.

Respecto a las **creencias mágico-religiosas** atribuidas antiguamente a la enfermedad, podemos decir, que estas no han desaparecido completamente, a pesar del desarrollo que ha sufrido nuestra civilización. Este tipo de creencias actualmente conviven con las creencias del modelo médico. Se ha observado, que tienden a aparecer cuando no existe explicación médica ni “remedio” sobre alguna enfermedad. De hecho, parece que la creencia acerca de los castigos de Dios surge sistemáticamente en los primeros momentos en la aparición de cualquier patología de proporciones alarmantes y desconocimiento de cura para la misma (Resina, 1991 cit. en Álvarez Bermúdez, 2002) Recordemos, por ejemplo, el empleo científico de términos como “maligno” el cual podría provocar la evocación de este tipo de creencias.

Las creencias de cada cultura siempre estarán vinculadas al modelo médico, debido a que forman parte del corpus de ideas base de las características del sistema social (Álvarez Bermúdez, 2002).

Existe una creencia que ha tomado forma durante los últimos años, según Álvarez Bermúdez (2002), la del **miedo y la desconfianza** al sistema médico. La desconfianza hacia este modelo tiende, al parecer, a ser sistemática en la sociedad; se fundamenta en que muchos de los problemas de salud se deben al uso político de la salud, la enfermedad y los sistemas nacionales de salud, por parte de los médicos y las industrias farmacéuticas en beneficio propio; y también en que se ha comprobado que regularmente los médicos no aparecen ahí donde es endémica su ausencia (barriadas, comunidades asiladas).

I.3 Medicina y Ciencias de la Conducta.

Según de la Fuente (1998) frecuentemente es el médico el primer (y en ocasiones el único) contacto con el paciente cuyos problemas tienen implicaciones psicológicas importantes, por lo que resulta de vital importancia que tenga determinados conocimientos del área psicológica; así como los que tiene sobre los aspectos morfológicos y conductuales. La capacidad y la experiencia psicológica que el médico necesita es muy diferente a aquella con la que cuenta tanto el psicólogo como el psiquiatra. Debe conocer aquellas que tengan relevancia inmediata para comprender y manejar en la clínica los problemas inherentes a la salud, a la enfermedad y a las acciones médicas.

Las contribuciones de la Psicología al área de la salud provienen de sus distintas especialidades: la Psicología Experimental, la Psicofisiología y la Psicología Social. (Rojas, 2001). Estas se articulan en base a dos argumentos dignos de mención:

- El primero surge de una reclamación largamente esgrimida contra la orientación reduccionista de lo clínico al nivel de lo físico-químico. Es lo que invoca Rof Carballo (1984) cuando denuncia la insuficiencia que entraña la visión del organismo humano como “una máquina de sutiles engranajes que se prolongan hasta las entrañas bioquímicas de la célula”, sin pensar en el <<exceso>> que supone toda antropología, sin la que no cabe, propiamente, una medicina plena, ya que la propia Biología “tiene venganza para los que olvidan su infinita complejidad”, que sucede con frecuencia. O aquel que propone Rojo Sierra (1978) cuando se pregunta: “¿Por qué una alteración anatomofisiológica levísima produce en unos individuos graves síntomas subjetivos, mientras que esas mismas alteraciones, o más intensas, no provocan en otros síntoma alguno?”. A lo que él mismo se responde: “Por que el agente nocivo, aun disponiendo de la misma fuerza morbígena y actuando de igual forma patodinámica- biológica, no incide en algo más complejo: un individuo que, además de su complexión corpórea, tiene una estructura psíquica y existencial”.

- El segundo argumento que justifica la presencia de una Psicología Médica en el ámbito de la Medicina, se deriva de la vinculación intrínseca y particular que tiene el psiquismo con algunas formas determinadas de patología orgánica, y sobre todo, mental (Ridruejo et. al., 1997).

I.3.1 Aportaciones tanto de la Psicología de la Salud y la Psicología Cognitivo- Conductal a la Medicina.

Las ciencias de la conducta son ciencias sociales que representan un campo de interés más limitado y coherente que el resto de las ciencias sociales. La Psicología se encuentra intrínsecamente comprometida con la educación y la enseñanza psicológica para profesionales de la salud y servicio asistencial en el servicio sanitario. Tradicionalmente se ha apelado a una serie de barreras históricas, como ejemplo del distanciamiento existente entre la Psicología y la Medicina: un desarrollo histórico desigual, la creencia de una concepción dicotómica del hombre (dividido en cuerpo y mente), las diferencias en el desarrollo evolutivo como áreas y finalmente, la existencia de un proceso de profesionalización en cada una de ellas. En la actualidad, una serie de acontecimientos están posibilitando contactos más fructíferos y continuos, dentro de los cuales habría que destacar la aparición de corrientes de pensamiento innovadoras y la incorporación, por parte de la Psicología, de una tecnología terapéutica nueva y efectiva, dando el banderazo definitivo a su inclusión en el campo de la salud y traduciéndose, en la década de los 60's, en la aparición de la Psicología de la Salud y de la Medicina Comportamental. (Reig, 1985).

Los intereses de la Psicología, en relación a los problemas tradicionalmente considerados como médicos, data de la década de los años 20, con la aplicación de los principios del condicionamiento, respondiente al tratamiento de comportamientos "anormales". A lo largo de la primera mitad de este siglo se puso de manifiesto un profundo interés por la aplicación de las teorías de aprendizaje, con experimentación objetiva y controlada a la investigación y tratamiento de una amplia variedad de

trastornos como: temores en los niños, tics, perversiones sexuales, tartamudeo, alergias psicógenas, adicción a la morfina, alcoholismo, obesidad, enuresis, ansiedad, etc. (Yates, 1970 en Reig, 1985).

En la declaración final de la XXVII Asamblea Mundial de la Salud de 1974, se recomendó a los países apoyar la investigación del papel de los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, dado que “pueden precipitar o contrarrestar enfermedades físicas y mentales y son de importancia crucial en la prevención y manejo de todas las enfermedades” (De la Fuente, 1998).

La Psicología de la Salud surge en España, alrededor de los años 70 y 80, debido a factores como: las fallas del modelo médico para explicar el fenómeno salud-enfermedad, y la necesidad de incrementar y mejorar los estilos de vida y la prevención de la enfermedad, reconociendo la influencia de los estilos de vida para la salud y madurez de la Psicología entre otros (Kelly, 1978 cit. en Soriano Hernández, 2008). Este término lo propuso Lee Birk (1973) como subtítulo del libro “Biofeedback: Behavioral Medicine”, donde se observa claramente la intención de referirse a la Medicina Comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas para la curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas. (Latorre y Beneit, 1992 cit. en Soriano Hernández, 2008).

El interés profesional e investigador en el área de la salud se hizo evidente a partir de los años 70, no por que haya existido un movimiento dentro de la Psicología que pudiera denominarse como Psicología de la Salud, sino por que fue hasta fines de esa década (1978) cuando varias ramas de la Psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc.) se unieron con un motivo en común: formar el área de la Psicología de la Salud con su propia división (División 38) de la American Psychological Association (APA), naciendo así, de manera formal, institucional y profesionalmente. (Oblitas y Becoña, 2000).

En la década de los 70 las principales aportaciones de la Medicina Comportamental se hicieron desde el área experimental del comportamiento. Tuvieron gran relevancia las aportaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del operante al tratamiento de múltiples disfunciones (Soriano Hernández, 2008). Dos clásicas publicaciones en Medicina Comportamental, el *Journal of Behavioral Medicine* y *Biofeedback and Self-Regulation*, abundan en la publicación sobre investigaciones en la modificación de aspectos comportamentales en la hipertensión arterial, el asma infantil, el dolor crónico, los desordenes cardiovasculares, en la rehabilitación neuromuscular y el cáncer (Torrejón, 1991 cit. en Soriano Hernández, 2008).

Para Matarazzo (1980, cit. en Reig, 1985) la Psicología de la Salud “es la suma de las contribuciones de la Psicología Educativa, Científica y profesional a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad y a la identificación de la etiología y el diagnóstico correlativo de la salud, enfermedad y disfunciones”; ya que se considera que la Psicología Médica entra dentro de lo que se denomina Psicología de la Salud por estudiar todos aquellos aspectos curativos que se dan dentro de la interacción médico-paciente y por ser tomada como la enseñanza psicológica impartida en la carrera de medicina, incluyendo toda una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica. Se considera que no sería de extrañar que en un futuro, tanto esta como la Psicología Clínica, pasen a denominarse Psicología de la Salud (Papeles del Psicólogo, 1985).

Brannon y Feist (2001 cit. en Soriano Hernández, 2008) muestran que la Psicología de la Salud aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y profesión en el campo de la Medicina Comportamental, y que fue definida como el “conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los

correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, a la enfermedad y disfunciones relacionadas a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria”. A su vez, la Psicología de la Salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, en cuanto a la investigación y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión arterial, el dolor crónico, el asma, la artritis, la diabetes, el cáncer, las enfermedades reumáticas, los trastornos cardiovasculares, el SIDA, el síndrome del colón irritable, la dismenorrea, úlcera, el dolor de cabeza, etc.

I.4 Enfermedades psicosomáticas.

Se trata de una aproximación a la enfermedad que básicamente plantea la premisa y observación de que los *factores psicológicos y sociales desencadenan una gran variedad de enfermedades*. El centro de interés es el papel que juegan los procesos psicológicos, especialmente los estados emocionales y el estrés, en el desencadenamiento de la enfermedad física (Soriano Hernández, 2008).

1.4.1 Enfoque psicosomático de la Medicina.

No hay dudas en cuanto a que las emociones afectan la función de los órganos y es posible que eventualmente, en combinación con otros factores, puedan conducir a alteraciones estructurales (De la Fuente, 1998).

Al comparar estímulos psíquicos mínimos con los que el organismo tiene que lidiar constantemente y con intensidad mucho mayor en la vida cotidiana, se llega a comprender lo que supone la constante irradiación de tensiones y oscilaciones afectivas para los mecanismos internos del cuerpo, para su estado de salud y de enfermedad. El organismo entero aparece entonces como una caja de violonchelo, la cual vibra con persistencia, y con más o menos intensidad al resonar una cuerda.

Tampoco puede ser descartada la conclusión de que también los órganos internos están sometidos de continuo en sus funciones a esa influencia. Es

aquí donde se llega al punto en el que la medicina clínica y el médico práctico tienen que cambiar su modo de pensar. Existía la costumbre de clasificar radicalmente entre enfermedades <<psicógenas>> y <<orgánicas>>, como si estas estuvieran separadas por un profundo abismo. En realidad, los trastornos psicógenos no se imaginan bien sin sus elementos somatofisiológicos (a menudo muy importantes); y, al contrario, las enfermedades calificadas de orgánicas no son independientes, en su origen y evolución, de factores psíquicos causales.

En 1950 F. Alexander afirmó que, de la misma forma en que ciertos organismos patológicos tienen una afinidad específica para determinados órganos, algunos conflictos emocionales tienden a afectar específicamente a ciertos órganos internos. Hay que mencionar que incluyó en su teoría de la especificidad un componente multifactorial, comentando que “no estamos satisfechos en decir que la tuberculosis es causada por la exposición al bacilo de Koch, sino que reconocemos que la inmunidad específica, la resistencia del organismo a la infección, es un fenómeno complejo que puede depender parcialmente de factores emocionales” (en De la Fuente, 1998).

Cada vez resulta más difícil establecer deslindes súper especializados. Se da la paradoja de que las psicosis y afecciones psíquicas graves requieren muchas veces de un tratamiento somático fundado en las mismas investigaciones bioquímicas y metabólicas de la medicina interna, mientras que, a la inversa, no pocas dolencias físicas requieren un tratamiento psíquico, al menos como coadyuvante. Por eso, aún en las enfermedades del cuerpo siempre existe la posibilidad de encontrar algún factor psíquico asociado, a esto se le llama *diagnóstico pluridimensional*.

En general, ante enfermedades orgánicas se suele pensar, primero, en roentgenogramas y en comprobaciones anatómicas, y asociar nuestras ideas sobre lo que ocurre en el organismo viviente. Por muy necesarios, y aún imprescindibles que éstos esquemas sean para esclarecer y comprobar el diagnóstico clínico, es indudable que a veces estropean y extravían las

medidas terapéuticas en los aspectos medicamentoso, físico y sobre todo, psicoterapéutico. (Jeammet, Philippe et. al, 1999).

Alexander propuso distinguir entre dos tipos de síntomas somáticos de causa psicogénica: aquellos que son la *expresión directa de las emociones* que rebasan los límites de la tolerancia fisiológica, y aquellos síntomas que obedecen a la *descarga de una emoción* causada por un *conflicto interno reprimido*... los síntomas histéricos (De la Fuente, 1998).

1.4.2 Concepción de enfermedad psicosomática.

Según Jeammet et. al. (1999) las *enfermedades psicosomáticas* se asocian a lesiones orgánicas verificables, pero de cuyo desencadenamiento y evolución es fundado "culpabilizar" a los sucesos con resonancia afectiva (duelo, separaciones, cambios de ambiente, etc.) a los cuales el individuo <<respondería>> con una enfermedad (asma, ulcus, rectocolitis hemorrágica, enfermedades de la piel, etc). Parece igualmente que se pueda asistir en el caso de estas personalidades, a auténticos balanceos entre la aparición de tales enfermedades y la de trastornos francamente psiquiátricos, durante los cuales estas enfermedades desaparecen.

Las conexiones alternativas entre complejos psíquicos, tensiones afectivas, regulaciones vegetativas y funciones metabólicas, plantean problemas médicos cotidianos, pues constituyen una intrincación indisoluble de los factores psíquicos en los estados normal y patológico del organismo. Al hablar del término <<psicosomática>> no hay que considerarlo nunca como de vía única, sino como de efectos cíclicos múltiples entre funciones psíquicas y vegetativas.

Los efectos cíclicos psicosomáticos más importantes y fáciles de apreciar llegan por irradiación a los aparatos endocrinovegetativos, y con ello, a los órganos internos sometidos a ellos, al sistema cardiovascular y al organismo en general. Aún entre enfermedades genuinamente orgánicas, hay casos de úlcera de estomago, asma, angiopatías, etc., que después de aplicar en vano

métodos acreditados corrientes, solo curan mediante psicoterapia o una combinación de tratamiento somático y psíquico (Álvarez Bermúdez, 2002).

Así mismo, en otras enfermedades somáticas, como la angina de pecho, el asma bronquial y algunas afecciones ginecológicas, se reconoce fácilmente la influencia de factores psíquicos. (Jeammet et al.,1999).

I.4.3 Trastornos funcionales.

Para Jeammet et. al. (1999) hablar de un trastorno funcional se refieren a aquellos trastornos en los cuales no existe soporte lesional orgánico y que se repiten con facilidad hasta que el paciente haya podido encontrar un territorio común de entendimiento y de intercambio con el médico, mostrándose de ese modo la *necesidad del enfermo de ser <<reconocido>> y de establecer un vínculo relacional.*

En Haynal y Pasini (1980) se definen a los trastornos funcionales como aquellos fenómenos somáticos que acompañan a las diferentes emociones (o afectos), los cuales se agrupan en:

- La angustia, que señala el peligro
- La depresión, que señala la pérdida, el cambio, que tiene para el individuo un sentido negativo.

La categoría de los *trastornos funcionales* de la medicina tradicional engloba, entre otros, los fenómenos que acompañan a las emociones. Aunado a esto, los síntomas pueden verse investidos de cierta expresividad. Por mencionar algunas, las tendencias retentivas se pondrán de manifiesto por la constipación, el vómito podría ser expresión simbólica de algo insoportable que se “tiene en el estómago”. Estos síntomas serían la expresión de algún contenido psíquico a través del lenguaje corporal. (Haynal y Pasini, 1980).

I.5 La persona entendida como ser biopsicosocial.

Engel (1977) se ha referido a un modelo biopsicosocial para reconocer la presencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el enfermar y

sanar humano. Las implicaciones pluralistas que tiene este modelo, sus interacciones, su forma de concebir la emergencia de nuevos fenómenos a partir de las combinaciones de causas diversas, el carácter holista que lo envuelve y la aceptación de lo evolutivo como determinante del crecimiento del sistema, laten debajo de ese intento paradigmático de concebir una Medicina propia de nuestro tiempo y abierta hacia el futuro. (Ridruejo et. al.,1997).

El hombre es un *ente* por que existe, el componente bio- hace referencia a que es un organismo vivo que pertenece a la naturaleza, el componente -psico deja entrever que este organismo, aparte de estar vivo, tiene mente, que es consciente de su existencia; mientras es -social porque recibe influencia, negativa y positiva, del medio que le rodea, donde se desenvuelve.

Este modelo toma al individuo como una *totalidad*, como una unidad biológica y social, que está integrada a una familia, y esta familia a una sociedad y a una cultura, teniendo presentes las relaciones recíprocas con el medio ambiente, en lugar de enfocarse solamente a los factores físicos por separado. Cada día es más aceptado, ya que considera que los factores psicosociales son determinantes para el éxito en la atención de la salud (Schneider, 1978; cit. en Soriano Hernández, 2008).

Entre los más antiguos escritos donde se advierte la influencia y responsabilidad del ambiente en la salud, se encuentra el tratado de Los Aires, Aguas y de los Lugares, redactado por el filósofo griego Hipócrates. En él hace mención de la relación permanente de la tierra, el agua y el aire con los padecimientos del hombre, y muestra una visión ecológica al citar lo siguiente:

"Quién desee investigar la medicina adecuadamente, debería proceder en primer lugar considerar las estaciones del año, y que efectos cada una de ellas produce (porque de ningún modo son iguales, sino que difieren mucho entre ellas respecto a sus cambios). Después los vientos, los cálidos y los fríos, especialmente los que son comunes a todas las áreas y después

los que son peculiares a cada localidad. Debemos considerar también las calidades de las aguas, puesto que así como difieren una de las otras en gusto y peso, también difieren mucho en sus calidades. Del mismo modo, cuando uno llega a una ciudad en el extranjero, debería considerar su situación, como yace, con respecto a los vientos, y al ascenso del sol; porque su influencia no es la misma cuando yace, hacia el norte o hacia el sur, hacia el naciente o al poniente " .

Capítulo II. La persona en crisis.

“Parte de la curación está en la voluntad de sanar”.

Séneca.

II.1 ¿Qué es una crisis?

Históricamente, el concepto <<crisis>> ha sido entendido en un sentido positivo; mientras que el ideograma chino lo interpreta como oportunidad. Webster, lo define como el “punto de cambio”, sugiriendo que el cambio puede ser sanar o enfermar, mejorar o empeorar. Este punto de vista se hizo manifiesto en la bibliografía popular de 1970, creando gran interés en el público sobre las crisis del desarrollo personal o etapas de enfrentamiento con acontecimientos esperados en la vida (Sheehy, 1976; en Slaikeu, 1998).

Una crisis es un ***estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.***

Esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis como los describieron diversos teóricos. El énfasis de Caplan (1964) es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o el salir adelante durante el estado de crisis. Taplin (1971) subrayó el componente cognoscitivo del estado en crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su “mapa cognoscitivo” en el manejo de situaciones nuevas y dramáticas. Hay quienes se enfocan sobre el estado de crisis subjetiva y algunas situaciones ambientales objetivas (Sculberg y Sheldom, 1968).

¿Qué es lo que ocasiona que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes?

Para Slaikeu (1998), intervienen tres tipos de factores en esta situación:

1.- La **gravedad** del suceso precipitante, por ejemplo, la muerte de algún familiar o un ataque físico parecen tener por sí mismos el potencial para desencadenar una crisis.

2.- Los **recursos personales**; puede ser que se haya nacido con ellos o se hallan habituado con la experiencia vital, pero existen personas mejor dotadas que otras para manejar las tensiones de la vida.

3.- **Contactos sociales** concurrentes al momento de la crisis; ¿quién está disponible para ayudar con las consecuencias inmediatas al suceso de la crisis, y qué clase de auxilio proporcionan dichos asistentes? En tanto que las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problema, la ayuda externa es fundamental para determinar como sortearán los individuos esta serie de cambios.

En las semanas o meses siguientes al suceso que motiva la crisis, algunas personas necesitan intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis. Esto implica un período de psicoterapia breve (de varias semanas a meses), dirigida a ayudar a los individuos a translaborar con sucesos traumáticos o perturbadores, de manera preparada, más que limitada para enfrentar el futuro.

La desorganización extrema que acompaña a la experiencia de crisis, conducirá pronto a alguna forma de reorganización (negativa o positiva) para la víctima y sus familiares. Abundantes datos clínicos apuntan que, aún en una tragedia, existe la posibilidad de un eventual beneficio.

Una definición de lo que es la *intervención en crisis* sería: “un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir a un proceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas sociales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas posibilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza.

Este proceso puede dividirse en dos partes: *intervención de primera instancia (primeros auxilios psicológicos)*, la cual es brindada de inmediato casi

simultáneamente con la asistencia física y la *intervención en segunda instancia (terapia para crisis)*, la cual se encamina a facilitar la resolución psicológica de la crisis, por lo cual requiere más tiempo (semanas o meses) y la intervención de un terapeuta o consejero.

II.1.2 Tipos de crisis.

Dentro de los tipos de crisis se encuentran definidas aquellas que deben su origen a circunstancias accidentales o inesperadas donde el rasgo más sobresaliente se centra en factores ambientales, las llamadas crisis circunstanciales; y aquellas relacionadas con el desplazamiento de una etapa del desarrollo a otra, desde la infancia hasta la senectud; donde cada etapa se relaciona con ciertas tareas de crecimiento, se origina una crisis cuando hay alguna interferencia en la realización de las mismas (Slaikeu, 1998) .

II.1.2.1 Crisis Circunstancial.

La pérdida de toda una familia en un accidente automovilístico, la leucemia de un niño de ocho años, la violación, el ser tomado como rehén son ejemplos de crisis circunstanciales. La característica de este tipo de crisis es que el suceso precipitante (inundación, ataque físico, muerte de un ser querido, etc.) tiene poca o nula relación con la edad del individuo o la etapa de vida en la que se halla. Las crisis circunstanciales pueden afectar, de modo virtual, a cualquiera en cualquier momento.

En salud, los practicantes de medicina reconocen con facilidad que el bienestar físico se encuentra íntimamente relacionado con el bienestar psicológico. Cousins (1979) y otros consagraron su atención a la sensibilización de los médicos sobre las actitudes de los pacientes en el curso de la enfermedad (Slaikeu, 1998, pp. 68).

Tabla 1. Características de la crisis circunstancial (Slaikeu, 1998).

- 1.- Aparición repentina.
- 2.- Imprevisión.**
- 3.- Calidad de urgencia**
- 4.- Impacto potencial sobre comunidades enteras**
- 5.- Peligro y oportunidad.**

Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, *la enfermedad física* y las *lesiones corporales* son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y su familia para enfrentarlos y adaptarse; sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave, una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo o incapacidad física, poseen el potencial para considerarse como una pérdida, amenaza o desafío; puesto que la enfermedad o las heridas físicas pueden provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables, o aún, amenazar la vida misma. El cómo se interpreten los sucesos- y de modo especial con relación a la autoimagen y los planes a futuro- y cómo se realicen los ajustes de comportamiento, serán fundamentales para determinar el curso esencial de la resolución de la crisis. (Slaikeu, 1998, pp.76).

Kimbrell y Slaikeu (1981) analizaron la literatura acerca de las enfermedades crónicas, con un énfasis particular en las intervenciones que refuerzan el bienestar fundamental, antes que el desarrollo de un papel de enfermo. El síndrome de enfermedad crónica es uno de los posibles resultados de una crisis seguida de una enfermedad grave. La intervención en crisis se enfoca a auxiliar a los pacientes y sus familias para:

- a.) el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad abrumadora en los albores de la enfermedad),
- b.) el desarrollo de estrategias efectivas de enfrentamiento para las secuelas de la enfermedad (búsqueda de una vida modificada, pero no dominada por la enfermedad), a partir de una amplia variedad de intervenciones (apoyo, reestructuración cognoscitiva y consulta familiar).

Estos planteamientos animan a los practicantes de la medicina a apartarse de la atención exclusiva de la enfermedad y sus efectos negativos, y orientarse hacia aquella en el entorno de la más amplia experiencia vital. (Hamera y Shontz, 1978; Kling, 1980; Miles, 1979; Susman y otros, 1980).

La enfermedad y las heridas físicas son acontecimientos que interactúan con los recursos de enfrentamiento de un individuo, lo mismo que con su estructura vital, autoimagen y percepción del futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como si fuesen un desafío, una amenaza o una pérdida. (Slaikeu, 1998, pp. 78).

I.I.2.2 Crisis sanitaria.

Crisis sanitarias han existido y seguirán existiendo siempre. La historia del hombre ha estado marcada por la aparición de desastres sanitarios. La prevención de riesgos en materia de riesgos sanitarios va a depender de:

- a) evitar la aparición de brotes epidemiológicos, los cuales son altamente prevenibles si se realizan acciones orientadas al saneamiento básico y al control sanitario de alimentos, agua y de la población, y
- b) del apoyo en las estrategias de comunicación de riesgos para la población.

Courtois (cit. en Morillo- García, Sillero- Sánchez, Aldana- Espinal y Nieto- Cervera) define una crisis dentro del sector sanitario como *«un incidente significativo, con víctimas identificables, un amplio seguimiento de los medios y numerosas dudas del público, cuyo resultado determina la desestabilización de todo un sistema»*, y establece las condiciones que acontecen para desencadenarla: hay un problema racional o irracional, las víctimas identificadas han sufrido un perjuicio real o subjetivo, los medios de comunicación hacen eco del problema, el público general conoce el problema y la estructura / organización presenta una desestabilización.

Las crisis en el sistema sanitario pueden ser definidas como un **problema de salud**, un evento que pone en riesgo la salud con una incidencia mayor a la existente para el lugar y época.

Cuando el sistema de salud se enfrenta a una crisis puede ser necesario que se tenga que responder a otro tipo de expectativa: la angustia o desvalimiento de los pacientes. No se logra evitar y resolver una crisis con la improvisación, en un estudio realizado se encontró que “existen lagunas de conocimiento y experiencia en este campo, lo que se podría mejorar con guías de actuación y entrenamiento específico” (Morillo- García, Sillero- Sánchez, Aldana- Espinal y Nieto- Cervera; s.f.), ya que existen múltiples variables informativas, condicionantes subjetivos y la percepción de la realidad por parte de la población en general son dinámicas y poco previsibles.

II.2 Estilos de vida. Su modificación para lograr una adherencia y respuesta positiva al tratamiento médico.

Hay evidencia de que, en muchas ocasiones, la salud se ve afectada e influida por la conducta, por la manera en que nos comportamos en una sociedad, el cómo nos relacionamos con los demás individuos, y además nuestros pensamientos y sentimientos pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico (Olguín y Sánchez, 2003 en Soriano Hernández, 2008).

La Organización Mundial de la Salud considera el estilo de vida como la **manera general de vivir**, que se basa en la interacción existente entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y las características personales de los individuos. El estilo de vida es un constructo complejo que desempeña un papel central en el estado de salud-enfermedad, la modificación de estos factores puede cambiar la historia natural de la enfermedad e inclusive retrasar o evitar su aparición.

Es así que se ha propuesto la siguiente definición: “Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo” (Zamora Magaña, 2007).

La promoción de la salud se basa en la premisa de que las conductas que emprendemos y las circunstancias en las que vivimos tienen un impacto sobre la misma, y que los cambios adecuados la mejoran. Tradicionalmente, el foco de atención de los programas de educación para la salud ha sido la modificación de conducta relacionada con ella; sin embargo, recientemente, reflejando quizá un cambio de paradigma con una orientación más estructuralista, se ha considerado la importancia que tienen las variables sociales y medioambientales como mediadores de la salud (OMS, 1991 en García Méndez et. al., 2001). Una línea de investigación ha indagado el impacto de los factores psicológicos como el estrés y la personalidad sobre la salud (García Méndez et. al., 2001).

Por otra parte, Belloch (1989 cit. en Soriano Hernández, 2008) aclara que gracias a los avances médicos, ha aumentado considerablemente la esperanza de vida de los individuos. Por lo tanto, se ha dado un cambio en la mortalidad en este siglo en las sociedades avanzadas; las enfermedades crónicas (estos padecimientos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos) han sustituido a las enfermedades infecciosas como causa principal de muerte, junto con accidentes relacionados a comportamientos inadecuados. Los patrones conductuales, aquellas conductas que hacen al individuo más susceptible de enfermar, son causa de muerte y factores de riesgo y de inmunógenos conductuales (conductas que reducen el riesgo de contraer alguna enfermedad).

Según datos de la Secretaría de Salud (1995) el número de casos reportados como individuos sanos en nuestro país ha disminuido en comparación con

años anteriores, siendo mayor el número de defunciones en hombres (Ríos Martínez, 2008). Cerca del 50% de muertes prematuras en países occidentales pueden ser atribuidas al estilo de vida (Hamburg et al., 1982 cit. en García Méndez et. al., 2001). Cuatro conductas, en especial, están relacionadas con la enfermedad: *fumar, abuso del alcohol, nutrición deficiente y bajos niveles de ejercicio* (McQueen, 1987 cit. en García Méndez et. al, 2001). Inversamente, rara vez comer entre comidas, dormir de 7 a 8 horas diarias y tomar desayuno diariamente se asocian con buena salud y longevidad (Breslow y Enstrom, 1980 en García et. al., 2001). Actualmente, se ha agregado a la lista de factores de riesgo la práctica de la *actividad sexual de alto riesgo*.

Actualmente el 50% de la población en general padece algún trastorno crónico; datos reportados por la SSA indican que entre las causas más comunes de mortalidad se encuentran: la *diabetes mellitus*, seguida por *enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis* y otras *enfermedades crónicas del hígado*, así como *enfermedad cerebro-vascular*, las cuales disminuyen el nivel y calidad de vida de sujetos en edad productiva (Ríos Martínez, 2008).

II.2.1 Definición de Estilo de vida.

El comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de las personas conforman un determinado estilo de vida, aparece como un factor de vital importancia en la relevancia en la variabilidad de los demás factores que determinan el curso del proceso salud - enfermedad.

El estilo de vida de una persona puede ser entendido como el ***conjunto de conductas (positivas o negativas) que lleva a cabo en su vida cotidiana.***

Costa y López (1998 cit. en Soriano Hernández, 2008) mencionan que el estilo de vida es el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona; dicho de otra manera es “la forma de vivir” de cada individuo. Este estilo de vida está directamente relacionado con el estado de salud, hasta el punto en que la tasa de mortalidad se reduciría si las personas modificarán conductas como: fumar, reducir el consumo de alcohol, consumir

una dieta más saludable, realizar algún tipo de ejercicio y conducir de forma más segura, sólo por mencionar algunas.

Según Buela, Costa (1996) Oblitas (2000) y Elizondo (2002) los hábitos de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas, ni aparecen sin orden ni concierto; sino por el contrario, se involucran diferentes comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos fuertemente impregnados del ambiente o entorno en que viven las personas. Estos autores sostienen que las conductas de salud están interrelacionadas; señalan que tanto las conductas que implican un riesgo para la salud como aquellas que son saludables no suelen estar, en efecto, aisladas, sino más bien asociadas entre sí, configurando estilos de vida bien definidos.

Existen personas que llevan a cabo conductas que son benéficas para su salud, reduciendo así la posibilidad de contraer alguna u otra enfermedad; así como aquellas que, aún contando con información, no son conscientes del peligro que corren al realizar las conductas contrarias, poniendo en riesgo su salud. Es aquí donde hay que tomar en consideración la influencia de un factor innegable: la *herencia*, que juega un papel determinante al momento de la aparición de una patología.

La detección temprana de factores de riesgo junto con la promoción de la salud optimiza la prevención, y sin lugar a dudas, la aproximación con una relación costo beneficio más adecuada en el cuidado de la salud.

Para vivir la vida plenamente, Strabanck y McCormick (1992, cit en Costa 1996) mencionan que se debe mantener un equilibrio entre los riesgos que son razonables y los que no los son; pero que dicho equilibrio es un asunto discutible en el que no caben los dogmas.

II.2.1.1 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son aquellas ***conductas, firmemente arraigadas y automáticas, ejecutadas por el individuo que repercuten de manera negativa sobre su estado de salud, haciéndolo vulnerable a su deterioro y posible presencia de enfermedades tanto físicas como psicológicas.*** El término “factor de riesgo” para una enfermedad hace referencia a la exposición a situaciones que incrementan de una u otra manera la probabilidad de presentar algún padecimiento. Así la conjunción de varios factores de riesgo desencadena en un trastorno clínico, siendo estos los que determinarán la magnitud de probabilidad de enfermedad (Lemos, 1996 cit. en Rodríguez de Elías, 2008).

La OMS define como factor de riesgo a aquellas *condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que estén asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad hacia una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.*

Stice (2002, cit. en Rodríguez de Elías, 2008) señala que un factor de riesgo es una variable que predice prospectivamente algún resultado patológico subsecuente. La precedencia temporal se establece al mostrar que la variable predice la aparición de un trastorno entre individuos libres de ellos o aumenta los síntomas cuando se controla el nivel inicial de los mismos. Se considera que un factor de riesgo es causal cuando, entre individuos sin trastorno, un incremento o decremento experimental ocasiona una modificación de los síntomas (elevación o reducción).

Es importante señalar, que estos hábitos no están aislados, también se combinan con los positivos.

Según Buceta (1990) los factores de riesgo se concentran en cuatro grupos:

1.- *Conductas habituales:* excesivas y poco saludables (fumar, alta ingesta de alcohol, dieta inadecuada, falta de ejercicio en forma constante, etc.)

2.- *Alteraciones de la salud*: por ejemplo, hipertensión, diabetes (las cuales tienen influencias psicosociales).

3.- *Carcinógenos ambientales*: los cuales se relacionan con las conductas habituales explicadas anteriormente.

4.- *Elevados niveles de estrés*.

II.2.1.2 Factores de protección.

Simón (1999 cit. en Soriano Hernández, 2008) menciona que se trata de aquellas ***conductas en las cuales toma parte el individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad***. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir patrones conductuales de riesgo y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales.

La OMS (2000) menciona que existen cada vez más datos que avalan la confluencia de diversos factores para proteger la salud en la adolescencia y etapas posteriores, tales como los factores psicológicos, sociales y conductuales. Los factores de protección promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo, mitigando los efectos ocasionados por la exposición a estos (Rodríguez de Elías, 2008).

Striegel-More y Steiner-Adair (2000) consideran que el término factor de protección se refiere a aquellas *habilidades que protegen al individuo contra el impacto de los factores de riesgo para una enfermedad*. Stice (2000) indica que un factor protector es aquella variable que mitiga los efectos negativos de un factor de riesgo.

Se trata de una conducta relacionada con la salud, que esta firmemente arraigada y establecida en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de manera automática, esto es, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto (Gómez y Saburido, 2006). Por otra parte, McAlister (1981 en Girón et. al., 2002) da como su definición de conducta de salud a aquellas conductas realizadas que influyen en la

probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y longevidad.

II.2.1.3 Locus de control externo e interno.

En Psicología, el término locus de control se considera como un aspecto muy importante de la personalidad. Este concepto fue desarrollado en 1950, por Julian Rotter, para referirse a la percepción individual de las causas subyacentes de los eventos (Neill, 2006).

El locus de control se refiere a la **dirección del control que perciben los individuos hacia ellos mismos** (Pelechano, 1999). Se trata de una variable que puede permitir una confiable predicción de la conducta futura de un sujeto, en cuanto a lo que tiene que ver en su toma de decisiones.

Para Álvarez, M. (2007) al hablar de locus de control, se describen aquellas creencias sobre si los resultados que se obtienen de las acciones realizadas son contingentes con lo que hacemos (locus de control interno) o son resultado de acontecimientos fuera de control personal (locus de control externo).

Tabla .2 Diferencia entre locus de control interno y locus de control externo-

LOCUS DE CONTROL EXTERNO.	LOCUS DE CONTROL INTERNO.
Creencias individuales de que la conducta es guiada por el destino, la suerte o cualquier otra circunstancia externa.	Creencias individuales de que la conducta es guiada por decisiones y esfuerzos propios.



En general, parece ser que psicológicamente es más *saludable* percibir que uno tiene el *control sobre aquellas cosas en las cuales se puede influir* (Neill, 2006).

II.2.1.4 Estrés y salud.

A lo largo de la vida nos enfrentamos a situaciones que nos exigen la adaptación a cambios y que son generadoras de estrés, éstas pueden ser inherentes al desarrollo o situaciones “inesperadas”, como pérdidas de cualquier tipo.

Entendemos por estrés a la ***reacción fisiológica y emocional que nos producen aquellas situaciones generadoras de ansiedad y / o angustia*** (Davidoff, 2003). Este afecta la presión sanguínea, los niveles hormonales, las ondas cerebrales (Sarason, I y Sarason, B), el sistema autónomo y el sistema inmunológico (Krantz, Grunberg y Baum, 1985 en Phares). Aunque se reconoce que cierta cantidad de “estrés bueno” (eustrés) es necesaria para la salud, la mayoría de los médicos utiliza este término para significar un estado de enfermedad del sujeto (Orlandini, s.f.).

Hormonas como las catecolaminas (neurotransmisores del cerebro que ayudan en la regulación de la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y los niveles de glucosa en la sangre) son significativas; así como la disminución en la capacidad del sistema inmunológico para destruir eficazmente bacterias, virus, tumores y células irregulares cuando se encuentra sometido a niveles altos y constantes de estrés (Phares, s.f.). El estrés parece formar parte importante en cuestiones de salud y enfermedad.

Sin embargo, no hay que dejar de mencionar que el estrés no solo afecta a aquellos que llamamos “pacientes”; un gran número de médicos viven en constante interacción con situaciones estresantes. Alonso-Fernández (1989) menciona que *“entre las especies de trabajo distinguidas por ser una tremenda fuente de exigencias, sobrecargas y responsabilidades, un lugar destacado lo ocupan los trabajos sanitarios”*. Según lo que comenta el estrés que pueden percibir tiene su origen en la ***“alta tensión emocional”***.

II.3 Modificación de la Conducta en la enfermedad.

Para Hunt (1979, cit. en Gómez y Saburido, 1996) los hábitos se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas; sin embargo, con el tiempo aparecen independientemente a estos procesos de reforzamiento, siendo mantenidas por factores ambientales con los que habitualmente se asocian. Por ello, los hábitos de salud son muy resistentes al cambio. Una característica crucial de estos hábitos es que son conductas aprendidas, y por consiguiente, se adquieren, se mantienen y se extinguen de acuerdo a las leyes del aprendizaje.

Esto es, aprendemos desde nuestra infancia, a través del ensayo - error, a practicar tal o cual conducta, si el reforzador que obtenemos es positivo o agradable y constante, esta conducta será impresa en nuestro repertorio conductual llevándola a cabo tantas veces sea necesario. Sin embargo, si la respuesta que obtenemos nos desagrade (es negativa) no volveremos a repetir ese patrón.

Algo similar sucede cuando, al ser detectada cualquier enfermedad, se tienen que modificar ciertas conductas que se han realizado a lo largo de toda una vida: hay que cambiar el plan nutricional, tomar ciertos medicamentos, realizar ciertos ejercicios y sobre todo evitar aquellas conductas nocivas para mantener la salud. Hay que tomar en cuenta que cada persona tiene el control sobre sus acciones y, por tanto, es responsable de ellas, y para lograr el bienestar tiene que comprender cuales son los hábitos que la propician y cuales no, pero sobre todo, realmente llevarlos a cabo.

Para Elizondo (2002) en nuestro país desafortunadamente, no hay muchas personas que se interesan por su salud, por informarse cual sería la forma de cuidarla y por seguir ciertas recomendaciones a fin de mejorar la calidad de vida. La mayoría simplemente no le brinda la atención necesaria y tiene una actitud apática hacia todo aquello que se relacione con el cuidado de la salud.

Las personas reaccionan de manera diferente a la enfermedad o amenaza de enfermedad. Las reacciones conductuales y/o emocionales de un individuo dependen de la *naturaleza de la enfermedad*, de la *actitud del paciente* ante la misma, de la *reacción de “los otros”* y de *las variables de la conducta* de la enfermedad. Las enfermedades a corto plazo, que no implican riesgo para la vida, provocan pocos cambios de conducta en el funcionamiento personal o familiar; en cambio, una enfermedad “grave”, que supone peligro para la vida, puede conducir a cambios más amplios y notables en la conducta y la emoción (ansiedad, shock, negación, ira y retracción). Estas respuestas son habituales al estrés (Potter et. al., 2001).

II.4 La familia: Respuesta ante la enfermedad.

II.4.1 La familia.

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizada en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen o aglutinan (Instituto Interamericano del Niño). Se trata de un grupo de personas unido por vínculos de parentesco (consanguíneos o por adopción) por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile). La definición de familia asegura que tanto la estructura como el papel de cada una de ellas, varía según la sociedad.

Para *Claude-Lévi Strauss*, la familia encuentra su origen en el matrimonio; consta de esposa, esposo e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos. Además, es en ella donde se desarrolla el ser humano, introyectando creencias, actitudes y valores. En oposición a este enfoque, Radhika Coomaraswamy defiende que no se debería “definir la familia mediante una construcción formalista nuclear; la de marido, mujer e hijos. La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que confíen en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas.” (Boyer Navarro, 2008).

Es en el núcleo familiar donde se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, y donde se asegura a cada uno de sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Las funciones de la familia son (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile):

- a.- **Función biológica:** Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- b.- **Función educativa:** Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- c.- **Función económica:** Se satisfacen necesidades básicas (alimento, techo, salud, vestido, etc.)
- d.- **Función solidaria:** Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- e.- **Función protectora:** Brinda seguridad principalmente a los niños, inválidos y ancianos.

Lewis et. al. (1976) han usado las siguientes dimensiones (en Slaikeu, 1998) en el estudio del funcionamiento de la familia:

- 1.- Estructura familiar (incluyendo el poder manifiesto, alianza entre padres, cercanía y la ley “del más fuerte”).
- 2.- Mitología (creencias familiares y autoconceptos que persisten aunque impliquen distorsiones de la realidad).
- 3.- Habilidades para la negociación (efectividad en la solución de problemas y métodos de resolución de conflictos).
- 4.- Autonomía (estilos de comunicación y si la familia insita o no a sus miembros a cumplir con sus responsabilidades personales).
- 5.- Afectos familiares (expresión de sentimientos, estados de ánimo y armonía familiar, el grado de conflicto y la empatía presentes en los miembros de la familia).

II.4.2 Familia y enfermedad.

La enfermedad va a modificar la situación social del individuo, en la familia, con el cónyuge, en el ambiente laboral, etc. De esto pueden derivarse ciertos “beneficios secundarios”: cambios de equilibrio en la pareja y en la familia, el

aislamiento en el hospital y la relación con el médico. Estas situaciones con sus efectos, ya sean positivos o negativos, tienen un papel relevante si la enfermedad es crónica. (Haynal y Pasini, 1980).

Hoy en día, el tradicional interés médico en el individuo se ve complementado al abordar los problemas de salud en las familias y en las comunidades (De la Fuente, 1998, p. 154).

Con frecuencia, a causa de los efectos de una enfermedad en el paciente y en su familia, se observa una variación en la dinámica familiar. Se entiende por ***dinámica familiar*** al ***proceso mediante el cual la familia funciona, toma decisiones, da soporte a sus miembros individuales y afronta los cambios y los desafíos del día a día*** (Potter et. al., 2001). Los cambios que se producen en las familias, en relación con la enfermedad, no siguen un patrón en específico, están dados según ciertas características de la misma: la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, etc. (Fernández Ortega, s.f.).

La aparición de una enfermedad (aguda, crónica o terminal) en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema, tanto en su funcionamiento como en su composición (ver Anexo 1); puede ser considerada como una crisis, ya que al impactar a cada uno de los miembros se presenta una desorganización. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha *mecanismos de autorregulación* que le permiten seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico (consciente o inconsciente) los que pueden arrastrar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y el manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Fernández Ortega, s.f.; De la Fuente, 1998, p. 196).

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición como en la descompensación de las enfermedades crónicas. (Chávez

Escamilla, 2008). La familia puede influir de manera favorable o desfavorable en las actitudes del paciente hacia su enfermedad y en la adherencia al tratamiento (De la Fuente, 2008).

La aparición de una enfermedad crónica en uno de los miembros de la familia propicia la inclusión del médico y del sistema hospitalario al sistema familiar; la familia colabora en la rehabilitación y adaptación a las secuelas que dejó la enfermedad de alguno de sus miembros, también en la ayuda instrumental y emocional que necesita el paciente, la adecuación del hogar, de la economía, la redistribución de roles, la colaboración en la reinserción social (Velasco et. al., 2001 cit. en Chávez Escamilla, 2008).

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: *roles*, *jerarquía* y *demarcación de los límites*, *adaptabilidad* (flexibilidad vs. rigidez), *cohesión* (proximidad vs. distancia) y *estilos de comunicación*, por que han demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia ante una enfermedad (Méndez Espinoza, 2006, cit. en Chávez Escamilla).

Sauceda dice que existe una relación directamente proporcional entre la comprensión de la estructura y funcionalidad de una familia con la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas que efectúe el médico, lo cual es condición esencial para la orientación y poder tener un mejor control sobre las enfermedades (Valdés Figueroa, 1993 cit. en Chávez Escamilla, 2008).

La familia ejerce una función mediadora de los procesos sociales de las personas, es el elemento de la estructura social responsable del desarrollo y reproducción del ser humano, en ella se lleva a cabo la transmisión de la experiencia histórico - cultural de la humanidad. Cumple funciones de vital importancia para el desarrollo biológico, psicológico, social, formación de la personalidad y en la educación de valores éticos y morales. En todo lo relacionado con el ámbito de la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales: el cuidado de sus integrantes, la

organización de sus recursos económicos para el hogar, la organización de servicios domésticos (Herrera Santi en Chávez Escamilla, 2008). Es en el seno de la familia donde se forman los patrones y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, procesos que actúan como desencadenantes de la enfermedad, y la formación de recursos de apoyo (Huerta Martínez cit. en Chávez Escamilla, 2008).

Expertos de la OMS (1978) utilizaron el término ***funcionamiento afectivo de la familia*** para expresar la *influencia determinante en la salud familiar*, aunque no explicaron el concepto. Actualmente, al hablar de funcionalidad familiar se hace hincapié en el cumplimiento de roles, jerarquías, límites y funciones, basados en el desarrollo físico, psicológico, espiritual e intelectual de cada uno de los miembros. Para entender el proceso salud-enfermedad se necesita reconocer que todo individuo, familia y comunidad tendrán interacciones bio-psico-sociales.

El concepto de *ecosistema* que postula Bronfenbrenner (1979) dice que *la conducta individual se puede explicar mejor al comprender el contexto ambiental en el que se presenta, en este sentido el ambiente humano es en extremo complejo pues se incluyen dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas* (Bener Platone, 2007 en Chávez Escamilla).

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar la crisis, de expresar con libertad sus sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, estropean el desarrollo personal y existe confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. Se observan en ellas conflictos de roles, alteración de la organización jerárquica, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de otros, de igual forma, se culpabilizan por sus fracasos y se reprimen la expresión de sus emociones (Nuño Licona, 2005 en Chávez Escamilla). Es este tipo de familias el que interfiere con el cumplimiento de medidas

terapéuticas, preventivas indicadas y que provocan una sobreutilización de los servicios de salud (Velasco, et. al., 2001 en Chávez Escamilla, 2008).

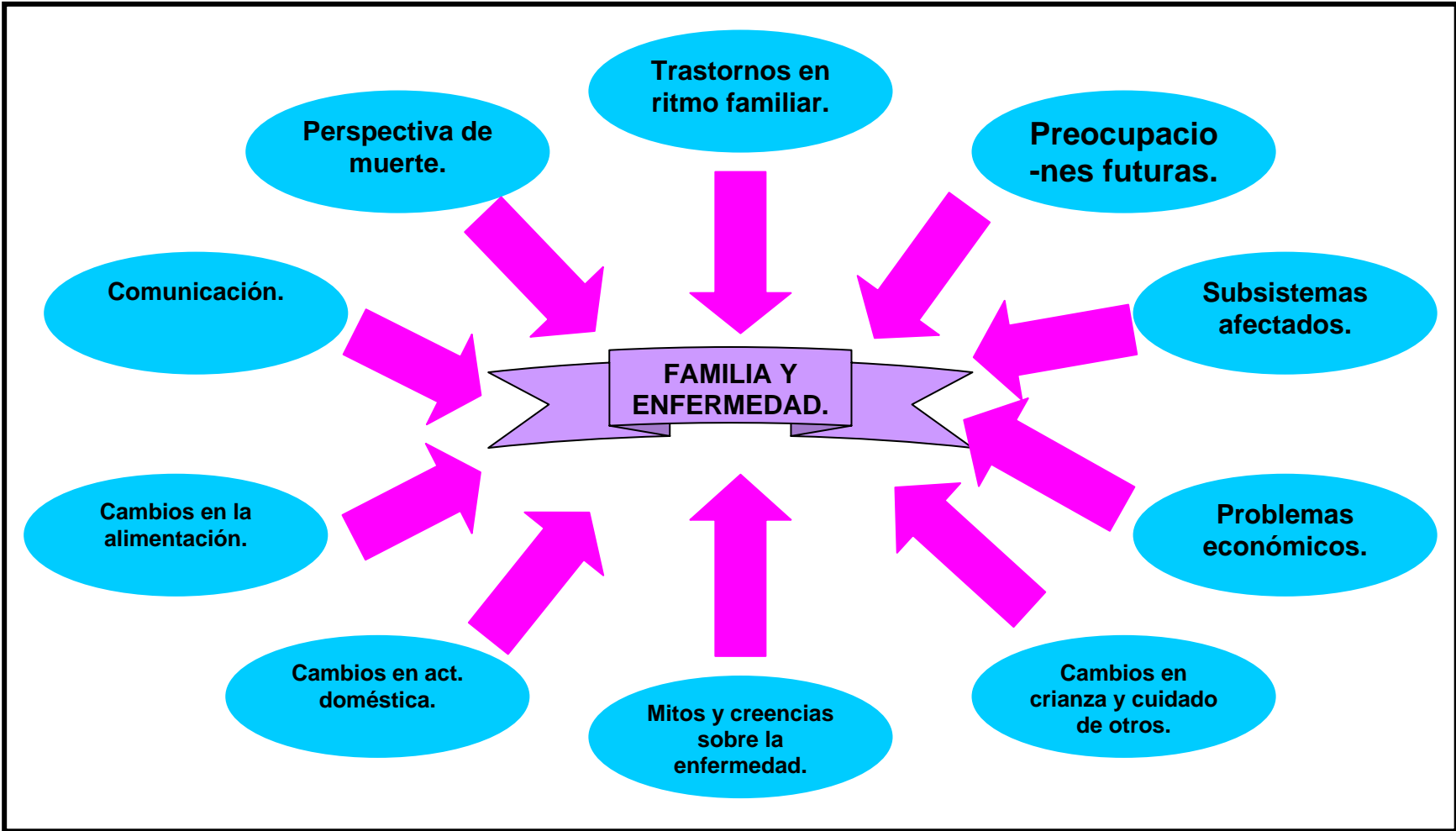


FIG. 5. Diagrama de las implicaciones de la enfermedad en la familia.

II.5. Inteligencia emocional en la Medicina.

“En el reino de la enfermedad, las emociones son soberanas y el temor es un pensamiento dominante. El ser humano puede ser tan frágil mientras esta enfermo por que el bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de la invulnerabilidad”. La enfermedad, sobre todo la enfermedad grave, hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables (Goleman, 2003).

La **inteligencia emocional** es la capacidad para canalizar las emociones que se presentan en la vida diaria. Engloba cuatro habilidades: 1.) *percibir* las emociones que se reflejan en el rostro, el cuerpo y la fisiología, 2.) utilizarlas de forma *racional* en la toma de decisiones, 3.) *comprender* aquello que causa los sentimientos y el comportamiento típico que se deriva y 4.) *manejarlos* para alcanzar ciertos objetivos (Brackett, 2009).

Para un paciente (o familiar) cualquier encuentro que tenga con un médico o personal de enfermería es visto como una oportunidad para obtener información acerca de su padecimiento, así como tranquilidad y consuelo; si éste se da de manera inadecuada puede ser fuente de desesperación. A pesar, de que existen quienes brindan información adecuada y tratan de aliviar la ansiedad de sus pacientes, es muy frecuente que aquellos que se ocupan de los cuidados médicos actúen de forma precipitada e indiferente ante la aflicción de quienes acuden en su búsqueda (Goleman, 2003).

Para Brackett, las emociones están presentes en las relaciones sociales, ya que ayudan a saber cómo interactuar con los demás, e influyen en la salud tanto física como mental: “la capacidad de regularlas tiene una gran relación con la función del sistema inmunológico y en el rendimiento académico y profesional”. Argumenta que los profesionales en medicina están sometidos a una carga excesiva de estrés, haciéndolos propensos a presentar el “síndrome del quemado” (***burn out***).

Existen estudios, realizados en su mayoría en España, que han demostrado que profesionales de la medicina que presentan emociones “positivas” diagnostican mejor y más rápido a sus pacientes en comparación con aquellos que presentan emociones “negativas”. Así mismo, hay otras investigaciones que revelan “que pacientes que han sufrido infarto y son trasladados a una planta en la que entre los profesionales hay más emociones negativas, tienen una mortalidad cuatro veces mayor” (Alonso- Fernández, 1987).

II.5.1 Cómo dar malas noticias.

Existen muy pocas responsabilidades que demanden más del médico, que la situación de tener que comunicar “malas noticias” a sus pacientes (Ayarra y Lizarraga, s.f. y Donovan, 2000). Socialmente parece darse por supuesto que el médico será automáticamente capaz de enfrentarse a situaciones desagradables; sin embargo, esto exige sensibilidad, gentileza, sinceridad y disposición para estar accesible y ser afectivo; si estas “malas noticias” se dan de la manera adecuada se puede facilitar la adaptación del paciente a su situación al aliviar la incertidumbre. (Donovan, 2000).

Se puede entender como “**mala noticia**” a toda aquella que “*compromete de algún modo la integridad física de una persona*” (de Pablo, 2006), sin embargo, Ayarra y Lizarraga (s.f.) plantean que dicha categoría debe ser otorgada directamente por la persona “afectada”.

II.5.2 Modelos de revelación.

La literatura muestra básicamente tres modelos usados por los médicos al momento de comunicar los resultados clínicos a sus pacientes. Estos son:

- a.) **Sin revelación.**- Tradicionalmente usado, supuestamente para evitar la ansiedad y miedo que genera la enfermedad; el médico comunica el diagnóstico a un pariente responsable y juntos ocultan la noticia al paciente. Su sustento se basa en tres suposiciones: 1) *es apropiado para el médico decidir “que es lo mejor” para el paciente sin la opinión de éste,* 2) *los pacientes no quieren saber malas noticias sobre ellos y* 3) *los pacientes necesitan ser protegidos de las malas noticias.*

- b.) **Revelación total.**- Implica proporcionar toda la información a los pacientes tan pronto como se conozca. Plantea que se promueve la confianza y la comunicación médico-paciente y facilita el apoyo mutuo dentro de la unidad familiar. Tres suposiciones lo sustentan: 1) *El paciente tiene derecho a conocer toda la información sobre él y por lo tanto el médico tiene obligación de proporcionarla,* 2) *todos los pacientes quieren conocer la mala noticia sobre ellos y* 3) *que es apropiado para los pacientes determinar qué tratamiento es el mejor para ellos, ya que tienen que vivir con las consecuencias, y por tanto, deben tener la información completa.*
- c.) **Revelación individualizada.**- En este modelo, la cantidad de información revelada y el grado de esta revelación se ajustan a los deseos individuales del paciente a través de la negociación médico-paciente. Se basa en tres suposiciones: 1) *La gente difiere en la cantidad de información que quiere y en sus modos de afrontamiento,* 2) *la mayoría de la gente necesita tiempo para asimilar y ajustarse a las malas noticias y* 3) *una relación colaborativa entre médico y paciente como base en la toma de decisiones y basada en la confianza y respeto mutuo, es de mayor interés para el paciente.*

Se han sugerido varias hipótesis sobre el por qué los médicos evitan discutir enfermedades graves con sus pacientes: 1.) por el mismo temor inconsciente a enfermar y morir y 2.) para tener control adicional sobre la conducta del paciente, ya que estos son más dependientes al no tener información suficiente en la cual basar sus propias decisiones.

Para Donovan (2000), el médico desea hacer lo “correcto” para sus pacientes, pero, no siempre lo que éste considere como “correcto” es fácil de determinar, y existe la posibilidad de “hacerlo” mal.

Existen investigaciones que sugieren que los pacientes desean conocer que es lo que está mal en su organismo y que además están insatisfechos con el nivel y cantidad de información que reciben por parte de sus médicos

(Waitzkin, 1972; Stimson y Web, 1975 y McIntosh, 1974 cit. en Donovan, 2000).

A pesar de esto, también muestran que los pacientes tienen dificultad en tomar la iniciativa para solicitar información, especialmente aquellos que pertenecen a grupos socioeconómicos bajos (Cassileth, 1980 cit. en Donovan, 2000). En otro estudio, "No News is Bad News" realizado por Reynolds (cit. en Donovan, 2000), en el paciente se generan ansiedad y miedo al brindarle información insuficiente, haciendo un llamado a mejorar la relación médico -paciente.

II.5.3 Estrategias para mejorar la comunicación de malas noticias.

Como se ha estado mencionado a lo largo del presente trabajo, el médico se enfrenta ante situaciones en las cuales debe comunicar noticias no muy agradables a los oídos de sus pacientes. Dejando de lado términos clínicos, se enfrenta cara a cara con otro ser humano, igual de vulnerable física y psicológicamente, la mayoría de las veces para darle a conocer malas noticias que involucran su estado de salud.

Saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y afianza la relación médico-paciente (Ayarra y Lizarraga, s.f.).

Al no estar preparados académicamente para enfrentar estas situaciones, el médico hace uso de la improvisación, utilizando su ingenio y/o habilidades desarrolladas con anterioridad.

Aún existe muy poca documentación al respecto, sin embargo se puede hacer uso de una serie de estrategias basadas en la experiencia general y en el conocimiento convencional para ofrecer el fundamento para un enfoque en la comunicación de malas noticias (Ayarra y Lizarraga, s.f.; Donovan, 2000 y Álvarez, María, 2006).

a.) **PRIMERA ETAPA. PREPARAR EL ENTORNO.**

Comunicar una mala noticia no es plato de gusto para ningún profesional, pero los expertos coinciden en señalar que quien debe hacerlo es el *médico* que atiende la patología que provoca la mala nueva. Es al experto a quien el paciente preguntará todas las dudas que tenga al respecto, ya que es quien mejor conoce la situación.

- ✓ **No engañar al paciente.-** El decir una mentira no debe compararse a la revelación total no solicitada de todos los hechos conocidos; el paciente necesita información veraz para tomar decisiones inteligentes respecto al tratamiento.

Hasta hace pocas décadas la mayoría de los médicos optaba por *engañar* al enfermo sobre su estado real cuando la situación era delicada en extremo. En la actualidad, señala de Pablo (2002), se ha configurado un modelo por el cual se informa ampliamente al paciente acerca de su dolencia y sus consecuencias, ya que para el enfermo «resulta mucho mejor» conocer realmente qué padece para poder hacer frente de modo eficaz a la enfermedad.

Por otra parte, al tratar de evitar que un paciente sepa la verdad, en muchas ocasiones, «se le impide también poder hablar sobre su problema justo en el momento en que más lo necesita», comenta Duque. Pero proporcionar al enfermo la máxima información posible sobre el mal que le aqueja no implica necesariamente darle a conocer toda la información.

- ✓ **¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién? ¿Cuánto tiempo?.-** Se requiere conocer con CERTEZA el diagnóstico. Es importante buscar el espacio físico adecuado, un lugar tranquilo tratando de evitar pasillos y habitaciones compartidas. Se sugiere dar la información personalmente, evitando la consulta por teléfono; propiciar que el paciente esté acompañado o esperar con él hasta que llegue algún familiar si hemos tenido que informarle estando sólo. También es importante evitar las horas nocturnas para dar la información. Hay que tener en consideración determinadas circunstancias personales y familiares del paciente,

siempre y cuando su consideración no implique agravamiento del proceso. Es muy importante tener en cuenta la edad del paciente intentando siempre ser veraces en lo que se dice y adecuándonos al impacto de la información.

- ✓ **Tener un plan en mente antes de iniciar.**- Ya que el paciente estará en cierta desventaja, esperará que el médico lo guíe y lo apoye en mayor grado que el usual. Tener un conjunto de reglas generales sobre como manejar la comunicación de las malas noticias y sobre todo tener un plan de manejo tentativo para el problema específico antes de iniciar con el proceso, deja al médico en una situación en la cual podrá enfrentarse con lo que sucede en el aquí y ahora en lugar de tener que pensar en temas rutinarios. *¿Qué se le debe decir? ¿qué tan certero es el diagnóstico? ¿qué información adicional será requerida?* son preguntas que pueden ser consideradas antes de iniciar un diálogo, esto lo hará sentirse más seguro sobre lo que hará.

b.) **SEGUNDA ETAPA. ¿QUÉ SABE?**

Es aquí cuando el médico trata de averiguar que es lo que el paciente sabe sobre su enfermedad a través de preguntas abiertas y con técnicas de apoyo narrativo:

- ¿Qué te han dicho en el hospital?
- ¿Estás preocupado por la enfermedad?
- ¿Qué piensas tú del dolor?

c.) **TERCERA ETAPA. ¿QUÉ QUIERE SABER?**

Se averigua que es lo que el paciente desea saber, facilitándole que lo haga: "*¿quieres que te comente algo de tu enfermedad?*". Se tendrán que aceptar su silencio, sus evasivas o su negativa a ser informado pero ofreciendo siempre una nueva posibilidad: "*ahora veo que no te apetece hablar, si otro día lo deseas aquí me tienes*".

Esta etapa es difícil porque a muchos pacientes les cuesta decidir si quieren saber o no y puede requerir varias entrevistas.

d.) **CUARTA ETAPA. COMPARTIR INFORMACIÓN.**

Dar al paciente control sobre la cantidad y el momento de la información que recibe.- Aún el paciente que parece “querer saberlo todo” usualmente puede no querer escuchar todo a la vez. Una estrategia que se utiliza comúnmente es iniciar la comunicación con términos muy vagos y eufemísticos, permitiéndose así llegar a ser más específico a medida que el paciente requiera más información. Se intentará que el *lenguaje verbal* (lo que decimos), el *paralenguaje* (tono que utilizamos) y el *lenguaje no verbal* sean *coherentes*. La información la daremos usando frases cortas y vocabulario lo más neutro posible: no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. Hay que asegurar la *bidireccionalidad*, es decir, facilitar que el paciente o su familiar pregunte todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y cualidad a las emociones del paciente. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo duro del profesional. Se sugiere que al final del encuentro el médico haga un resumen de lo dicho para asegurarse de que el paciente ha entendido, siendo este el momento adecuado para dar toda esperanza e información positiva con la que se cuente, sin caer en el engaño.

✓ ***Darle tiempo al paciente para integrar la información recibida.***

Aún en situaciones donde no se discuten enfermedades “fatales”, existe un límite en la cantidad de información que el paciente puede incorporar en un momento dado. A medida que la gravedad de la enfermedad va aumentando también lo hace el impacto potencial, lo que ocasiona una disminución en la habilidad individual para escuchar e incorporar información nueva; si este tiempo no se respeta, el médico entonces se encontrará con las mismas preguntas y dudas en sesiones posteriores.

e.) QUINTA ETAPA. RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE.

Solo si el médico se siente capaz de apoyar emocionalmente a su paciente, estará *moralmente* autorizado a comunicarle las “malas noticias”.

Las reacciones más frecuentes que un paciente puede mostrar son: *ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia*. Estas respuestas pueden mezclarse en el tiempo y deben de respetarse y estar atentos para poder ayudar adecuadamente.

- ✓ Suavizar las malas noticias con buenas noticias o, al menos, esperanzadoras.- Es raro, aún en la enfermedad más grave, que no exista “algo” por lo cual uno no pueda tener esperanzas. Kübler-Ross (1969 cit. en Donovan, 2000) encontró, en un estudio descriptivo, que los pacientes esperaban y apreciaban cualquier información que les proporcionara esperanza. Ya que al paciente se le debe permitir conocer la gravedad de su enfermedad, también tiene el derecho a saber que hay excepciones a la regla.

e.) SEXTA ETAPA. PLAN DE CUIDADOS.

Se informa, se recoge la respuesta emocional y se ofrece un plan de cuidados: el médico se compromete a apoyar, aliviar los síntomas del paciente y compartir sus preocupaciones y miedos.

En esta fase se concreta el seguimiento, frecuencia de entrevistas, visitas domiciliarias, etc. y, sobre todo, se asegura la disponibilidad, facilitando el acceso telefónico.

Es importante explorar síntomas de depresión, dolor, insomnio, etc. ya que, muchas veces, los pacientes no los expresan espontáneamente por miedo a reconocer agravamiento del proceso. Se deben explorar, directa o indirectamente, todos aquellos síntomas que puedan ser aliviados.

II.6. Primeros Auxilios Psicológicos.

Álvarez y Cruz (2007), al hablar de *Primeros Auxilios Psicológicos* (PAP) hacen referencia a “*la intervención psicológica en el momento de crisis,*

entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones de un continuo equilibrio personal.” (p. 12).

Se trata de la primera intervención en crisis, la cual tiene una duración de minutos a horas y consta de una sola sesión. Los PAP pueden ser brindados por personas no necesariamente vinculadas al trabajo psicológico (médicos, enfermeras, personal de trabajo social, abogados, sacerdotes, líderes de comunidades, etc.) en ambientes informales (hospitales, escuelas, iglesias, etc.) sin embargo, requieren de una capacitación previa. La meta es reestablecer la homeostasis emocional (Álvarez et. al., 2007; Arumir, 2009).

Los cinco componentes estratégicos en los cuales se basan los PAP son:

- **Realizar contacto psicológico:** Es decir, mostrar empatía o “sintonización” con los sentimientos y necesidades de la persona en crisis. Hay que escuchar atentamente como es que esta persona visualiza y nos comunica esta situación “crítica”. Se invita a que hable y que escuche lo que relata: lo que sucedió (hecho) y el como reacciona (sentimientos y actitudes) ante esto. Los objetivos son lograr que la persona sienta que se le escucha, acepta, entiende y apoya; esto lleva a disminuir la intensidad de su ansiedad y angustia.
- **Analizar las dimensiones del problema:** Se enfoca en tres áreas: 1) *presente* (qué sucedió, cómo te sientes, qué piensas, qué puedes hacer), 2) el *pasado inmediato*, aquellos acontecimientos que condujeron al estado de crisis (qué, quién, cuándo, cómo) y c) el *futuro inmediato*, los riesgos para la persona y la preparación para soluciones inmediatas.
- **Sondear posibles soluciones:** Se busca identificar un rango de posibles soluciones que satisfagan las necesidades tanto a corto como a largo plazo. Esto implica “acompañar” a la persona en crisis durante la generación de alternativas, sin dejar de lado el análisis de aquellos factores que puedan obstaculizar la ejecución de un “plan” en particular.

- **Iniciar pasos concretos:** Implica que el interventor, de manera facilitadora o directiva (según las circunstancias) va a “ayudar” a la persona a ejecutar una acción en concreto, para tratar con la crisis.
- **Verificar el progreso:** El interventor buscará la manera en la cual pueda verificar la eficacia de los PAP, así como estar al pendiente de su cumplimiento.

Capítulo III. Comunicación entre médico y paciente para el enfrentamiento de la enfermedad.

“Deslumbrada y, al mismo tiempo, enceguecida por el cientifismo, la tecnología y el nihilismo moral, (puede) convertir el ejercicio profesional (de la Medicina) en un relación despersonalizada que considera al paciente como un objeto, con el riesgo de precipitarse al abismo de su decadencia y tal vez a su fin”.

El fin de la Medicina; Alejandro Goic.

III.1 ¿Qué entendemos por comunicación?

Uno de los fenómenos más genuinamente humanos y característicos de nuestra sociedad y nuestro tiempo es la comunicación (Musitu, 1993). Todo ser humano atraviesa las etapas de su vida desarrollándose en una sociedad, lo que implica la constante interacción de unos con otros. Esto se logra gracias a la comunicación: *el constante intercambio de información e ideas que se dan dentro de un tiempo y espacio determinado.* Para Wilbur Schramm **“hoy nosotros definimos comunicación diciendo simplemente que es el compartir una orientación con respecto a un conjunto informacional de signos”**; considerando que la información es “cualquier contenido que reduce la incertidumbre o el número de posibles alternativas en una situación” (cit. en Paoli, 1977, p. 38). Se trata del “proceso de crear, o compartir, significados en una conversación informal, en una interacción o al hablar en público.” (Verdeber, R. y Verdeber, 2005).

Los elementos necesarios para que ésta se lleve a cabo son (ver Fig. 6): el *emisor* (quien elabora y dirige la información a transmitir), un *mensaje*, un *receptor* (quien interpreta el mensaje), el *contexto* (situación) y el *canal* (medio que se utiliza para transmitir el mensaje).

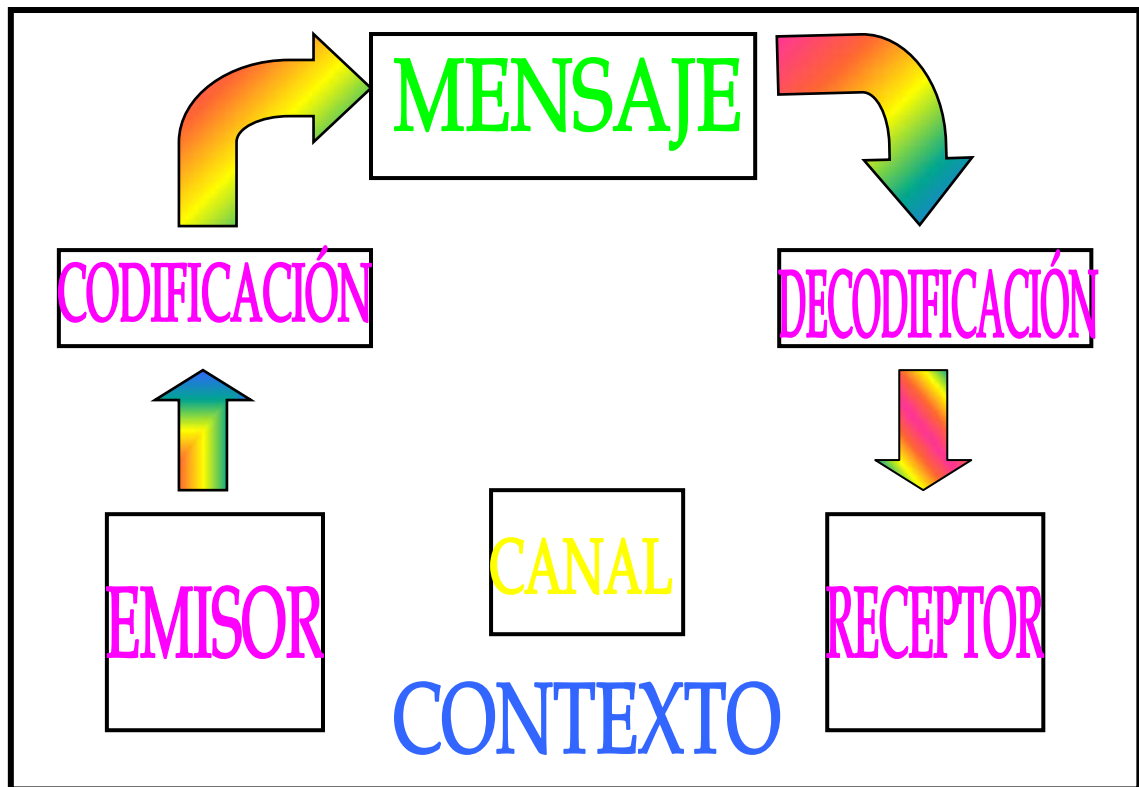


Fig. 6. Diagrama del proceso de comunicación.

La manera en como van a ser interpretados los mensajes emitidos va a depender de los antecedentes culturales de quienes intervienen. La diversidad cultural, o nivel de variaciones entre la gente, afecta a todos los aspectos de la comunicación.

Debe de tomarse en cuenta que existen implicaciones éticas inherentes al proceso de comunicación. Las cinco normas éticas que influyen en “nuestra comunicación” son: verdad y honestidad, integridad, equidad, respeto y responsabilidad (Verdeber, R. y Verdeber, K., 2005).

III.1.1 Modelos de comunicación.

La comunicación representa la manifestación más compleja y elevada en las relaciones humana, y la práctica médica es un tipo específico de relación interpersonal donde resulta imprescindible que el profesional de la salud sea capaz de utilizar métodos y procedimientos efectivos de interacción social y psicológica, como elemento esencial que le permita cumplir con su rol, alcanzar las metas de su práctica y reconocer al ser humano como persona.

Verdaderamente nunca ha existido una teoría de la comunicación (Galeano, s.f.). La gran mayoría de los estudiosos de la comunicación han formulado sus propios esquemas y modelos; los cuales, en un principio, se basaban en la *relación estímulo- respuesta*.

Aristóteles ha de quedar asociado a una trilogía con perfil filosófico de la comunicación: *ethos* (la fuente), *logos* (el mensaje) y *pathos* (la emoción). (Ferrer, 1997). Tríada que más tarde sería ampliada por el mismo autor: quién, qué y para quién, para conformar el famoso **Triángulo Aristotélico** (orador, discurso y auditorio).

Sin embargo, dejando de lado las concepciones filosóficas se encuentra que los primeros modelos de comunicación fueron los denominados “*modelos de aguja hipodérmica*”, modelos simples de estímulo-respuesta (ver Fig. 7).

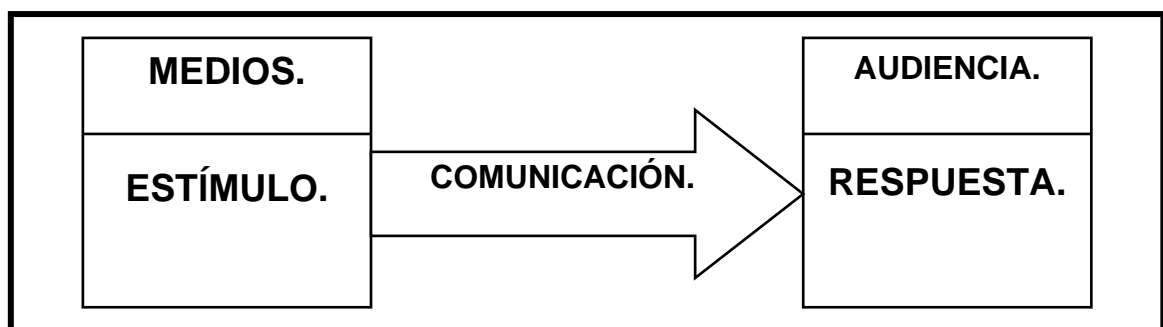


Fig. 7. Modelo E- R de la comunicación (Galeano, s.f.)

Harold D. Laswell presentó un nuevo modelo, el E- O- R, en su clásico *¿quién dice qué, por cuál canal, a quién, con qué efecto?* Este esfuerzo de síntesis se considera valioso ya que agrupa los cinco puntos fundamentales de la comunicación (Ver Fig. 8).

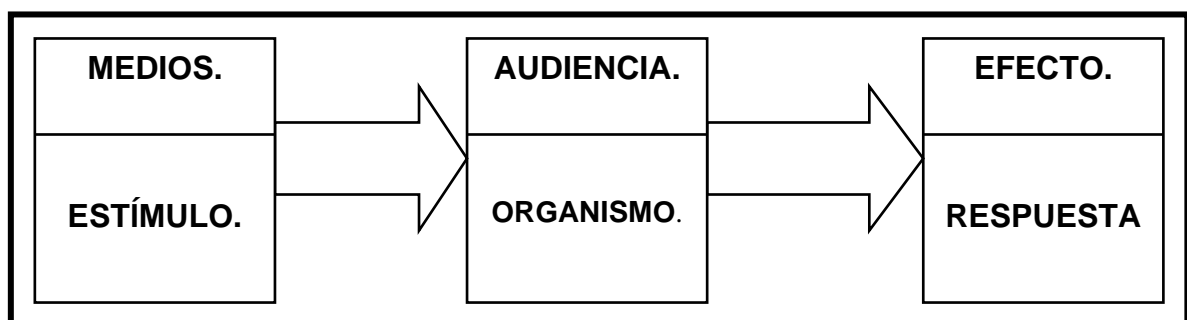


Fig. 8. Modelo E- O- R de Laswell.

En 1948 surge otra teoría que trata de explicar el proceso de la comunicación basándose en las matemáticas. Propuesta por **Shannon y Weaver**, la *Teoría de la Información* se aplica a cualquier mensaje, independientemente de su significación; permite estudiar la cantidad de información de un mensaje en función de la capacidad del medio, medida según el sistema binario (0 ó 1) en *bite* asociados a la *velocidad de transmisión* del mensaje, pudiendo ser disminuida por el *ruido*.

Este modelo se representa por un esquema formado por cinco elementos: una *fuerza* (elemento emisor inicial), un *transmisor* (emisor técnico), un *canal* (medio técnico), un *receptor* (receptor técnico) y un *destino* (a quien va dirigido el mensaje).

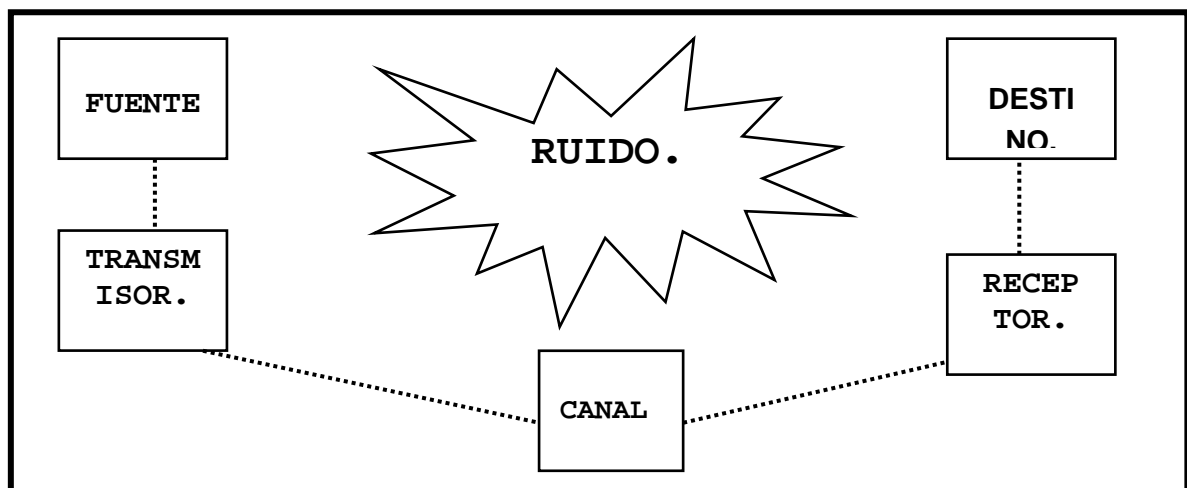


Fig. 9. Modelo de Shannon y Weaver.

Dentro de este modelo se considera un factor muy importante que es perturbador, que parasita la señal durante su transmisión en algún grado, el *ruido* (cualquier estímulo externo, interno o semántico que interfiere en la transmisión de significados).

II.1.1.2 Modelo comunicacional en la relación médico-paciente (RMP).

Desde los años 60's, se ha intentado recuperar el diálogo entre el médico y el paciente, investigando lo referente al proceso de comunicación que se da

entre ambos. Durante los últimos 20 años, así mismo, se ha notado un incremento en el interés por estudiar esta relación, lo cual se ha dificultado gracias al uso de metodologías diversas y de difícil replicación (Gómez, 2002).

El **modelo comunicacional** se fundamenta principalmente en los aspectos conscientes y observables que ocurren dentro de la relación médico – paciente (RMP), utilizando técnicas de aprendizaje de entrevista, role playing y observación en video.

Para Inui et. al. (1982 en Gómez, 2002) el encuentro entre el médico y el paciente es lo central en los cuidados médicos; plantean que el estudio de las entrevistas es de gran utilidad para los médicos internos de pregrado (MIP's) y los residentes en el aprendizaje de esta relación. Afirman que la interacción es fundamental ya que posibilita un arte en la relación y en los cuidados del paciente.

Para Pendleton (1991 en Gómez, 2002) la comunicación con el paciente es nuclear dentro de la RMP, advirtiendo que existen, igualmente, tensiones e incomunicación... lo que se traduce en que sólo un 50% de los pacientes sigan las recomendaciones médicas mientras que para Roter y Hall (1989 en Gómez, 2002) solo una tercera parte de los pacientes cuenta con la información adecuada sobre el fármaco y tienen mejor percepción del tratamiento.

Bales (1950 en Gómez, 2002) ha estudiado los procesos de interacción y comunicación en la RMP observando que se dan intercambios tanto de información como afectivos, surgiendo ansiedad, irritación y nerviosismo en los ámbitos verbal y no verbal (Roter, 1989 en Gómez, 2002). Por lo tanto, se encuentra una fuerte correlación entre el proceso de interacción y satisfacción del paciente.

III.1.2 Vías de comunicación.

La comunicación no sólo debe servir para obtener la información que el médico necesita para cumplir con sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta *escuchado*, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández-Hernández, 2006).

Un aspecto fundamental en la *relación médico-paciente (RMP)* lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación se puede dar por cuatro vías (Alonso-Fernández, 1989):

- La **verbal**.- Con el uso de la palabra hablada o escrita.
- La **extraverbal**.- Que se encuentra implícita en expresiones faciales, gestos y modulaciones de la voz.
- La **táctil**.- Fundamentada en el contacto piel a piel y representada en la RMP a través del “estrechón de manos”, la palmada en la espalda y las maniobras propias del examen físico.
- La **instrumental**.- Utiliza a los aparatos médicos como sus intermediarios.

a.) Comunicación verbal.

Para Verdeber y Verdeber (2005) al hablar de comunicación verbal se hace referencia a “todo aquello que se expresa a través de la palabra, ya sea escrita o hablada”. Dentro de esta categoría, deben ser tomados en cuenta dos aspectos muy importantes:

- ❖ La connotación El significado literal, explícito y directo que se asigna a determinada palabra.
- ❖ La denotación Sentimientos o evaluaciones asociados a la palabra.

El **estado emocional** prevaleciente en el momento de la interacción puede ser considerado como un factor que afecta la exactitud con que se percibe a los demás. Joseph Forgas (1991, cit. en Verdeber, R. y Verdeber, K.; 2005) concluye que “*existe una amplia y penetrante tendencia de la gente a*

percibir e interpretar a los otros en términos de sus (propios) sentimientos en un momento dado". Así mismo la emoción motiva a que uno se comprometa con percepciones selectivas, ignorando información inconsistente; y afecta las atribuciones, razones propias para justificar la conducta de otros.

b.) Comunicación no verbal (CnV).

No sólo se van a considerar aquellas conductas lingüísticas de los hablantes como reflejo de las normas de la situación tal y como la perciben. Mehrabian (1972) comenta que la *comunicación no verbal* (CnV) "en sentido restringido hace referencia a un *conjunto de comportamientos no lingüísticos, como gestos, posturas corporales, etc*" y que en el sentido más amplio se pueden incluir aspectos mucho más sutiles del lenguaje como "errores lingüísticos, entonación, velocidad, etc." (en Musitu, 1993). Para Knapp y May (2002, p. 244) esta se encarga de describir a todos aquellos eventos que trascienden la palabra escrita o hablada (en Verdeber, R. y Verdeber, K., 2005).

La CnV suele ser la encargada de delimitar la relación entre las personas, cómo deben entenderse sus enunciados verbales dentro del apoyo connotativo del gesto y el cuerpo; "comprende el sentido de la interacción comunicativa en su conjunto" (cit. en Ferrer, 1997). Además proporciona información más fiable en situaciones donde probablemente no se confíe del todo en lo que se comunica a través de las palabras... La relación de la CnV con la conducta verbal incluye la secuencia o coincidencia en el tiempo de los comportamientos no verbales y de los verbales, aunado al significado transmitido a través de ambos canales (Feldman, 1991 cit. en Musitu, 1993).

III.1.3 Comunicación asertiva.

Los estilos de comunicación del médico afectan la calidad y cantidad de información que obtienen de su paciente, así como el grado de adherencia al tratamiento. Así como, las distintas expresiones del médico constituyen para

el enfermo una fuente de información muy valiosa, quien reaccionará con esta información o con lo que él crea que significa dicha información (Alonso-Fernández, 1989).

La palabra asertividad proviene del latín **<assertio-tonis>**, cuyo significado es *acción y efecto de afirmar una cosa* (Chávez, N.; 2003). La mayor parte de las comunicaciones se dan en la esfera de escenarios de comunicación interpersonal, caracterizadas por conversaciones informales entre dos o más personas. Su estudio incluye acciones tales como: sostener conversaciones eficaces, escuchar y responder con empatía y compartir información, etc. (Verdeber, R. y Verdeber, K., 2005).

Spitzberg (2000, p. 375; cit. en Verdeber, R. y Verdeber, K.; 2005) habla sobre la **aptitud comunicativa**, describiéndola como la *“impresión de que el comportamiento comunicativo es apropiado y eficaz”*, considerando a la comunicación tanto eficaz al alcanzar sus metas como *apropiada* al ajustarse a lo que se espera en determinada situación.

Para Spilberg (2000; cit. en Verdeber, R. y Verdeber, K.; 2005) la manera en la que se percibe la aptitud comunicativa depende de la motivación, el conocimiento y las habilidades personales.

III.2 Aspectos a considerar en la relación médico-paciente.

III.2.1 Situación médica.

La situación médica es un modelo de situación concreta de interacción (Jeammet, Reynaud y Consoli; 1999). Para Cantú (1973) es la *“interrelación e interacción que ocurre entre el médico, el paciente, el ambiente en el que se desarrollan y la captura de datos significativos, la elaboración del expediente clínico”*.

Se hablará con más detalle del médico y del paciente en otro apartado, sin embargo, no hay que descartar los otros dos elementos que conforman este cuarteto.

El ambiente en el que se desenvuelven los dos actores principales (médico y paciente) en esta situación, propicia o entorpece la interacción entre ellos. No es lo mismo el ámbito de la consulta privada que el de la pública o institucional; en la primera, puede haber más cercanía, tiempo, calidez y “privacidad” para el paciente; mientras que la segunda, debido a ciertos estatutos definidos por las instituciones públicas, propicia un trato “frío”, distante y hasta cortante, ya que se carece del tiempo suficiente debido a que hay que cumplir con cierto número de registros diarios.

Otro componente de esta situación es la elaboración del expediente clínico. Es en este documento, la historia clínica, donde se plasma tanto la información que brinda el paciente (antecedentes familiares, enfermedades previas, etc.) como los resultados de los exámenes médicos y la evolución de la enfermedad actual.

El hecho de redactar la historia clínica significa que se van a obtener respuestas al conjunto de preguntas que el médico ha formulado con anticipación; por lo tanto, se insta a que estas interrogantes estén, no sólo orientadas a responder aspectos clínicos, sino que indaguen un “poco más” sobre el ambiente en el que se desenvuelve el paciente (Balint, 1964).

III.2.2 El médico. Motivaciones, rasgos de personalidad y expectativas.

En palabras de Pacheco Tapia (2006) “el médico corresponde cada vez menos a aquel viejo estereotipo de amigo familiar, para irse revistiendo de las características comunes al estereotipo de los ‘científicos’, ocupados en analizar, en forma por demás carente de pasión, lo que se denomina ‘el frío objeto de la ciencia’...”

De acuerdo a una investigación realizada con dos generaciones de MIP’s en el Hospital General de Acapulco (HGA) (Andrade, Mejía y Utrilla, 2007 y Andrade y Silva, 2008), y Gómez (2002), se encuentra que dentro de los **principales motivos** para estudiar la carrera de Medicina están: *el deseo de*

ayudar a las personas, gusto personal por la carrera (vocación), tradición o imposición familiar y por el estatus social y económico que representa la figura del médico. Para Rivero y Durante (s.f.) la característica fundamental del ejercicio médico es que sus acciones tengan como fin único el *bienestar del paciente*, si ésta es verdaderamente la vocación que lo conduce a elegir esa profesión, ello da origen a otras características que constituyen el profesionalismo en Medicina (adquisición de habilidades en conocimiento, destrezas, comunicación, capacidad de juicio y comportamiento).

Según Alonso- Fernández (1987), quienes se dedican a cuestiones sanitarias inician sus estudios con “dos escudos específicos de defensa”: 1) disponen de un acceso amplio a los centros de salud competentes y 2) cuentan con bastante información acerca de la identidad y acción de los agentes influyentes sobre el estado de salud.

Es ingrediente esencial en los actos médicos la influencia psicológica del mismo médico a pesar de que su modo de acción no es algo que la ciencia haya establecido satisfactoriamente (De la Fuente, 1998). Por tanto, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega (Rodríguez Silva, 2006) antes de desvirtuar su función de médico (De la Fuente, s.f.). Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social. (Rodríguez Silva, 2006).

Para De la Fuente (1998) la personalidad del médico juega un papel importante dentro del desarrollo de la RMP, a pesar de que su objetivo primordial es el de *procurar el bienestar de aquel que se pone bajo sus cuidados profesionales.*

También hay que tomar en consideración que, en esta relación, es el médico quien manda, quien ordena; por lo que puede presentar algunas *tendencias* como: el **narcisismo** (sobreevalorarse a sí mismo, eliminando aquello que no concuerda con sus deseos e intereses), el **autoritarismo** (necesidad

excesiva de ejercer poder sobre los demás, lo que puede provocar que el médico se haga insensible a los derechos de sus enfermos), el **sentimiento de omnipotencia** (se perciben a si mismos con la capacidad, casi mágica, de poder curar a TODOS sus pacientes), la **indecisión** (necesidad reiterada de aceptación y competencia) y el **sentimiento de soledad** (establecen relaciones demasiado estrechas con sus pacientes).

Dentro de las *condiciones personales* que pueden desviar a los médicos de su “meta de servicio” se encuentran: **la codicia, el afán de lucro, fama y reconocimiento.**

Basándonos en la aplicación de la prueba de Frases Incompletas de Sacks-Cantú (Uribe de Rivera, s.f. cit. en Cantú, 1973) y más recientemente en la investigación realizada en el HGA (Andrade et. al., 2007 y Andrade y Silva, 2008), se puede mencionar, que en cuanto a los **rasgos de personalidad del médico** se observa una *tendencia a vivir en fantasías, al retraimiento y dificultad para hacerse entender y establecer relaciones adecuadas.* Su principal **mecanismo de defensa** es la *negación, seguido por la intelectualización y la proyección.*

Varios autores relacionan la autoevaluación de ciertas características personales con la búsqueda de ciertos satisfactores o necesidades primarias / secundarias (Flores - Maldonado, Zúñiga - Oseguera, Gutiérrez-Samperio, Frati - Munari, Ledesma - Ramírez y Pérez Tamayo, s.f.). En este estudio se encontró que dentro de las especialidades médicas (Medicina Interna, Cirugía y Anestesiología) existen *diferencias claras en la personalidad* de los residentes, debido al tipo de actividad que se realiza dentro de cada una de ellas, sin olvidar los factores intrínsecos. Así mismo, se encuentran un grupo de rasgos que son comunes a los tres grupos debido a que todos ellos derivan de un grupo general y básico: el Grupo Médico.

III.1.1 El médico ante la muerte.

Dentro de la Medicina, el tema de la muerte ha sido eludido (De la Fuente, 1998). El médico debe reflexionar acerca de la muerte para observarla desde un punto de vista humano, así como reflexionar sobre sus propias actitudes y tratar de comprender la experiencia de sus pacientes.

Es de suma importancia que el médico no olvide tomar en consideración las creencias, actitudes y significado que el enfermo pueda otorgarle a la muerte.

III.2.3 El paciente. Motivo de consulta.

Antes de lanzar al mercado cualquier medicamento, se experimenta en animales para medir su eficacia. Una vez que se demuestra que es capaz de “curar la enfermedad animal” puede ser aplicado en la curación de enfermedades humanas. Es así por que, desde el punto de vista físico < natural> hombre y animal son iguales, pertenecen a la misma naturaleza.

Pero existe “algo más” que distingue al hombre del animal, y que configura de manera especial la enfermedad: el animal padece la enfermedad, pero no se sabe enfermo, por lo tanto no es capaz de adoptar actitud alguna ante la misma, simplemente “se echa a morir”. El ser humano, por el contrario, sufre la enfermedad, se sabe enfermo y posee la libertad de adoptar una u otra actitud frente a ella (Gutiérrez, 1974), deja ver que sería necesaria una aproximación psicológica- humana en el conocimiento de la enfermedad (Rubio y López, 1997).

Meclanic acuñó la expresión “**conducta de enfermedad**” y concluyó que los sujetos perciben y evalúan de modo diferente los síntomas y comportándose frente a ellos de forma distinta según las variables psicológicas y sociales que determinan la respuesta ante la enfermedad, tales como las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de referencia. (Zúñiga Magaña, 2007). La enfermedad para el hombre va a significar un ataque a su libertad, siendo una amenaza a su proyecto de vida (Gutiérrez, 1974). Para De la

Fuente (2008) es única la experiencia de una persona cuando enferma, sin embargo menciona que existen ciertos elementos comunes en enfermos que sufren un trastorno severo: *estrechamiento del campo de interés en los demás, fijación de la atención en las percepciones corporales, temor ante el significado y consecuencias de su sintomatología y un anhelo de ser apoyado y protegido*. La forma y grado en que se experimenta este estado de vulnerabilidad varía entre persona y persona.

Siguiendo con lo expresado por De la Fuente (s.f), una de las respuestas universales que el enfermo va a presentar es la de *explicar*, o por lo menos intentarlo, cual es el *origen de su sufrimiento*, oscilando entre *creencias racionales, irracionales* y en ocasiones hasta *delirantes* con la finalidad de *crear una ilusión de dominio y atenuar la ansiedad que acompaña la ambigüedad y la incertidumbre*.

Parsons (1965 en De la Fuente, 1998) describió el papel social del enfermo atribuyéndole como aspectos esenciales: el enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad, ni lograr alivio por su voluntad.

Para Yalom (2002) el paciente se va a beneficiar mucho por la sola experiencia de ser visto y comprendido en su totalidad.

III.2.3.1 El papel del enfermo.

No se trata de una descripción de la realidad empírica, sino de un modelo teórico que se refiere al comportamiento que muestra el paciente al ir en busca del médico. Es de gran utilidad ya que proporciona una perspectiva para observar la conducta de los enfermos y sus posibles desviaciones. Para Siegler y Osmond es *“una senda estrecha y resbaladiza que debe recorrerse desde el principio hasta el final de la enfermedad”* (De la Fuente, 1992).

Para Fernández- Alonso, las modalidades de reacción psicológica que presentan los pacientes ante la enfermedad suelen encontrara su origen en

el patrón de “*conductas frustradoras y de las reacciones al dolor aprendidas*”.

El yo trata de luchar ante la angustia y los temores asociados a la enfermedad poniendo en marcha mecanismos defensivos (regresión, proyección, etc.) estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

Al hablar de una forma “**saludable**” de reaccionar ante la enfermedad se dice que se presenta la *aceptación de aquellas limitaciones que impone y del sufrimiento que supone, así como el deseo de recuperar la salud lo antes posible estando dispuesto a usar los medios que sean necesarios* (De la Fuente, 1998). Para Fernández- Alonso (1989) se van a sistematizar en tres grupos: 1) las **reacciones de superación**, las que se caracterizan por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con el médico, 2) aquellas reacciones impregnadas de **resignación**, donde se observan tanto el deseo de curar como la disposición a cooperar que en el grupo anterior, solo que en menor intensidad y 3) reacciones de **apropiación** de la enfermedad, en sus versiones de “dolor psicologizado, espiritualizado y sacralizado” (sic.)

Sin embargo, existen aquellos enfermos que se alejan de este “ideal”: Hay quienes actúan de manera como si **no** estuvieran enfermos, considerando injustificadas las indicaciones médicas e innecesario el tratamiento; ponen en juego un mecanismo psicológico de **negación**. Muchos otros se vuelven niños y presentan **conductas regresivas**; ya sean de tipo **dependiente - pasiva**, sometiéndose a las órdenes del médico ciegamente, similar a como lo hacían con sus padres durante la infancia, esperando obtener como “premio a su buen comportamiento” la curación; mientras otros pueden reaccionar con hostilidad ante los demás, presentando conductas regresivas de tipo **rebelde- caprichosa** hacen demandas excesivas y se violentan al no ser satisfechos todos sus deseos, mostrándose renuentes a seguir las indicaciones médicas y sanitarias (De la Fuente, 1998 y Fernández- Alonso,1989) La movilización del **acto agresivo** consiste en

proyectar en el médico o en el personal sanitario la **culpa** de cualquier situación desfavorable: el origen de la enfermedad o cualquier complicación, la respuesta no esperada al tratamiento, etc. Tienen la impresión de no ser tratados de la misma manera que los demás pacientes, desplegando una gama de conductas verbales agresivas y con dejo de desconfianza.

Al liberarse **mecanismos autopunitivos**, se observa que el paciente se siente culpable y trata de aislarse (Fernández- Alonso, 1989).

Para los clínicos que se interesan en los problemas psicológicos queda claro que para el enfermo es más relevante el significado, la forma y la interpretación que da a los eventos externos que involucran su salud, que el evento mismo en el que se ve involucrado. Es decir, “el médico debe adentrarse en el conocimiento de los estados mentales de sus enfermos. El fenómeno clínico incluye, además de la identificación de indicadores objetivos de la enfermedad, las vivencias del enfermo, es decir su padecimiento.” (Fuente 1998, pág. 7).

Un factor que no hay que olvidar tomar en cuenta es la hospitalización: al estar hospitalizado, puede decirse que el enfermo vive un hecho *traumatizante*, sobre todo si se trata de un hospital grande (Haynal y Pasini, 1980; De la Fuente, 1992 y Fernández- Alonso, 1989) ya que para él ese lugar le resulta extraño e inquietante, sobre todo al saberse en manos de personas desconocidas. Por lo tanto, no es de extrañar que al estar lejos de su familia y rodeado de desconocidos se sienta desorientado, ansioso y más deprimido.

III.3 Relación médico- paciente.

Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene lugar entre el médico y su paciente, en la cual el médico, en su condición de profesional, debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible, pilar

sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica (Rodríguez Silva, 2006).

La **relación médico- paciente (RMP)** es una de las más antiguas en las crónicas de la existencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte, el hombre toma conciencia de su desamparo y pide ayuda a quien se le ha atribuido el poder y la voluntad de devolvérsela: el brujo, el sacerdote o el médico (De la Fuente, 1998).

Esta relación encuentra su origen cuando “alguien” comienza a sentir molestias, lo cual le indica que “algo no anda bien”, inesperadamente se da cuenta de que “esta enfermo”; sin embargo, aún no se convierte en paciente. Esta transformación de “alguien que se sabe enfermo” a paciente se va a dar cuando asocie su padecimiento a la imagen de aquel que se constituye en agente de alivio o cura: aquí es donde aparece la imagen del médico.

Comienza una relación virtual, en la que incidirán experiencias anteriores vinculadas con la medicina y la postura personal de acuerdo a la sociedad en la que se desenvuelve. Deposita sus deseos de ser curado en la representación interna del médico, adjudicándole un halo de magia o poder científico. Es así como médico y paciente configuran un proceso de retroalimentación, el cual se modifica de acuerdo al contexto sociocultural en el cual se desenvuelven (Navarro y Silveira, 2005) mientras que Cantú (1974) la entiende como una “interacción de dos personas con una historia que los condiciona, y el de cómo se puede ‘manejar’ dicha relación de una manera más adecuada”.

Al acudir a la consulta médica, el paciente está aceptando ser sometido a toda clase de exámenes, exploraciones y demás pruebas que permitan establecer un diagnóstico. Está confiando al médico lo más “sagrado” que tiene: *su cuerpo, su desnudez y su pudor*, aquello que muy pocas personas conocen. En nombre de la salud, accede a ser tocado y explorado.

El médico, tiene la *responsabilidad* de actuar empáticamente y de manera respetuosa ante esta situación; la cooperación por parte del paciente, dependerá del tipo de relación que se establezca desde la primer consulta. Es el médico quien en su quehacer habitual tratará de comprender la naturaleza del trastorno que se le ofrece: leer la semiología que el paciente presenta, con la finalidad de llegar a un diagnóstico y dar una respuesta a su paciente (Balint, 1964). Al dar su diagnóstico global debe ver más allá del simple diagnóstico anatomopatológico (más allá de los trastornos en la función de un órgano) y considerar el papel de los factores de tipo psicológico, social y humano que pudieran estar interviniendo. (Haynal y Pasini, 1980).

**ATRIBUTOS COMUNICACIONALES DENTRO DE LA RELACIÓN
TERAPÉUTICA
(MUSSO Y ENZ, 2006).**

- 1.- Trato amable y respetuoso.
- 2.- Transparencia en el dialogo entre el médico, el paciente y su familia.
- 3.-Escucha atenta, y sobre todo, libre de cualquier juicio de valor.
- 4.-Tolerancia con los límites.
- 5.- Abstenerse de caer en contradicciones entre el decir y el hacer.
- 6.- Utilizar in lenguaje claro y sencillo, tomando en consideración la carga afectiva de las palabras, entonación, gestos y silencios.
- 7.- Determinar la información que será transmitida al paciente y sus familiares acerca de la evolución y pronóstico del padecimiento.
- 8.- Trabajar en la autoestima del paciente (actitud confirmatoria) prestando atención y valorando las preguntas y creencias que pueda tener (aunque no se compartan) y evitar interrumpir sus intervenciones. El parafrasear y el reflejar son estrategias confirmatorias útiles.
- 9.- Estimular al paciente a que participe de modo activo en su tratamiento.
- 10.- Argumentar las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, ya que estas no son en sí una orden sino una “sugerencia calificada”.
- 11.- Recordarle al paciente y sus familiares que el médico NO es OMNIPOTENTE.

Las características del médico en esta interrelación las resumió *Hipócrates* hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: *conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad* (Rodríguez Silva, 2006).

Diversos autores han tratado de encontrar una definición para la RMP; así para Rodríguez Silva (2006) esta significa “*una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de*

base a la gestión de salud". De la Fuente (1998, p. 180) la define como *"una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro"*. Para Girón, Bevíá, Medina y Simón Talero (2002) significa *"un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos"*; mientras Cantú (1973) la entiende como *"la interacción de dos personas con una historia que los condiciona"*.

Esta relación difícilmente estará presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional. Jamás pudiera ser una relación interpersonal a través de aparatos, por que tiene que desarrollarse en un contexto humano (Rodríguez Silva, 2006). Al contrario, frecuentemente esta relación puede ser definida como forzada, infeliz e incluso displacentera (Balint, 1964).

Para que el médico pueda captar comprensivamente al enfermo, debe reunir varias condiciones, destacando dos: *a) asumir una actitud psicológica, entendiendo como tal una actitud abierta, acogedora y expectante desprovista de los elementos directivos y autoritarios, ante el enfermo y b) tener conocimiento teórico y práctico sobre las reacciones psicológicas que el enfermo puede presentar ante la enfermedad*. Es cuando el médico llega a *"colocarse en la posición del enfermo sin fundirse con él"* (Alonso-Fernández, 1989) logrando una mejor comunicación, ventilación afectiva y adherencia al tratamiento.

Sin embargo, Fernández- Alonso (1989) menciona que la actitud psicológica debe mostrarse ante enfermos crónicos y aquellos en trance de rehabilitación y readaptación, frente a pacientes agudos y en situaciones de emergencia debe mostrarse directivo, pensando en la supervivencia más que en los aspectos psicológicos.

Clasificación práctica de las RMP (Rodríguez Silva, De la Fuente y Alonso-Fernández).

- A.) **Relación activo-pasiva:** Ocurre cuando el paciente no tiene interacción con el médico debido a alguna condición física (estado de coma, edema agudo de pulmón).
- B.) **Relación de cooperación guiada:** Se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre con algunas enfermedades agudas y crónicas.
- C.) **Relación de participación mutua:** Aquí no sólo se considera el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal en discusiones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

III.3.I Aspectos relevantes en la relación médico-paciente.

Para González (2003) dentro de los aspectos a considerar de la RMP se encuentran:

- a) **Las características generales de los participantes:** Debiendo el médico estar plenamente consciente de sus propias cualidades tanto personales como profesionales, así como de las situaciones en las cuales pudiera sentir inseguridad, angustia y hostilidad y cómo responde ante ellas. Es de importancia, también, el nivel de información con el que cuente sobre los aspectos del carácter y sociodemográficos de sus pacientes.

El médico debe estar consciente que su relación interpersonal con el paciente debe caracterizarse por (Rodríguez Silva, 2006):

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

- b) **Objetivos perseguidos por los participantes:** Esencialmente, lo que el paciente busca es aliviarse, curarse o rehabilitarse según sea el caso; así como saber qué es lo que tiene y cuál es su pronóstico. Del otro lado, el médico lo que busca es establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar eficazmente la enfermedad motivo de consulta.
- c) **Estado afectivo de los participantes:** En pacientes que padecen alguna enfermedad grave, depresión o determinado padecimiento psiquiátrico debe tenerse en cuenta la sensibilidad elevada ante cualquier manifestación médica que puede ser interpretada como expresión de incomprensión, indiferencia o subestimación. Es de vital importancia que el profesional tenga conciencia de su propio estado afectivo al estar inmerso en situaciones de emergencia o de factores estresantes de carácter extraprofesional.
- d) **Vías de comunicación:** Es importante que el médico sea capaz de captar los mensajes emitidos por su paciente, y al mismo tiempo de controlar los que el mismo emite.
- e) **Defensas y distorsiones en la comunicación:** Stack Sullivan (1990) menciona que debemos advertir, en el trato con las personas, que siempre existirán ciertas reservas en la comunicación; hay “algunas cosas” que uno cuida de no comunicar a otros y la comunicación en la RMP no es la excepción. La *ansiedad* es el principal impedimento de toda comunicación (Stack Sullivan, 1990).
- f) **Potencialidad frustrante.-** Implica un grado, mayor o menor, de frustración para el médico y el paciente ya que no siempre se podrán cumplir sus objetivos poniendo a prueba la madurez emocional de ambos.

III.3.2 Importancia de una relación médico - paciente eficaz.

El paciente se va tranquilizando frente a la actitud de su médico, quien se hace cargo del trastorno de salud, causante de su inquietud. Esto es lo que se conoce como “*efecto placebo*” del médico (Haynal y Pasini, 1980). El paciente acude al médico... lleno de dolores, ansiedades y miedos pero al mismo tiempo, con un ánimo amistoso, deseando ayuda, entendimiento y

simpatía (Balint, 1964) Sin embargo, en ningún libro de texto se hace mención de la “dosis recomendada” en que el médico debe prescribirse a si mismo

La ***influencia del médico*** en la conducta del paciente frente a la enfermedad constituye un punto cardinal que muchos profesionales de la salud *no consideran*, limitándose al diagnóstico y prescripción, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación del paciente. La calidad de la relación médico paciente, la calidez de la atención y el acercamiento que se logra, son los elementos de gran importancia en este proceso; la labor del equipo es complementar lo realizado por el médico en su consulta, y no lo sustituye.

Tanto la información insuficiente como su exageración pueden ser causa de ***iatrogenia***. Es importante recordar que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es su pronóstico. Este es un aspecto muy delicado que el médico tiene que manejar con mucho tacto, teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y la personalidad del paciente y hasta donde se puede llegar en la información.

III.3.2.1 Psicoiatrogenia.

Una ***enfermedad iatrogénica*** es aquel ***estado morboso cuya etiología fundamental corresponde a una acción médica*** (Alonso-Fernández, 1989), ya sea de manera inadvertida o no, aplicada a condiciones física, particularmente a efectos de los medicamentos, radiaciones e intervenciones quirúrgicas (De la Fuente, 1998).

Con su mera presencia, el médico influye ya sobre el enfermo a través de su palabra y de sus gestos. Los factores inherentes a esta situación, en orden de importancia, son: *a) lo que el médico es, mejor dicho, lo que el paciente cree que el médico es, b) las palabras que el médico dedica al enfermo y c) lo que el enfermo cree que sabe el médico*. Se ha observado que tiene mayor influencia sobre el enfermo lo que el médico dice,

comparándolo con su aparente caudal de conocimientos. (Alonso-Fernández, 1989).

El instrumental en la psicoterapia son el gesto y la palabra, el vehículo de la comunicación terapéutica entre el médico y el enfermo; pero al ser aplicados de forma indiscriminada o como expresión personal del médico se convierten en **factores psicológicos iatrogénicos**, factores médicos que determinan la aparición de cualquier alteración, generalmente psíquica, por una vía psicológica (Alonso- Fernández. 1989). Hay médicos que pasan por alto la influencia de sus palabras y gestos, un “comentario inocente” puede ser provocador de angustia innecesaria.

El médico puede producir en el paciente una respuesta positiva o bien, consciente o inconscientemente, estimular sus temores y sentimientos de incapacidad (De la Fuente, 1998.).

Para Alonso-Fernández (1989) se pueden producir “*factores iatrogenizantes*” positivos o negativos. Al hablar de **iatrogenización positiva** (p. 261) se hace referencia a “*aquella que es producida por las palabras y gestos psicológicamente inadecuados e inconvenientes del médico*”. Esto puede deberse a que, en muchas ocasiones, el significado de las palabras del médico no coincide con el significado recibido por el enfermo; es rara la vez que existe gran concordancia en esta situación, ya que abundan los significados singulares y subjetivistas, ya que se trata de cuestiones personales cargadas de afectividad circulando entre dos sujetos muy distintos. Otro tipo de iatrogenización positiva se refiere a aquella producida por las palabras y gestos expresivos del médico <autoritario> o <inseguro de si mismo> (ver Anexo 3).

La **iatrogenización negativa** o *iatrogenización por omisión* ocurre cuando se *priva al paciente de “palabras, gestos y comunicación psicológica que le resultan necesarios para obtener un nivel de salud suficiente y con la rapidez adecuada”* (Alonso-Fernández, 1989, p. 258).

También se habla de **juicios y pronósticos iatrógenos**; uno de ellos, el *diagnóstico del enfermo imaginario*, que anteriormente era aplicado a enfermos con estado de ánimo neurótico o deprimido (Alonso-Fernández, 1989, p.263) . El clásico, <<Usted no tiene nada. Todo es imaginación>>, desvalorizando el estado afectivo desajustado probablemente, del paciente, o peor aún <<El resultado es favorable para usted, pero desfavorable para mí. Favorable por que no le he encontrado nada, perjudicial para mí, por que no he sido capaz de encontrarlo>> sugiriendo la existencia de una enfermedad desconocida. Otro tipo de diagnóstico iatrogenizante es el *formulado en términos técnicos*, ya que pueden llegar a convertirse en *formas de vida*.

En cuanto a los **pronósticos iatrogenizantes** se dice que “*juicio pronóstico que no se emite o no se confirma, señal de médico mediocre*”, haciendo referencia a los daños que puede causar el hecho de guardar o de aventurar un resultado sin estar seguros de su validez. Se enfatiza en el *pronóstico destructor*, el cual cierra definitivamente posibilidades de intervención terapéuticas probables y posibles, presentes y futuras, destruyendo la luz de la esperanza en las familias y atentando contra la misma vocación de servicio, que apuesta por médicos optimistas con serenidad y discreción.

III.4 Transferencia vs. Contratransferencia.

El conocimiento de estos términos, cuyos orígenes se encuentran en el Psicoanálisis, resulta de vital importancia para comprender ciertas reacciones que ocurren durante la interacción médico-paciente.

Los especialistas, que con fines de servicio se relacionan con seres humanos, concuerdan que es en el consultorio donde: establecen el vínculo con el paciente, desarrollan su destreza científica y obtienen la mayor información acerca del ente humano (Cantú, 1973).

Al hablar de **transferencia**, se hace referencia a aquella situación donde *el paciente “refleja” o encuentra, en este caso, en el médico características de alguna persona que le fue o le es significativa*; por tal motivo, sus reacciones se verán orientadas e influidas por dicha relación. En palabras de Davidoff (2003) los pacientes van a desarrollar intensos sentimientos hacia su terapeuta al identificarlo con una figura de autoridad del pasado.

Freud (1905 cit. en Cantú, 1973) definió la transferencia como:

“Las nuevas ediciones o facsímiles de los impulsos y fantasías que afloran y se hacen conscientes durante el progreso del análisis, pero que tienen la siguiente peculiaridad, característica de su especie, y es la de que reemplazan alguna persona anterior por la del médico; o sea, una serie de experiencias psicológicas son revividas, no como pertenecientes al pasado, sino aplicándolas a la persona del médico en el momento presente... (pp. 51 y 52)”.

Además en 1938 afirmó: *“el paciente ve en su analista el retorno -la reencarnación- de algunas figuras importantes de su infancia o pasado, y consecuentemente transfiere de este pasado sentimientos y reacciones...”* (cit. en Cantú, 1973).

En la **contratransferencia** ocurre lo contrario, es *el médico quien proyecta en su paciente sentimientos y emociones*, por así llamarles, personales. Freud habló por primera vez de la contratransferencia en 1910, e intenta designar con él la interferencia de los *“deseos o fantasmas inconscientes del analista en la cura”* (cit. en Safouan, 1989).

III.4 Errores médicos más frecuentes dentro de la relación médico-paciente.

Según González (2003) estos ocurren cuando el médico olvida cualquiera de los aspectos involucrados en las RMP, logrando una reducción significativa de las potencialidades terapéuticas inherentes a la misma.

La falta de consideración hacia las *características generales de los participantes*, determina que algunos médicos demanden de su paciente un comportamiento análogo al que tendrían ellos al estar en su lugar, olvidando que el contexto sociocultural en el que ambos se han desenvuelto, en ocasiones, es diferente.

Una de las deficiencias más frecuentes al hablar de los *objetivos perseguidos* es sin duda, olvidar ese deseo del paciente de saber qué tiene y cuál es su pronóstico; ocasionando iatrogenia por omisión de información que podría ser ansiolítica.

En el rubro del *motivo de consulta*, es de observarse que una de las dificultades se relaciona con utilizar las mismas técnicas de entrevista con los diferentes pacientes, descuidando el aspecto psicosocial que pueden representar las diversas enfermedades.

En cuanto al estado afectivo, la incapacidad por parte del médico para aceptar y manejar adecuadamente las manifestaciones de hostilidad, reclamo e hipersensibilidad y angustia en los pacientes y sus familiares deteriora la RMP y exacerba la ansiedad.

La poca frecuencia con que se estrecha la mano (símbolo convencional de amistad e igualdad) del paciente al entrar y salir de consulta, el creciente “tuteo” de pacientes mayores (con la idea errónea de que es eficaz en la mejora de la comunicación) y la falta de “atenta escucha” (una de las características médicas más apreciadas) son aspectos que logran marcar desfavorablemente las diferencias de *posición en la relación* médico- paciente.

Muchos médicos descuidan la *comunicación* extraverbal, olvidando que el paciente está atento a “leer” o “descifrar” en su cara (gestos, muecas, expresiones, etc) su, presumible, mal pronóstico. Sin embargo, se ha informado que más importante aún es la subvaloración de la comunicación instrumental con el enfermo, que origina la expresión “no me examinó con los aparatos”.

Al tratar el tema de las *defensas y distorsiones* que se dan en la comunicación médico- paciente, hay quienes son incapaces de crear, dentro de la consulta, un clima de confianza y seguridad que la actitud no enjuiciadora determina, y que permiten que el enfermo comunique aspectos que afectan su autoestima. Otro error frecuente en la RMP es la expresión de hostilidad aunada a la observación crítica de que la omisión de información por el paciente ha sido causa del retraso en su curación.

Sería una utopía esperar que el médico realice su trabajo de manera “perfecta e inmaculada”, ya que a lo largo de su desempeño profesional se le presentarán todo tipo de pacientes: “rebeldes”, pasivos, agresivos, cooperadores, etc; por tanto debe estar preparado para lidiar con la potencialidad frustrante de la relación que establezca con cada uno de ellos.

Las dificultades en la comunicación resultan de vital importancia cuando el paciente cuenta con pocos recursos para afrontar su diagnóstico (Gómez,2002). Para Pardo y Argulló (1996 cit. en Gómez, 2002) este momento es una de las pruebas más duras para el paciente y su familia, sobre todo si se asocia a incapacidad o incurabilidad.

III.5 Perturbaciones de la relación médico-paciente.

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, el paciente confía a su médico un problema inquietante, generalmente relacionado con su estado de salud, esta búsqueda de protección se ve acompañada de un deseo de desresponsabilización y frecuentemente de un movimiento de tipo regresivo asociado a la nostalgia de dependencia (Haynal y Pasini, 1980).

La *necesidad exacerbada de dependencia* puede manifestarse de formas muy diversas:

- Por medio del **Síndrome de Münchhausen**; donde el paciente busca cuidados y atención por todos los medios, incluidas la simulación y provocación intencionada de síntomas.

- Así mismo, a través del **Síndrome Erotomaniáco**, el cual describe un delirio erótico centrado en el médico a malinterpretar la amabilidad como prueba de amor.
- Al sentir frustrados sus deseos de dependencia, el paciente puede instalarse en una **reivindicación patológica** hacia su médico que, a pesar de mostrarse a su disposición, no satisface su avidez.
- La **hipocondría** pudiera prolongarse por la esperanza de seguir manteniendo una relación con el médico.

De igual manera, puede darse un rechazo a establecer una relación con el médico, por el temor a confiar o sentirse dominados por él. Este miedo toma aspectos como: la consulta “demasiado tarde”, la falta de adherencia al tratamiento, la inasistencia a previas citas sin avisar y descuido en el pago de honorarios.

Para Haynal y Pasini (1980) se deben tratar de comprender este tipo de comportamientos ya que son reflejo de alguna alteración, de una anomalía en la relación médico- paciente y buscar la manera adecuada de solucionarlos. Algunos pacientes se muestran *desconfiados ante la eficacia de los medicamentos o tiene la “impresión” de que el médico no ha comprendido verdaderamente su situación, que no los escucha, que esta ocupado con otras cosas o simplemente que desconoce la naturaleza de la enfermedad;* esto se acerca a la reivindicación patológica mencionada con anterioridad.

También existen “enfermos” que se niegan a asumir y a aceptar su condición de enfermo, ya que está puede ser causante de la erosión de la imagen narcisista.

Va a ser de vital importancia el hecho de que exista una *buena colaboración*, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, como la diabetes, quienes sólo pueden ser atendidos convenientemente cuando existe la posibilidad de hablar con el médico y otros pacientes sobre la enfermedad, las consecuencias, la dietética, etc. (Haynal y Pasini, 1980).

CAPÍTULO IV. Propuesta: Curso - taller de sensibilización, dirigido al personal médico, para la notificación, contención y derivación de pacientes y familiares.

1. JUSTIFICACIÓN.

El objetivo primordial de este curso-taller es brindar al personal sanitario (especialmente el médico) la información y capacitación necesaria para el desarrollo eficaz de su labor.

Se ha observado, a lo largo de esta investigación, que la Psicología Médica es un área de reciente surgimiento e interés, a pesar de que la relación médico-paciente ha existido desde el comienzo de la humanidad. La UNAM es una de las pocas universidades que ha incorporado a la Psicología Médica dentro de sus planes de estudio, sin embargo, considero que esta debe ser implementada en todas las Facultades de Medicina (a nivel privado o público) no sólo por la importancia del conocimiento de aspectos relacionados al ámbito psicopatológico (ansiedad, depresión, emoción, percepción, etc.) sino para lograr un entendimiento global de la “vivencia de la enfermedad” por parte del enfermo y de la reacción del médico ante la misma.

No se trata solamente de una Medicina “Humanista”, se propone un enfoque integrador, donde no sólo sean considerados aspectos fisiológicos en el desarrollo y mantenimiento de patologías, sino también sean tomados en cuenta aspectos psicológicos y sociales relacionados con las mismas. Esto con la finalidad de mejorar la calidad de la relación que existe entre el médico y su paciente, logrando así una adherencia terapéutica exitosa.

2. OBJETIVOS.

a.) General.

Brindar al personal médico herramientas psicológicas que le sirvan en el trato con pacientes y familiares.

b.) Particular (es).

- Explicar la importancia de tomar en consideración aquellos factores psicológicos involucrados al establecer la relación médico-paciente.
- Brindar el conocimiento de los primeros auxilios psicológicos.
- Ilustrar y practicar habilidades en la comunicación de malas noticias.
- Dar a conocer las diferentes actitudes del enfermo ante la enfermedad.

3. DIRIGIDO A.

Dirigido al personal médico: médicos residentes e internos que laboren en el Hospital General de Acapulco.

Especificaciones:

- Sexo indistinto.
- Que se encuentren en formación profesional, ya sea realizando su internado o cursando cualquiera de las especialidades ofrecidas por el hospital.

4. NÚMERO DE PARTICIPANTES (máximo y mínimo).

Mínimo 15 máximo 20 participantes.

5. DURACIÓN Y FORMA DE DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO.

Este curso taller se distribuirá en 3 sesiones, aproximadamente de 7 hrs. cada una.

6. METODOLOGÍA.

La metodología a seguir será tanto de tipo teórico como vivencial, con la finalidad de incrementar el autoconocimiento, la sensibilización y conciencia de los participantes.

7. TEMARIO GENERAL.

Dentro del temario se incluyen:

- ❖ Psicología y Medicina.
- ❖ Crisis en salud.

- ❖ Cuando la emoción daña la salud.
- ❖ El enfermo en y dentro de la familia.
- ❖ Inteligencia Emocional en la Medicina.
- ❖ Primeros Auxilios Psicológicos.
- ❖ La relación médico- paciente.
- ❖ Derechos de los pacientes.
- ❖ Errores más frecuentes en la relación médico- paciente.
- ❖ Perturbaciones en la relación médico- paciente.

8. LUGAR:

Aula de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Acapulco. Ubicada en Planta Baja de dicho nosocomio.

Av. Ruiz Cortines, s/n. Zona de Hospitales. Acapulco, Gro.

9. FORMA DE EVALUACIÓN:

Se evaluará el progreso del curso al aplicar un cuestionario previo al inicio de las sesiones y uno posterior a ella.

SESIÓN 1. PSICOLOGÍA Y MEDICINA.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN: *Conocer la importancia de la Psicología dentro del área médica, así como en el desarrollo y mantenimiento de ciertos trastornos de salud. Explicar el concepto de comunicación, diferenciar los diferentes tipos de la misma. Definir que son “malas noticias” y brindar estrategias para su comunicación.*

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
1	9:00- 9:30 hrs.	Registro de participantes.	Se pedirá a todos los asistentes que se registren.	Hojas de registro.	30 min.
	9:30- 9:45 hrs.	Inauguración.	Las autoridades correspondientes brindarán un discurso de bienvenida, dando así comienzo formal a las actividades.	-----	15 min.
	9:45- 10:00 hrs.	Presentación de los participantes: “Ejercicio de acercamiento interpersonal.	Todos se colocan en círculo. Cada uno, desde su sitio y en silencio, mira por algunos segundos a todos los integrantes y luego elige a la persona que menos conoce y la invita a una entrevista recíproca. (Si el curso es mixto conviene que la pareja sea hombre - mujer. Y si el número de participantes es impar, un grupo será de tres personas). Durante diez minutos las parejas hablan sobre hechos y opiniones personales que permitan un conocimiento mutuo mínimo. Luego se colocan otra vez en círculo y cada persona va contando lo que descubrió en el otro y cómo se sintió en la conversación.	-----	15 min.
	10:00- 10:15 hrs.	Expectativas y encuadre.	Cada participante pasará a escribir que es lo que espera de esta sesión. Así mismo, se establecerán las reglas a seguir.	Láminas de papel bond y marcadores de colores.	15 min.

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
	10:15- 10:35 hrs.	Evaluación.	Se entregará un cuestionario a cada participante, con la finalidad de evaluar sus conocimientos previos. (ANEXO 3).	Cuestionarios de evaluación.	20 min.
	10:40- 11:30 hrs.	Mesa redonda: Psicología y Medicina.	Se contará con la presencia de un psicólogo, un médico y un psiquiatra quienes discutirán la importancia de la Psicología en el área médica. Cada invitado contará con 15 minutos para defender su punto de vista. Al término se abrirá una sesión de preguntas.	-----	50 min.
	11:30- 12:15 hrs.	Conferencia: "Inteligencia Emocional".	El expositor definirá el concepto de Inteligencia emocional, así como la importancia de la misma en el ejercicio de la Medicina. (ANEXO 2).	-----	45 min.
	12:15- 13:00 hrs.	R E C E S O.			45 min.
	13.00- 13:30 hrs.	Dinámica: "Monólogos."	Se dividirán en parejas a los asistentes. Se les indicará que contarán con 5 minutos para escuchar hablar a su pareja sobre cualquier tema, sin intervenir. Después de este tiempo se intercambian roles. La siguiente indicación consiste en que se colocarán de espaldas a su compañero, contando con 5 minutos para escuchar a su pareja sin intervenir. Se intercambian los roles.	-----	20 min.
		Retroalimentación.	Se pedirá a los participantes que comenten su experiencia en ambas modalidades.	-----	10 min.
	13:30- 13:45 hrs.	Lluvia de ideas.	Se dará oportunidad a que los asistentes expresen su opinión y definición acerca de la comunicación, los diferentes tipos de ella y la importancia de una comunicación eficaz entre el médico y su paciente.	Láminas de papel bond y marcadores.	15 min.

13:45- 14:00 hrs.	Dinámica: "Recibo y entrego".	Se reunirán al centro formando un círculo, el instructor dará la indicación: "recibo los plumones paralelos y los entrego horizontales" y así sucesivamente se continua con la dinámica. Al finalizar, el instructor pedirá que comenten su experiencia, demostrando lo importante que es ser congruente entre lo que se dice y lo que se hace.	2 plumones.	15 min.
14:00. 15:30 hrs.	Taller: "Como dar malas noticias".	El instructor brindará una plática sobre que son las malas noticias y ciertas estrategias para su comunicación.	-----	90 min.
15:30- 15:45 hrs.	Evaluación y revisión de expectativas.	Se entregará a los asistentes un cuestionario que evalúe los conocimientos adquiridos (ANEXO 4). Al finalizar se cuestionará que expectativas fueron cumplidas y cuales no.	-----	15 min.

SESIÓN 2. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PARTE 1)

OBJETIVOS DE LA SESIÓN: *Brindar a los asistentes una visión más amplia de los alcances de la enfermedad, así como la perspectiva psicológica de la misma. Dar a conocer los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos y su aplicación.*

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
2	9:00- 9:30 hrs.	Registro de participantes.	Se pedirá a todos los asistentes que se registren.	Hojas de registro.	30 min.
	9:30- 9:45 hrs.	Presentación de los participantes. "Presentación corporal."	Todos los participantes, junto con el coordinador, forman un círculo en el centro del salón. El coordinador irá nombrando una parte del cuerpo y será con esta con la que deban saludarse.	-----	15 min.
	9:45- 10:00 hrs.	Expectativas y encuadre.	Cada participante pasará a escribir que es lo que espera de esta sesión. Así mismo, se establecerán las reglas a seguir.	Láminas de papel bond y marcadores de colores.	15 min.
	10:00- 10:15 hrs.	Evaluación.	Se entregará un cuestionario a cada participante, con la finalidad de evaluar sus conocimientos previos. (ANEXO 5)	Cuestionarios de evaluación.	15 min.
	10:15- 10:45 hrs.	Lluvia de ideas.	El instructor pedirá a los participantes emitir su opinión sobre que consideran que es la crisis y el por que una enfermedad puede ser considerada como una.		30 min.
	10:45- 11:30 hrs.	Conferencia: "Enfermedad y familia."	El expositor definirá que es lo que compone a la familia; y cuales son las implicaciones de la enfermedad sobre esta. (ANEXO 1)	-----	45 min.
	11:30- 12:15 hrs.	Mesa redonda: La enfermedad desde el punto de vista de la Psicología.	Se invitarán a un psicólogo clínico, un médico y un sociólogo para que definan la enfermedad y las implicaciones de esta a nivel físico, psicológico y social.	-----	45 min.
	12:15- 13:00 hrs.		R E C E S O.		45 min.

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
	13:00- 15:45 hrs.	Curso: "Primeros Auxilios Psicológicos (1)".	El facilitador del curso dará a conocer qué son y en qué consisten los Primeros Auxilios Psicológicos.	Equipo de cómputo y proyector.	30 min.
		Dinámica: "Conejo, pistola y muro."	Se divide al grupo en dos, con igual número de participantes. Deberán ser ubicados en dos hileras, u grupo frente a grupo. Cada grupo elige un coordinador, los cuales se ubicaran en el centro de los dos grupos, quedando de espalda a ellos y mirándose cara a cara los dos coordinadores con las manos atrás. Ellos le señalaran a su respectivo grupo que movimiento deberán realizar utilizando como medio de comunicación las manos: si les hace la señal con el dedo índice y el anular quiere decir que esta señalando las orejas de el conejo, si su señal es en forma de pistola tendrán que disparar (y decir pum-pum) y si la señal es con la mano abierta, tendrán que hacer como una pared extendiendo los brazos arriba. Los coordinadores no podrán mirar al grupo o decirles que movimiento quieren que realice, ganará el equipo que más puntos acumule. La dinámica se lleva a cabo de acuerdo a: el conejo le gana al muro puesto que lo puede saltar, la pistola mata al conejo , pero no le gana a la pared.	-----	15 min.
		Role- playing.	Se forman equipos con igual número de integrantes. Se repartirán roles (persona en crisis, médico / enfermera, familiar) y se les indica que tendrán 5 minutos para escenificar la situación elegida. Las situaciones son: accidente automovilístico, diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa, comunicación del fallecimiento de un familiar. Al término se realiza una retroalimentación.	Vestimenta representativa de los personajes.	45 min.

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
			R E C E S O.		10 min.
		Técnicas de relajación	. El expositor dará a conocer los principios de las técnicas de relajación. El facilitador guiará un proceso de relajación, a través de la respiración diafragmática y la imagería guiada. Al término se llevará a cabo un proceso de retroalimentación.	Equipo de cómputo, proyector, música para relajación.	45 min.
	15:45- 15:55 hrs.	Dinámica de despedida. "Calentamiento en 7 tiempos."	El facilitador pedirá a los participantes que sigan las indicaciones que da; estas incluyen movimientos de diferentes partes del cuerpo (pies, manos y cabeza) en 7 tiempos.	-----	10 min.

SESIÓN 3. RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PARTE 2).

OBJETIVOS DE LA SESIÓN: *Explicar en qué consiste la relación médico- paciente, cuáles son los elementos que la componen y la concepción de psicoiatrogenia. . Así mismo, identificar las causas más comunes de error y distorsiones dentro de la relación médico-paciente.*

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
3	9:00- 9:30 hrs.	Registro de participantes.	Se pedirá a todos los asistentes que se registren.	Hojas de registro.	30 min.
	9:30- 9:50 hrs.	Dinámica de presentación:	Se colocan en una mesa una serie de fotos enumerándolas con lápiz. Cada participantes las miran y elegirá aquella con la que mas se identifique. Se comenta frente al grupo el por qué eligieron esa imagen, qué les hizo sentir y en qué aspecto se identifican con ella.	Recortes de imágenes diversas..	20 min.
	9:50- 10:05 hrs.	Expectativas y encuadre.	Cada participante pasará a escribir que es lo que espera de esta sesión. Así mismo, se establecerán las reglas a seguir.	Láminas de papel bond y marcadores de colores.	15 min.
	10:05- 12:15 hrs.	Cine debate: "Wit: Ganas de vivir."	Se proyectará la película, cuyo tema central es la relación que se establece entre una maestra enferma de cáncer y uno de sus ex alumnos (ahora médico). Al término de la proyección se discutirá la trama, qué se consideraría como relación médico- paciente, su clasificación práctica, como interviene la transferencia /contratransferencia y los efectos psicoiatrogénicos que se ven involucrados.		140 min.
	12:15- 13:00 hrs.		R E C E S O.		45 min.

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.	
	13:00- 16:00 hrs.	Taller: "Primeros Auxilios Psicológicos (2)."	Se realiza una lluvia de ideas respecto a lo aprendido la sesión pasada.	Láminas de papel bond y marcadores.	10 min.	
		Role- playing.	Se forman equipos con igual número de integrantes. Se repartirán roles (persona en crisis, médico / enfermera, familiar) y se les indica que tendrán 5 minutos para escenificar la situación elegida. Las situaciones son: accidente automovilístico, diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa, comunicación del fallecimiento de un familiar. Al término se realiza una retroalimentación.	Vestimenta representativa de los personajes.	30 min.	
		Modelamiento de técnicas de relajación.	Se pedirá voluntariamente la participación de dos asistentes al curso para que dirijan una sesión de relajación, utilizando la respiración diafragmática. Al finalizar se realizará retroalimentación.	Música para relajación (opcional)	20 min.	
		Técnicas de desahogo emocional.	Se expondrá lo que es la Escritura Emocional Autorreflexiva, así como sus principios.	Equipo de cómputo y proyector.	20 min.	
			R E C E S O.			10 min.
				El facilitador guiará un ejercicio de Escritura Emocional Autorreflexiva con los asistentes. Al finalizar se realiza retroalimentación.	Hojas blancas, pañuelos desechables, cesto metálico y un encendedor.	30 min.

SESIÓN	HORARIO	ACTIVIDAD.	PROCEDIMIENTO.	MATERIAL.	TIEMPO.
		Modelamiento de técnicas de relajación.	Se pedirá voluntariamente la participación de dos asistentes al curso para que dirijan una sesión de relajación, utilizando la respiración diafragmática. Al finalizar se realizará retroalimentación.	Música para relajación (opcional)	20 min.
		Evaluación.	Se entrega a los asistentes un cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos.(ANEXO 6).	Formatos de evaluación.	10 min.
		Dinámica: "Quién soy."	1.- Se entrega una hoja con lo siguiente: quien soy yo. Cada participante tendrá que enumerar sus cualidades y debilidades. Al final deberá contestar "que quiero ser" 2.- "La vida merece vivirse pero solo viven los que luchan, los que saben quienes son, los que quieren ser, te invitamos a reflexionar con la mayor seriedad." 3-Una vez concluida la reflexión personal, se hará una plenaria, comentando como les pareció la actividad.	Formato "Quien soy yo", bolígrafos	20 min.
		Evaluación de expectativas.	Se evalúan las expectativas expresadas al comienzo del taller.	-----	10 min.
	16:00-16:10 hrs.	Clausura.	Las autoridades correspondientes darán un discurso de despedida, con lo que formalmente se terminan las actividades.	-----	10 min.

CONCLUSIONES.

“El médico representa el ser humano investido de la prerrogativa sobrehumana de mitigar el dolor, aliviar el sufrimiento y aplazar la muerte del semejante. Por eso, su error asume proporciones dramáticas, representa la negación el bien, pero nunca la intención del mal”.

Iniciación a la Bioética; Meirelles y Veloso.

A lo largo de esta investigación se ha puesto énfasis en la importancia de brindar una **atención médica de y con calidad**.

Si bien es cierto que uno de los impedimentos para que esto se logre son los mismos **estatutos impuestos por las instituciones**, especialmente las públicas, las cuales en muchas ocasiones reducen al mínimo el tiempo de consulta para poder atender a la mayor cantidad de pacientes, la burocratización, la indiferencia y apatía por parte del personal que labora en estos lugares no son razón suficiente para ofrecer al paciente una atención deficiente, fría y distante.

Debido al uso y apego al modelo médico de la enfermedad se han dejado de lado aspectos importantes en el desarrollo y mantenimiento de la misma. Estos aparecen dentro de las **esferas psicológica** (vivencia de la enfermedad, reacción ante la misma, etc.) y **social** (repercusiones de la enfermedad en el aspecto económico y laboral, por ejemplo).

Así también, el médico ignora (consciente o inconscientemente) el impacto que tiene su sola presencia y actitud que muestre frente a su paciente. No sólo se trata de prescribir medicamentos, realizar pruebas de laboratorio o cirugías; debe tener SIEMPRE presente que su **“objeto de trabajo”** no es una máquina descompuesta que necesita ser reparada, sino un ser humano que vive (en todos las esferas) un padecimiento físico, una patología, y que para su recuperación no basta únicamente con recetar medicinas.

Me es imprescindible mencionar que a pesar del interés que ha despertado en mi el por qué existen pacientes que se apegan o no al tratamiento exitosamente y el cómo es que llega a establecerse la relación entre ellos y sus respectivos médicos, desconocía la existencia de la Psicología Médica y de los Primeros Auxilios Psicológicos como tal.

Se aborda el tema de la **enfermedad** desde una perspectiva de **crisis**, ya que esta supone al individuo una situación en particular donde pueden resultar ineficaces sus estilos de afrontamiento, siendo por tanto fuente de estrés y angustia.

Dentro de la relación médico – paciente (RMP) existe un componente al cual habría que prestar atención especial: la **dimensión interpersonal** que representa y que se ve sustentada en la **comunicación** y los **principios éticos** de la misma Medicina. Esto resulta importante, ya que generalmente se privilegia la *dimensión técnica* dejando de lado el *“cómo transmitir la información necesaria al paciente para contar con su confianza y colaboración”*.

Así mismo, en la presente investigación documental se mencionan otros aspectos relacionados con la RMP, como lo son: **el médico** (motivaciones, personalidad y expectativas) y **el paciente** (motivo de consulta), temas de vital importancia por que nos permiten conocer y entender un poco más las posibles interacciones y respuestas que se den entre ellos. También se explora el ámbito de los **errores médicos** más comunes, sobre todo las fuentes que los originan y aquellas **perturbaciones** que pueden desarrollarse debido a la necesidad de dependencia exacerbada por parte de aquel que consulta al galeno.

Existen, y seguirán existiendo, situaciones médicas ante las cuales desafortunadamente no haya forma de intervenir exitosamente, un ejemplo de ello sería el diagnóstico de enfermedades en etapa terminal o el inevitable fallecimiento del paciente. Para ello, es importante que el personal sanitario se encuentre preparado y capacitado de manera que reaccione “empáticamente” y lo mejor posible ante tal escenario.

Así como es disfuncional un médico que se comporte de manera fría, distante y en ocasiones hasta agresiva, lo será igual uno que se vea perturbado por las circunstancias de su paciente y familiares. Tiene que encontrarse un punto medio, dentro del cual se guarde un **sano equilibrio**.

Como se mencionó en la introducción, **NO** es finalidad dejar al psicólogo “fuera” de este campo tan amplio de trabajo, sino que éste actuaría en dos “bandos” diferentes, más no por eso opuestos.

Por un lado, aparecería como **<instructor>**, ofreciendo al personal (en este caso médico) la capacitación necesaria para desarrollar su **sensibilidad e inteligencia emocional**, brindando técnicas que les sean útiles al momento de enfrentarse con sus pacientes. No olvidemos que antes que ser un profesional al cuidado de la salud, es una persona en iguales condiciones psíquicas y físicas que cualquier otra.

Se entiende la **presión** y el **estrés** al que están sometidos los médicos, y no sólo ellos sino de todos aquellos involucrados en estas áreas, no es tarea fácil dedicarse a mantener la salud de las personas y mucho menos enfrentarse ante entidades desconocidas incluso la muerte. Es más, no sería sorprendente encontrar en la mayoría de ellos un **síndrome de desgaste profesional**.

A pesar de que podría resultar parte de un trabajo posterior, cabe mencionar que resulta de vital importancia no descuidar a <nuestros cuidadores de la salud>, recordemos que si ellos no se encuentran en estado “óptimo” no podrán desempeñarse profesionalmente de la mejor manera.

En segunda instancia (no por eso menos importante), el psicólogo desempeñaría aquellas funciones que le han sido asignadas dentro de este ámbito: diseño de modelos de **prevención de la enfermedad**, modificación de los estilos de vida, atención ínter y extra hospitalaria por presencia de alteraciones psicopatológicas (ansiedad, depresión, angustia, estrés, otros trastornos de la conducta y del ánimo) que puedan manifestar los pacientes.

Para concluir:

"JURO POR APOLO médico y por Asclepio y por Hygiea y por Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:

TRATARÉ al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré partícipe, si me lo pide, y de todo cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato.

Y HARÉ partícipes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro medio de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados por juramento según la norma médica, pero a nadie más.

Y ME SERVIRÉ, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.

Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.

Y NO CASTRARÉ ni siquiera (por tallar) a los calculosos, antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

Y CADA VEZ QUE entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.

Y SI EN MI PRÁCTICA médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respeto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo. Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; más, si lo quebranto y cometo perjurio, succédame lo contrario.

Juramento Hipocrático, código ético y moral; aquel compromiso que adquieren los médicos al y para comenzar con su ejercicio profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adelman RD, Greene MG y Ory MG. (2000). **Communication between older patients and their physicians**. Clin Geriatr Med ; 16:1-24. Cit. En Serra Rexach, JA. **Comunicación entre el paciente anciano y el médico**. Anales de Medicina Interna, 2003. Consultado el 18 de julio, 2009.
- Albújar, P. (2004). **latrogenia**. Tomado de la página electrónica: <http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/oct-dic04/229-232.html>. Consultado el 18 de julio, 2009.
- Alonso- Fernández, Francisco. (1989). **Psicología médica y social**. 5ta edición. Salvat editores. Barcelona.
- Arumir, G. R. (2009). **Primeros Auxilios Psicológicos**. . Facultad de Psicología: UNAM: Disponible en el cubículo Del Programa de Intervención en Crisis a Víctimas de Desastres Naturales y Sociorganizativos.
- Ayarra, M. y Lizarraga. **Malas noticias y apoyo emocional**. Tomado de la página electrónica:<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7.html>. Consultado el 20 de agosto, 2009.
- Balint, M. (1964). **The doctor, his patient and the illness**. 2nd. Edition. Pitman Medical.
- Benett, P. y Murphy, S. Mediadores psicosociales de la salud. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Boyer, N. M. (2008) La familia ante la enfermedad. Tomado de la página electrónica: www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf. Consultado el 13 de septiembre, 2009.
- Brackett, M. en Gallardo, P. I. (2009). **La inteligencia emocional ayuda a la relación con el paciente**. Tomado de la página electrónica: www.diariomedico.com/2009/02/09/areaprofesional/entorno/la-inteligencia-emocional Consultado el 20 de agosto, 2009.
- Buceta, J. M.; Bueno, A. M. y Mas, B.(2000). **Intervención Psicológica en trastornos de la salud**. Dykinson- Psicología. Madrid.
- Cantú, G. F. (1973). **Psicología de la relación médico- paciente**. Secretaria de la Marina. México.
- Chávez, E. M. I. (2008). **Intervención del médico en la funcionalidad familiar y el control de enfermedades crónicas**. Tesis de Licenciatura Inédita. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.
- Chávez, N. D. G. (2003). **Estudio correlacional de asertividad, autoestima y calidad de vida entre escolares hemofílicos, diabéticos y sanos**. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México; México, D.F.

- Davidoff, L. (2003). **Introducción a la Psicología**. Tercera edición. McGraw-Hill. México.
- De la Fuente, Ramón. **La enseñanza de la Psicología Médica en la Facultad de Medicina de la UNAM**. Tomado de la página electrónica: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49203.pdf>. Consultada el 22 de mayo 2009.
- De la Fuente, Ramón. (1998). **Psicología Médica. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis**. Fondo de Cultura Económica. 2da edición. México.
- Donovan, K. y Premi, J. N. (2006). **La comunicación de malas noticias**. Ed. Miguel Ángel de Porrúa. México.
- D. Yalom, I. (2002). **El don de la terapia. Carta abierta a una nueva generación de terapeutas y a sus pacientes**. Emecé Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, O .M. Á. **El impacto de la enfermedad en la familia**. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.
- Fernández, P. (2009). La inteligencia emocional ayuda en la relación con el paciente. Tomado de la página electrónica: www.diariomedico.com/2009/02/09areaprofesional/entorno/la-inteligencia-emocional . Consultada el 09 de agosto, 2009.
- Ferrer, E. (1997) *Información y comunicación*. Ed. FCE Tezontle. México, D.F.
- Flores- Maldonado, V.; Zúñiga- Oseguera, V.; Gutiérrez- Samperio, C.; Frati- Munari, A. C.; Ledesma- Ramírez, M. y Pérez- Tamayo, L. (1985). **Estudio de la personalidad de tres grupos de médicos residentes (Anestesiología, Medicina Interna y Cirugía General), a través del Inventario de Douglas N. Jackson**. Tomado de la página electrónica: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htmas/e-rma/em-cma.htm>.
Revista Mexicana de Anestesiología. Consultado el 27 de agosto, 2009.
- Galeano, E. C. (s.f.) Modelos de comunicación. Tomado de la página electrónica: <http://docencia.udea.edu.co/edufisica/motricidad/contextos/modelos.pdf>. Consultada el 11 de agosto, 2009.
- García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garfield, L. S. (1994). **Psicología Clínica. El estudio de la personalidad y la conducta**. Manual Moderno. México, D.F.- Santa Fe, Bogota.
- Girón, M.; Beviá, B.; Medina, E. y Simón, T. M. (2002). **Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales**. Tomado de la página electrónica de la Rev. Esp. Salud Pública: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-5727200200500016&script=sciarttext>. Consultada el 06 de agosto, 2009.

- Goleman, Daniel. (2003). **La inteligencia emocional**. 44 reimpresión. Ed. Vergara. México, D.F.
- Gómez, E. R. (2002) **El médico como persona en la relación médico- paciente**. Editorial Fundamentos. 1ra Ed. 1ra reimpresión.
- González, M. R. (s.f.). **La relación médico- paciente y su significado en la formación profesional**. Tomado de la página electrónica: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17403/ems0203.htm>. Consultado el 06 de agosto, 2009.
- González, N. J. J. (s.f.). Otros trastornos, (p.169). En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutiérrez, C. R. **Temas de Psicología médica**. Marova ediciones. Madrid, 1974.
- Haynal, A. y Pasini, W. **Manual de medicina psicosomática**. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1980.
- Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, y Hernández-Hernández, MA (2006). **Importancia de la comunicación médico- paciente en Medicina Familiar**. Tomado de la página electrónica: www.imbiomed.com. Archivos en Medicina Familiar. Consultado el 18 de julio, 2009.
- INDEPSI. (s.f.). **Psicosis y salud mental**. Tomado de la página electrónica: www.indepsi.cl. Consultado el 18 de julio, 2009.
- Jeammet, P.; Reynaud, M. y Consoli, M. S. (1999). **Manual. Psicología Médica**. 2da. Edición. Ed. Masson. Barcelona, España.
- López- Ibor, J. J.; Ortiz, A. T. y López- Ibor, Alcocer M. I. (1999). **Lecciones de Psicología Médica**. Ed. Masson. Madrid.
- Marietan, H. (1991). **Sobre los conceptos salud / enfermedad - normalidad / anormalidad**. ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.
- Martínez, S. P. (2006). **Crisis sanitarias y medios de comunicación**. Tomado de la página electrónica de la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&ip=80.37.192.159&articuloid=13094674. Consultado el 21 de junio, 2009.
- Miquel, R. (s.f.). **Modelos de la comunicación**. Tomado de la página electrónica: <http://www.portalcomunicacion.com/>. Consultado el 11 de agosto, 2009.
- Morillo-García, Á.; Sillero-Sánchez, R.; Aldana-Espinal, J. M. y Nieto-Cerver, P. (s.f.) **Herramientas para afrontar las situaciones de crisis en un brote de gastroenteritis aguda en un colegio público**. Tomado de la página electrónica: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400012&script=sci_arttext. Consultado el 21 de junio, 2009.

- Musitu, G. (1993). **Psicología de la comunicación humana**. Ed. Lumen. Buenos Aires, Rep. de Argentina.
- Musso, G. C. y Enz, A. P. (2006). **Comunicación médico-paciente. La matriz del acto médico**. Tomado de la página electrónica de la Revista Hospital Italiano: www.imbiomed.com. Consultado el 18 de julio, 2009.
- Navarro, M. y Silveira, P. (2005). **¿Por qué una Psicología Médica?**. Salud Militar. Vol. 27. No.1.
- Oblitas, L. A. (2004). **Psicología de la Salud y calidad de vida**. Internacional Thomson Editores. México, D.F.
- Orlandini, A. (s.f.). El estrés y la enfermedad. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Orozco, J. M. (2006). **Definiciones de salud**. Tomado de la página electrónica: <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b/htm>. Consultado el 20 de mayo, 2009.
- Pacheco, T. C. (2006) Psicología Médica. Rev. Med. "Sucre" LXXI. Bolivia.
- Paoli, A. (1977). **La comunicación**. Ed. Edicol. México.
- Phares, A. (s.f.). Psicología de la Salud y Medicina conductual. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Potter, P. y Griffin, P. A. (2007). **Fundamentos de Enfermería**. Editorial Elsevier 5ta. Edición. Madrid: España.
- Reig, F. A. (1985). **La Psicología en el sistema sanitario**. Tomado de la página electrónica: <http://www.papelesdelpsicologo.com/vernumero.asp?id=223>. Consultado el 10 de junio, 2009.
- Ridruego, A. P.; Medina, L. A. y Rubio, S. J. L. (1997). **Psicología Médica**. Primero reimpresión. España.
- Rodríguez, De Elías R. (2008). **Prevención primaria de trastornos alimentarios: Formación de audiencias críticas y psicoeducación**. Tesis del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Inédita.. UNAM. México, D.F.
- Rodríguez, Silva H. (2006). **La relación médico-paciente**. Tomado de la página electrónica de la Rev. Cubana de Salud Pública: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci=serial>. Consultado el 12 de julio, 2009.
- Rojas, S. R. (2000). **Crisis, salud, enfermedad y práctica médica**. Plaza y Valdez Editores. Primera reimpresión. México.

- Roque, L. P. (2000). **Educación para la salud**. 5ta. Reimpresión. Publicaciones Cultural. México.
- Rubio, Sánchez J.L. y López, Fernández Ma. N. *La enfermedad desde el punto de vista de la Psicología Médica*. En Ridruejo, P. Alonso, Medina, León A. y Rubio, Sánchez J.L. **Psicología Médica**. Primera reimpresión. 1997. España.
- Sarafino, P. E. (2002). **Health Psychology. Biopsychosocial Interactions**. 4th. Edition. John Willey and sons.
- Sarason, I. y Sarason B. (s.f.). Reacciones desadaptadas. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarason, I. y Sarason, B. (s.f.). *Vulnerabilidad, estrés y afrontamiento*. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Slaikeu, A.K.(1998). **Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación**. 2da. Edición. Manual Moderno; México, D.F.
- Soriano, C. A. (2008). **Psicología de la Salud: Apoyo Informativo y hábitos negativos**. Tesis de Licenciatura Inédita. FES Iztacala. UNAM: Edo. De México. 2008.
- Stack, S. H. (1990). **La entrevista psiquiátrica**. Ed. Siglo Veinte, Nueva Imagen. México, DF.
- Vallejo, M. Á. (s.f.). Situación actual de la terapia de conducta. En García, M. M.; Rojas, R. M. y Vargas, B. I. (s.f.). **Psicología Clínica y de la salud. Perspectivas teóricas**. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Programa de apoyo a proyectos institucionales de mejoramiento de la enseñanza (PAPIME). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verdeber, R. F. y Verdeber, K. S. (s.f.). **¡Comunícate!** 11ª. Edición. Thomson. México, DF.
- Zamora, M. Y. (2007). **Estilos de vida en pacientes diabéticos: Comparación de población rural y urbana**. Tesis de Licenciatura Inédita. Facultad de Medicina. UNAM. Uruapan, Michoacán.

ANEXOS.

The word "ANEXOS." is rendered in a bold, sans-serif font. The letters are filled with a horizontal gradient from light gray to dark gray. Below the text is a dark gray shadow that is slightly offset to the right and bottom, giving the text a three-dimensional appearance.

Anexo 1. Impacto de la enfermedad en la esfera familiar.

1.- LA ETAPA DEL CICLO VITAL: El impacto de la enfermedad va a depender del momento de la vida familiar y del miembro que se vea afectado; no es lo mismo, que esta aparezca dentro de una familia que no se ha enfrentado a este tipo de crisis a que ocurra en una muy "golpeada" por estas.

2.- FLEXIBILIDAD O RIGIDEZ DE LOS ROLES FAMILIARES: Al momento en que la enfermedad haga su aparición se pueden generar ciertos cambios en la distribución de los roles, habrá que negociarlos y en muchas ocasiones compartirlos. Es así, que se espera que exista mayor dificultad para enfrentarse a la crisis por parte de familias "rígidas", ya que no podrán adaptarse a las nuevas condiciones de la dinámica familiar con facilidad.

3.- CULTURA FAMILIAR: La evolución y desenlace de la enfermedad se verán influidos por el conjunto de creencias, valores y costumbres que sean compartidos por los miembros de la familia.

4.- NIVEL SOCIOECONÓMICO: Debido a los grandes costos que puede implicar una enfermedad, no será lo mismo su aparición dentro del seno de una familia de escasos recursos económicos que dentro de una que se pueda considerar estable, ya que la desorganización se percibirá en todos los ámbitos.

5.- COMUNICACIÓN FAMILIAR: Frecuentemente existe una fuerte tendencia por ocultarle al enfermo que va a morir, convirtiendo la situación en algo "prohibido" o negado (pacto del silencio o conspiración de silencio). Esta "conspiración" consiste en una "supuesta" protección que familiares, amigos e incluso el médico tratan de brindar al paciente enfermo ocultándole la verdad.

6.- PRINCIPALES SÍNTOMAS FAMILIARES DE DESAJUSTE POR LA ENFERMEDAD: Desde la infancia hasta la vejez existe la "sombra de la muerte"; la atención integral del enfermo y su familia se otorga con la finalidad de "entender la enfermedad de forma individual ligada a una persona, a una familia, a un entorno cultural y basada en una historia personal y familiar previa."

Dentro de los principales síntomas familiares se encuentran:

a.- SÍNDROME DEL CUIDADOR: Generalmente es una mujer quien juega el rol del cuidador principal. Este síndrome es caracterizado por: problemas osteoarticulares alteraciones en el ritmo del sueño, cefalea y astenia. Psíquicamente, aparecen ansiedad y depresión; psicofísicamente se añaden aislamiento social, problemas familiares desatados por que el cuidador dedica su tiempo al cuidado del enfermo o por los gastos económicos que esto genera. Así mismo, se despreocupa por su arreglo personal, lo cual puede estar ligado a un sentimiento de culpa si acaso llegará a pensar en el mismo antes que en el enfermo.

b.- AISLAMIENTO Y ABANDONO: Durante el proceso de la enfermedad lo que busca la familia es aislarse para poder manejar la situación de la mejor manera posible, limitando sus relaciones sociales al cuidado del enfermo. La desorganización funcional que genera el cuidado del enfermo favorece la aparición de nuevos signos y síntomas, como: inadecuado rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etc.

c.- NEGACIÓN, CÓLERA Y MIEDO: La Dra. Kübbler- Ross menciona que durante el proceso de enfermedad terminal tanto el paciente como sus familiares atraviesan por diferentes etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; no necesariamente se presentan en este orden. A pesar de esta descripción se observa que en la familia y el paciente aparecen mayormente negación, ira y miedo además de la depresión.

La **negación** aparece desde el diagnóstico de la enfermedad, tanto el enfermo como sus familiares se niegan a creer lo que está sucediendo, en busca de otras opiniones recurren a la medicina alternativa, la "brujería" (p. ej.).

La **ira** se ve representada de varias maneras, la familia puede "culpar" al paciente por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil incluso con el personal médico. Por lo que resulta una trampa responder a las agresiones de la familia en esta etapa que puede ser pasajera y resolverse de manera natural.

El **miedo** va a estar siempre presente, la continua tensión emocional no permite que la familia actúe naturalmente; la angustia de poder no estar presente a la hora del deceso, de no proveer los cuidados necesarios y adecuados, el que se destruya el "pacto del silencio" o la condición económica que viva la familia en ese momento son generadores de estrés. Por su parte, el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por aquellos pendientes que deja.

d.- CONFLICTOS DE PAREJA: En determinadas ocasiones ocurre que la enfermedad, el tratamiento y el paciente, son utilizados para que los padres se agredan mutuamente, resultando una deficiencia y dificultad en la toma de decisiones. Esto ocurre frecuentemente cuando el enfermo es uno de los hijos y coincide con la existencia de conflictos anteriores.

e.) AMBIVALENCIA AFECTIVA: Se refiere a la presencia de "sentimientos encontrados entre los miembros de la familia, ya que, por un lado pueden estar deseando que todo termine, que el paciente acabe con su sufrimiento (deseando inconscientemente su muerte); por el otro lado, esperan y anhelan su pronta recuperación y que "todo termine".

Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable. Sin embargo, su represión y todo el estrés crónico pueden ser generadores de respuestas emocionales intensas, tales como: crisis de ansiedad, culpa o depresión o desencadenar un duelo "patológico".

Anexo 2. Dos semanas en el hospital.

John A. Talbot, el autor de este relato no era un paciente “común”. En la época del accidente era presidente de la American Psychiatric Association. A pesar que estaba familiarizado como médico, con los procedimientos médicos, ser un paciente le dio una perspectiva un poco distinta de su condición y tratamiento de la que habría tenido como un miembro del personal del hospital. El efecto de las lesiones y la hospitalización pueden ser estresantes, pero este relato demuestra la manera como los procedimientos del hospital y el personal médico pueden ayudar en forma significativa en los problemas de hospitalización.

El 30 de noviembre de 1981, mientras estaba parado en la acera cerca del Museo Nacional de Historia de Nueva York, me golpeó uno de los dos taxis que chocaron en el cruce cercano.... Era temprano en la mañana. Mis heridas físicas fueron considerables.... pero al recordar, fue la manera como se me atendió posteriormente, más que la forma como se me trató, lo que más se me grabó en la mente.

Algunas de las experiencias de Talbot demuestran como las interacciones interpersonales pueden contribuir al estrés. Por ejemplo:

Cada mañana, una animada enfermera nueva entraba en la habitación. El segundo día supuse que mi primera enfermera había tenido el día libre. Pero al tercer o cuarto día me di cuenta que un raro sistema de rotación garantizaba que ninguna enfermera me lograra conocer a mí, mis necesidades y mi atención, ya que nunca vi la misma en dos ocasiones.

Una tarde no me llevaron alimento. Luego de que las llamadas del personal de enfermería a la cocina no dieron resultado, me pidieron que llamara: “A usted lo escucharán, es un doctor”. La encargada de nutrición indica que era muy tarde para la cena, que ya estaban ocupados en arreglar las charolas para el desayuno. Pregunté si era posible alterar la rutina de manera que me dieran de cenar antes de las 10 p.m. Entonces ella me gritó por no entender las presiones que tenía y no fue sino hasta que le recordé que yo era el paciente y que su trabajo era ayudar a los pacientes cuando se disculpó y tranquilizó.

Por último, el día llegó, mis pocas pertenencias que señalaban una estancia de dos semanas en el hospital estaban empacadas y yo estaba listo para regresar a casa.

Esperaba con ansiedad la llegada de mi médico para decirle unas palabras de despedida; esperaba su punto de vista optimista sobre mi recuperación, su buen humor; su entusiasmo clínico. En vez de ello, dijo que esperaba haber sido capaz de “salvar” mi pierna, ya que el daño provocado era extenso, la recuperación era complicada y el pronóstico era incierto. Pero, si no lo fuera, se podía recurrir a todo, incluyendo injertos de huesos. Y si sucedía lo peor siempre había la posibilidad de una amputación. Pero no debía preocuparme, eso no sucedería durante algún tiempo. Cuando mi esposa llegó, yo estaba llorando.

Al regresar a casa, no nos detuvimos a comer; con un yeso pesado y enorme, apenas pude llegar al baño, pero era la casa, sin las atenciones rudas, enfermeras en constante rotación, medicamentos inadecuados, personal siempre de prisa, equipo de tratamiento no coordinado, alimentos increíblemente desagradables y médicos deshumanizados.

- J. A. Talbot. “Medica Humanismo. A Personal Odyssey” en Psychiatric News, 2, 31. 1985.

ANEXO 3. PRE-TEST: PSICOLOGÍA Y MEDICINA.

Nombre: _____.

Fecha: _____.

1.- Describa que entiende por Psicología Médica.

_____.

2.- ¿ Cree usted importante que el médico tenga preparación en el área psicológica? ¿Por qué razón?

_____.

3.- ¿Qué entiende por modelo biopsicosocial?

_____.

4.- Describa como relaciona usted los conceptos crisis y enfermedad.

_____.

5.- ¿Qué es una crisis circunstancial y cuáles son sus características?

_____.

6.- Explique los siguientes conceptos:

Estilo de vida: _____
_____.

Factores de riesgo: _____
_____.

Factores de protección: _____
_____.

Locus de control interno: _____
_____.

Locus de control
externo: _____
_____.

7.- ¿Qué entiende por estrés?

_____.

8.- ¿Qué significa la palabra “empatía”?

_____.

9.- ¿Qué entiende por Inteligencia Emocional?

_____.

10.- ¿Qué es una mala noticia y cuáles son los modelos de revelación de las mismas?

_____.

11.- ¿ Hasta que grado se considera apto y preparado para dar una “mala noticia”?

_____.

ANEXO 4. POST-TEST: PSICOLOGÍA Y MEDICINA.

Nombre: _____.

Fecha: _____.

1.- Describa que entiende por Psicología Médica.

_____.

2.- ¿ Cree usted importante que el médico tenga preparación en el área psicológica? ¿Por qué razón?

_____.

3.- ¿Qué entiende por modelo biopsicosocial?

_____.

4.- Describa como relaciona usted los conceptos crisis y enfermedad.

_____.

5.- ¿Qué es una crisis circunstancial y cuáles son sus características?

_____.

6.- Explique los siguientes conceptos:

Estilo de vida:

_____.

Factores de riesgo:

_____.

Factores de protección:

_____.

Locus de control interno:

_____.

_____.

Locus de control
externo: _____
_____.

7.- ¿Qué entiende por estrés?

_____.

8.- ¿Qué significa la palabra “empatía”?

_____.

9.- ¿Qué entiende por Inteligencia Emocional?

_____.

10.- ¿Qué es una mala noticia y cuáles son los modelos de revelación de las mismas?

_____.

11.- ¿Hasta que grado se considera apto y preparado para dar una “mala noticia”?

_____.

ANEXO 5. PRE- TEST: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE.

Nombre: _____
Fecha: _____

1.- ¿Qué factores cree usted que se encuentren asociados en el logro de una adecuada adherencia al tratamiento médico?

_____.

2.- ¿De qué manera cree usted que repercute la enfermedad dentro del seno familiar?

_____.

3.- ¿Qué entiende por Primeros Auxilios Psicológicos?

_____.

4.- Defina que es el modelo comunicacional dentro de la relación médico-paciente.

_____.

5.- Explique que entiende por relación médico- paciente (RMP).

_____.

6.- ¿ Que aspectos considera usted que habría que tomar en cuenta dentro de la RMP?

_____.

7.- ¿Cuál fue el motivo (s) por el (los) que estudió Medicina?

_____.

8.- ¿Qué entiende por “conducta de enfermar? ¿Cuáles cree usted que sean las “reacciones ante la enfermedad?

9- Defina los siguientes conceptos:

Psicoiatrógenia:

Transferencia:

Contratransferencia:

10.- Mencione las perturbaciones más frecuentes dentro de las RMP.

ANEXO 6. POST-TEST: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE.

Nombre: _____.

Fecha: _____.

1.- ¿Qué factores cree usted que se encuentren asociados en el logro de una adecuada adherencia al tratamiento médico?

_____.

2.- ¿De qué manera cree usted que repercute la enfermedad dentro del seno familiar?

_____.

3.- ¿Qué entiende por Primeros Auxilios Psicológicos?

_____.

4.- Defina que es el modelo comunicacional dentro de la relación médico-paciente.

_____.

5.- Explique que entiende por relación médico- paciente (RMP).

_____.

6.- ¿Que aspectos considera usted que habría que tomar en cuenta dentro de la RMP?

_____.

7.- ¿Cuál fue el motivo (s) por el (los) que estudió Medicina?

_____.

8.- ¿Qué entiende por “conducta de enfermar? ¿Cuáles cree usted que sean las “reacciones ante la enfermedad?

_____.

9- Defina los siguientes conceptos:

Psicoiatrógenia:

Transferencia:

Contratransferencia:

10.- Mencione las perturbaciones más frecuentes dentro de las RMP.

11.- ¿De que manera cree Ud. que este curso le sea útil para mejorar su desempeño profesional?
