

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

**LA DIGNIDAD DE  
VIVIR CON LA ENFERMEDAD.  
LA CRONICIDAD  
COMO DESTINO**

DISCURSO

para la recepción del Académico Electo  
ILMO. DR. D. GINÉS LLORCA RAMÓN

y contestación del

ILMO. DR. D. ALFONSO LEDESMA JIMENO  
Académico de Número de la  
Real Academia de Medicina de Salamanca



SALAMANCA, 2010

*Printed in Spain.* Impreso en España  
Depósito legal: S. 30-2010

GRÁFICAS CERVANTES, S.A.  
Ronda de Sancti-Spíritus, 9-11  
37001 Salamanca

## ÍNDICE

Preámbulo.....	9
Introducción .....	15
<i>Vivencia de enfermedad crónica</i> .....	21
<i>Enfermedades especiales</i> .....	25
La enfermedad como naufragio.....	29
<i>Su estética</i> .....	29
<i>La enfermedad como trauma</i> .....	36
<i>El proceso del afrontamiento</i> .....	40
<i>Resiliencia y crecimiento postraumático</i> .....	51
<i>La personalidad resistente</i> .....	56
Reacciones emocionales ante la cronicidad .....	59
<i>La negación</i> .....	64
<i>El bovarysno</i> .....	67
<i>La ansiedad</i> .....	68
<i>La depresión</i> .....	78
<i>La ira</i> .....	86
Adaptaciones personalizadas .....	91
<i>La personalidad del paciente</i> .....	91
<i>La dimensión antropológica de cuidar</i> .....	100
<i>La religiosidad</i> .....	102
<i>Neuroteología</i> .....	103
Lo posible y lo probable. La incertidumbre.....	115

La inutilidad del sufrimiento. El dolor .....	115
<i>El dolor</i> .....	119
<i>Dolor oncológico</i> .....	122
<i>Dolor y depresión</i> .....	124
<i>Dolor y ansiedad</i> .....	127
<i>Dolor y calidad de vida</i> .....	128
<i>Dolor y afrontamiento</i> .....	132
<i>Modelos integradores en el dolor crónico</i> .....	135
La temporalidad .....	141
<i>Pensamiento anticipatorio</i> .....	144
<i>El tiempo</i> .....	147
<i>La negación del tiempo</i> .....	151
No podemos ensayar los finales.....	153
Bibliografía .....	161
Discurso de contestación del Ilmo. Dr. D. Alfonso Ledesma Jimeno .....	175

## PREÁMBULO

Excelentísimo señor Presidente

Excelentísimas e ilustrísimas Autoridades

Excelentísimos e ilustrísimos Académicos

Querida familia y amigos

Señoras y señores

Recibo como un honor dirigirme a ustedes en este grandioso marco, que la historia impregnó con tantos significados, y que tanto pondera el alma de cualquier universitario salmantino, con ocasión de la Ceremonia que celebra mi ingreso como Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Salamanca.

Es norma obligada de cortesía, y para mi lo es como Académico Electo en este momento, agradecer en primer lugar a la Junta de Ilmos. Académicos Numerarios el haberme otorgado su confianza, permitiéndome leer este discurso que me incorpora de lleno a su seno. Muchas gracias.

*Todo historial correcto lleva a la biografía*, esta afirmación de Jaspers es irrefutable, el problema radica más bien en saber qué es un historial correcto, ya que la actitud que se tiene en las clínicas y las consultas acerca de la anamnesis, es muy variada. Las descripciones biográficas sirvieron en primer lugar para mantener despierto el recuerdo, seguramente fue el individualismo el que fecundó este género y el que, en las distintas

épocas de la historia de la humanidad especialmente necesitadas de intimidad, les proporcionó sus épocas de florecimiento. Fue Herder (1744-1803), el que fundamenta para el género biográfico en Medicina cimientos totalistas y dinámicos, no contentándose con el principio de causalidad, sino convirtiéndose él mismo, en hermeneuta de la naturaleza. Por esta razón, fue el precursor del historicismo y de la consideración reflexiva de la historia, que lleva al concepto de “comprensión” en Dilthey (1833-1911). Su psicología de la comprensión vuelve a la “vivencia”, reviviendo la existencia histórica de la persona. Otros signos actuales de la biografía moderna que debemos considerar son la capacidad psicológica de empatía y la estructura complicada de la imagen anímica.

Y como la esencia de la enfermedad es biográfica, también el conocimiento de la enfermedad sólo puede ser biográfico. Existen historias construidas sobre hechos realizados, pero personalmente creo mas ilustrativa la construida sobre beneficios recibidos, éstas permiten dar muestras de agradecimiento por los mismos.

En mi caso, el nacer en el Mediterráneo, Alicante, es algo más que una coordenada geográfica, es percibir la luminosidad de Sorolla, la profundidad de Miró y Azorín, o el grito de Miguel Hernández.

La figura paterna del hombre que se introduce en el profundo mar un día tras otro, siempre con una mezcla de respetuosa simbiosis de temor-amor al azul infinito, se merece mi primer agradecimiento pues graba el apego al trabajo intenso y a la lucha con los elementos, no siempre favorables. Diversas circunstancias hacen que elija como opción la profesión de la Medicina, compitiendo con la de dedicar mi vida al mar, en la actualidad no me arrepiento, pero me gustaría algún día retomar esa segunda opción.

Es en la ciudad de Granada donde la figura del Profesor Luis Rojas Ballesteros, es determinante en mi elección de la Psiquiatría como especialidad; su formación Alemana, contribuyó a la modernización de los conocimientos de esta materia en España. Alumno del sistema MIR, instaurado y modificado en los últimos años, amplio conocimientos en Barcelona con profesionales como el Dr. Freixas Sanfeliu, quien me introduce y forma en el campo del alcoholismo, lo que me permite en la actualidad ser considerado Asesor Técnico de la Asociación Internacional de Alcohólicos Anónimos, y haber participado como tal con el Ministerio de Sanidad y Ministerio del Trabajo en temas puntuales como es el de las recaídas. Con el Dr. Joan Massana Ronquillo, máximo representante de la Escuela Conductista, paso largos periodos de tiempo y de aquella formación, sobre todo la específica en conducta sexual, ya con más experiencia y en la tierra que nos acoge, colaboro en diversos cursos e investigaciones que se realizan bajo la coordinación del Dr. Montejo, con éxitos reconocidos a nivel internacional. En la actualidad hemos sido nombrado Presidente de la Sociedad Nacional de Sexualidad y Salud Mental

El contacto con el Prof. Alfonso Ledesma es significativo y se produce en un momento crucial, cuando me plantea al pie de la Alhambra ¿nos vamos a Salamanca?, la respuesta es afirmativa y ya son más de treinta años los que avalan esa decisión. En todo este tiempo trabajando juntos, las biografías se confunden, enlazan y muchos de los proyectos surgen de esta dualidad, entre ellos cabe destacar temas como la Agresividad Humana con innumerables estudios, tesinas de licenciatura y tesis doctorales, o las investigaciones con Microscopía Electrónica, que en combinación con anatomistas de diversas universidades han dado lugar a publicaciones y libros diversos. Pero si por algo estoy profundamente agradecido es por su amistad y que sea el que posteriormente conteste mi discurso, sinceramente creo

que en pocas ocasiones dos personas pueden estar juntas en tan largo, afectivo y fructífero recorrido vital.

La relación con el Prof. López Ibor senior y en la actualidad con López-Ibor hijo, han tenido una gran significancia en nuestra formación, con el primero tuvimos la enorme suerte de poder investigar su obra científica, que fue nuestra Tesis Doctoral y que se defendió en esta Universidad en el aula de Unamuno, siendo la primera vez que se leía una tesis sobre la obra científica de un autor, estando el referente presente. La relación mantenida a partir de entonces, nos permitió acompañarlo en sus dos muertes, al igual que le ocurrió a Nietzsche, en su muerte por enfermedad y en su desenlace final. En la actualidad, la relación con su hijo es una sólida amistad, y tenemos el honor de ser Miembro de la Fundación que se ha creado con el nombre de su padre. Ambos nos honraron siendo Catedráticos de Psiquiatría en esta, nuestra Universidad de Salamanca

La formación en Psicopatología con Pierre Marty en París, nos ha permitido llevar el duro trabajo que supone una Unidad de Psicooncología en el Hospital Clínico Universitario de nuestra ciudad, siendo el único existente en la comunidad de Castilla y León; la realización anual de un curso sobre esta temática, permite la formación de profesionales, tanto nacionales como extranjeros.

La colaboración con las Universidades portuguesas, especialmente con Coimbra y Oporto, y eventualmente con Lisboa, han dado como fruto una larga lista de investigaciones conjuntas siendo invitado en el año 2009 para cerrar como conferenciante el Congreso Nacional de Psiquiatría Portuguesa.

Más distante, la Universidad de Tokay en Japón, a través del Prof. Masaky, nos ha permitido el acceso al estudio de la psicoterapia japonesa, realizándose once cursos en nuestra



ciudad, y presentando trabajos conjuntos sobre investigaciones transculturales. Es de destacar que concretamente su concepto básico de “aceptar lo dado” lo aplicamos al paciente crónico en la actualidad.

No puedo, ni debo continuar, sin agradecer y resaltar la significación existencial que ha tenido para mi el desarrollo como padre, la naturaleza ha sido generosa conmigo y me ha permitido gozar de la crianza de mis hijos María Ángeles y Ginés Jesús, sintiéndome en la actualidad completamente compensado, y aún más cuando recientemente desde la certera unión con Conchi y José, me han bendecido con dos magníficos nietos, Paula y José Ginés, a los que sueño con poder algún día enseñarlos a navegar.

Pero todo ello no hubiera sido posible sin el encuentro con Ángeles, con la que compartimos biografía más de cuatro décadas, esencia del reloj, en una deliciosa temporalidad, con proyección intelectual y espiritual, trascendiendo los límites del iniciático caminar.

Agradezco la amistad compartida con compañeros de la profesión, y con académicos que me han alentado a tomar esta decisión, en ellos he encontrado mi motivación, han sido consejeros y buenos orientadores en mi desarrollo, pero también han sabido contener la empatía desordenada o estéril.

Es quizás nuestra honra, sin duda nuestro destino, envejecer junto a nuestros pacientes, a los que les agradezco el haber depositado su confianza en mi, quiero y debo transmitirles que parte de nuestro conocimiento se lo debemos a ellos, ellos nos han enseñado a tratar el sufrimiento de los siguientes. De este sufrimiento ha surgido esta lección.

Cada persona es una historia, existen tantas historias como vidas y hay muchas historias dentro de cada vida. La historia de cada uno es una construcción sobre las relaciones entre acon-

tecimientos, la relación entre personas y la relación con las instituciones sociales. Los psiquiatras por su experiencia, por su interés insoslayable del conocimiento del hombre, pueden convertirse realmente en expertos en los problemas de comunicación interhumana, pueden ser en la sociedad actual los más indicados para ocuparse de problemas que rebasan el área científica en la que se mueven.

Mi primer discurso en esta Academia fue sobre La Dignidad de Morir, un tema quizás excesivamente osado en aquél momento por la juventud con el que fue escrito, vuelvo de nuevo con alguna décadas más y planteo en esta ocasión, la Dignidad de Vivir, con la enfermedad. La cronicidad como destino.

## INTRODUCCIÓN

*Yo no exijo que os conforméis con mis ideas; no me exijáis tampoco vosotros que me conforme con las vuestras.*

(Unamuno 1864-1936)

La Medicina, no hace muchos años, estudiaba las enfermedades como los accidentes. Una enfermedad era algo extraño en una vida, un episodio que sobrevénía sin saber cómo, ni de dónde y que algunas veces pasaba, sin dejar secuelas. La investigación médica se polarizaba en esta dirección, ahondando todo lo posible en el estudio de la etiología y de la patogenia de las enfermedades. El principio terapéutico que derivaba de esta postura tenía raíces antiguas: *sublata causa, tollitur efectus*, suspendida la causa, eliminados los efectos. Las patologías infecciosas son el arquetipo de tal modo de concebir el estudio y la curación de las enfermedades. Las relaciones entre el agente patógeno y los síntomas están, según esta perspectiva, ligadas por el principio de casualidad. La fuerza física del móvil quiebra el hueso y la potencia tóxica del microbio quiebra el equilibrio humoral que constituye la salud. La enfermedad es pues considerada, un puro accidente natural.

Sin embargo, el enfermar no puede reducirse a un proceso tan sencillo. El ser humano es demasiado complejo para que la enfermedad lo empape como la lluvia, sin arrojar una nueva luz en su camino. Los síntomas son algo más que los signos de las enfermedades; los síntomas tienen el valor expresivo de una

situación patológica, encierran un sentido. La enfermedad tiene un sentido en la vida del enfermo. Este cambio de perspectiva resulta importantísimo, mide toda la distancia entre el animal enfermo y el hombre enfermo.

El descubrimiento del sentido de los síntomas se ha realizado en varias etapas iluminativas. La medicina moderna ha descubierto que los síntomas de las enfermedades, además de causa, poseen un sentido, más sencillamente diríamos que tienen una finalidad. Aunque ciertamente ambas no son expresiones con análogo valor. La finalidad tiene una estructura racional y una relación de sentido. Los síntomas a veces aprisionan y hacen sufrir más que la situación provocadora. Son el lenguaje de la enfermedad, y como todo lenguaje, es cifra y símbolo que necesita una hermenéutica. El medico no solo observa los síntomas sino que los interpreta, el enfermo no solo ofrece su enfermedad sino que la dice.

El intento de comprender al enfermo consiste en buscar el subsuelo común con el hombre sano. No es un demonio que se introduce subrepticamente dentro del ser, sino un desarreglo que ocurre en el mismo. Este desarreglo tiene un sentido. En los últimos años el incremento comprensivo del mundo de la enfermedad ha partido de diversas fuentes y ha obtenido un maravilloso botín. El mundo de la enfermedad se ha vuelto más transparente, más comprensible, a medida que se ha ido poblando de relaciones de sentido. El enfermo se ha aproximado al hombre sano. Pero también se ha operado el proceso inverso. El hombre sano se ha aproximado al enfermo. La afirmación puede resultar sorprendente, pero es exacta, tremendamente exacta. Y es que la normalidad no es una línea neta y seguramente dibujada, sino imprecisa y fluctuante. Fluctúa según el lugar y según las circunstancias históricas. La franja de la normalidad se ha ampliado, han ingresado en sectores que les eran francamente ajenos. El hombre moderno se ha asomado

a sus lagos interiores y ha visto que en lugar de transparentes eran cenagosos. El hombre moderno ha descubierto una nueva intimidad y se la apropiado. ¿No hay intimidad nueva en las novelas de Joyce y Proust o en las grandes obras teatrales contemporáneas? Se han dilatado los poros de la piel que cubrían las entrañas psíquicas y se han tornado visibles, con lo que su semejanza con las del mundo de los enfermos se ha puesto de manifiesto.

La vida humana ha intentado siempre despotencializar a la vida instintiva. Quizás la expresión no sea muy exacta, pero lo cierto es que *ser hombre* quiere decir poder tomar distancia interna frente a los propios impulsos. La propia libertad es la que se tiene frente a sí mismo. El desate instintivo anula lo que de humano tiene la vida. Lo anormal es también humano, es verdad, pero no es más humano, mas auténticamente humano, que lo normal. En eso estriba el error (López Ibor, 1952, 1951, 1964).

Consideramos que los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y las enfermedades y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Estamos convencidos de que las variables psicológicas inciden siempre en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades y no únicamente en los denominados psicósomáticos, desde el dolor crónico al cáncer, y desde luego, en el mantenimiento y fortalecimiento de los estados de salud. Y todos a la vez, los trastornos y enfermedades, así como los estados de salud, poseen repercusiones, grandes o pequeñas, favorables o desfavorables, en el ámbito psicológico (Ramón Bayes, 1991).

El progreso tecnológico y científico en las múltiples áreas de la ciencia en general, y en el área de la salud en particular, verificado fundamentalmente en el pasado siglo XX, revolucionaron completamente la práctica de los cuidados de salud (Pinto, 2007). Sin embargo, el optimismo que se esperaba que aminorara algunos problemas de salud fue cuestionado, frente al surgimiento de la enfermedad crónica en los países desarrollados (Pereira y López 2005). Paralelamente a la evolución de la Medicina y de otras áreas del saber, también la mejoría de los patrones de vida y las reformas sanitarias, han contribuido a reformar los recientes conceptos de salud y de enfermedad. Actualmente existen definiciones flexibles, ya sea de la salud, ya sea de la enfermedad, que consideran múltiples aspectos causales de las mismas, tales como factores de ámbito psicológico, social y biológico. De esta forma, el modelo biopsicosocial de la salud considera que existen tres grupos de factores asociados a la salud/enfermedad: los factores socio-ambientales (pobreza, trabajo, paro...); los actitudinales (ejercicio físico, la dieta alimenticia, los estilos de vida...); y los factores psicológicos (sistema de creencias relativas a la enfermedad, la resiliencia, las competencias del afrontamiento o coping, las características de la personalidad...), que se influyen mutuamente, constituyéndose en una plusvalía de la explicación de los fenómenos implicados en la salud, en el enfermar y en la enfermedad (Paul y Fonseca, 2001).

Sin embargo, a pesar de la uniformidad realizada en los factores asociados a la salud y a la enfermedad, no es fácil obtener una definición universalmente aceptada de estos términos, dado que son “estados subjetivos” difíciles de medir, por lo que salud y enfermedad se consideran procesos integrales, vividos por seres humanos, que poseen múltiples niveles de complejidad interactiva. En base a esta idea (Gameiro, 1999), podemos defender que las significaciones y representaciones de salud/enfer-

medad son una construcción personal e idiosincrásica, reconociéndose actualmente, que sus contenidos, estructura y dialéctica están condicionadas por el desarrollo psicológico de los individuos.

Así, parece importante resaltar que tanto la salud como la enfermedad no son estados estables, sino conceptos vitales, sujetos a constantes reevaluaciones y cambios, circunstancia ésta que contribuye a que no existan definiciones universales. Esta idea justifica la frase de que “no hay enfermedades, sino representaciones de enfermedades”, es decir, existen representaciones distintas y subjetivas de la enfermedad. Esta perspectiva se integra en el modelo biopsicosocial explicativo de la enfermedad, donde se puede establecer que el contexto socioeconómico y cultural condiciona la representación individual de la enfermedad, siendo el sujeto el que define la enfermedad y no a la inversa.

Desde esta perspectiva, existen numerosas metáforas representativas de “tener salud”, Herzilch (1973) destaca:

Salud en el vacío: la salud se entiende como ausencia de enfermedad, a la persona no le perturban sensaciones corporales porque no tiene conciencia del propio cuerpo. Hay una especie de “silencio corporal” caracterizado por una ausencia de enfermedad.

Reserva de salud: la salud se entiende como un recurso o una inversión en vez de un estado, corresponde a la presencia de salud. Se caracteriza por robustez o fuerza física y resistencia a ataques externos, a estados de enfermedad. La salud es incluso algo que poseemos y que nos permite trabajar, hacer una vida y defendernos de la enfermedad o recuperarnos. Es una característica personal, pues la persona puede sentir que posee más o menos salud en comparación con otras personas.

Equilibrio: Se refiere a la noción real de salud, transportando la noción de bienestar positivo, constituyendo un sustrato de armonía y equilibrio esencial en la vida espiritual, psicológica y corporal, de la cual deriva un sentimiento funcional de confianza, libertad, energía y resistencia. Este equilibrio es algo que podemos perder o volver a adquirir, por lo tanto, el equilibrio es circunstancial dependiendo de los eventos del día a día.

En este contexto, también existen metáforas representativas de " tener una enfermedad" y son:

Enfermedad como destrucción: refiriéndose a las concepciones de personas particularmente activas o implicadas en la sociedad y para las cuales cualquier interferencia en su papel familiar o profesional constituye un problema importante. La enfermedad es entendida como limitación de la capacidad personal para asumir las responsabilidades y la concomitante pérdida de posición y aislamiento social. La persona siente que tiene responsabilidades importantes frente a los otros, y depender de los otros, puede hacerla sentir "menos persona". Son sujetos que señalan los aspectos positivos de la salud, porque les permiten mantener su papel socio-profesional y su actitud frente a la enfermedad es paradójica, ya sea intentando asumir el control, ya sea sintiéndose impotente.

Enfermedad como liberación: la enfermedad es conceptualizada como liberadora de las responsabilidades que la vida nos hace afrontar. La enfermedad es una especie de descanso, que nos puede liberar de las preocupaciones diarias, trae beneficios y privilegios, incluyendo los cuidados y la simpatía de los otros. La enfermedad se traduce en ganancia secundaria.

Enfermedad como desafío: la enfermedad es concebida como un desafío, algo contra lo que debemos luchar con todos nuestros recursos. Es necesario mucho empeño en el sentido



de sentirse mejor. No nos debemos preocupar por nuestros deberes, sino concentrarnos en nuestra recuperación (Herzilch, 1973).

El concepto que se tiene de enfermedad puede ser por tanto incompleto, si no se tiene en cuenta que la persona no es solamente un organismo biológico sino que engloba el conjunto de sentimientos y actividades simbólicas del pensamiento y del lenguaje (Die Trill, 2000).

Así pues, aunque la idea más aceptada hasta ahora era que el razonamiento lógico, desde que se cuenta con la ayuda del método científico, estaba destinado a prevalecer sobre el pensamiento mágico y sobrenatural, a medida que se han ido comprobando hipótesis y despejando incógnitas, retrocedía el pensamiento heredado en sus formulaciones más dogmáticas. A pesar de los avances del método científico, a pesar de comprobar y demostrar que muchos de los remedios aducidos son extravagantes y no se sustentan en el conocimiento racional, seguimos inundados por el pensamiento sobrenatural (Punset, 2009).

### *Vivencia de enfermedad crónica*

En medicina se llama enfermedad crónica a aquella patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede anticiparse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso general acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica, aunque en general, toda enfermedad que tenga una duración prolongada actualmente puede considerarse como crónica.

El término crónico del griego Χρονος (Chronos) “dios del tiempo”, como su etimología indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, si bien, nada dice acerca de su

gravedad. En Epidemiología, se entiende como aquella patología de alta prevalencia y no curable, alcanzando la cifra de 35 millones de personas las que en el 2005 murieron debido a una enfermedad crónica, de los cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años (OMS, 2008).

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que pueda poner en peligro la vida de una persona, aunque algunas, como el cáncer o el sida, lo pueden hacer. Actualmente los avances médicos pueden conseguir que los síntomas de una enfermedad crónica desaparezcan, la persona sigue padeciendo la enfermedad de forma subyacente pero perciben subjetivamente que están sanos y se encuentran bien gran parte del tiempo. La mayoría no piensan en sí mismos como enfermos crónicos, sino como alguien que padece un trastorno específico.

Padecer una enfermedad crónica no sólo afecta físicamente, sino también emocional, social, y a veces, económicamente. La forma en que a una persona le afecta una patología de este tipo, depende de la propia enfermedad pero también de otras variables como la repercusión sobre su cuerpo, la gravedad de la misma y del tipo de tratamiento que requiere. Aceptar y adaptarse a esta realidad, requiere tiempo y constituye un recordatorio constante de su condición de enfermo a la persona que la sufre. Este hecho ejerce un efecto muy negativo, lento pero constante, de la autoestima del paciente. Todo ello hace que el paciente colabore mal en el tratamiento y cometa frecuentes descuidos y trasgresiones, lo que conlleva a una agravación episódica de su patología. Romper este círculo vicioso es la labor psicológica del médico encargado del seguimiento clínico de estos pacientes y para lograrlo, conviene estimularlos para que expresen verbalmente el malestar psíquico que les supone su condición de crónico, así como flexibilizar el tratamiento

todo lo que sea posible. Finalmente cuando se produzcan los incumplimientos, es aconsejable no actuar de forma culpabilizadora, ya que aumentaría la angustia y podría predisponer a una nueva trasgresión.

Además del sufrimiento humano, el coste de las enfermedades crónicas representa un porcentaje mayor en las economías no sólo de los países desarrollados, sino también en los países con bajos ingresos donde ocurren el 80% de estas muertes. Muchas de estas dolencias están relacionadas con los estilos de vida y con el envejecimiento de la población, asociado esto último a los avances médicos, por ello las políticas sanitarias están promocionando iniciativas que mejoren tanto el tratamiento como la gestión integral de estas enfermedades (OMS, 2008).

En este sentido, es importante tener en cuenta que existen muchos factores, potencialmente amenazadores, y por tanto suscitadores de estrés que se ciernen sobre las personas con impedimentos crónicos. Una lista básica de ellos, sería:

El temor de que los otros no se interesen primariamente por ellos a nivel personal, sino por su defecto, dando lugar a su devaluación como personas.

La conciencia de la barrera que separa a las personas impedidas de las que no lo están, verificando que nunca pueden comprender la experiencia de la restricción y de las limitaciones, malestares y privaciones por él impuestos. Así los sentimientos de autocompasión y de culpa llegan a constituir una carga.

El conflicto entre el deseo de dependencia y el de independencia, con raíces profundas, nos obliga a reflexionar tras más de treinta años de ejercicio de la profesión más bella que existe para nosotros, la medicina.

Para cambiar dependiente por independiente basta con añadir dos letras, pero ayudar a una persona a que sea lo más autónoma posible, superando las pérdidas debidas a la enfermedad, equivale a una ganancia inconmensurable en calidad de vida. Depende de los esfuerzos cooperativos de todos el que se alcance este objetivo: equipo sanitario, profesionales domiciliarios, paciente y miembros de la familia.

En este momento, debemos invocar a los *plurideficientes* o personas excluidas entre los excluidos. Su fina afectividad, va a la par de una intuición frecuentemente sorprendente; y su potencial de evolución, aún estando limitada, supera a menudo los pronósticos pesimistas, todavía demasiado frecuentes. Por eso, cuando se establecen los medios para cuidarlos, comprenderlos y amarlos, se les posibilita el que puedan dar lo mejor de ellos mismos.

A través de un difícil recorrido por sus vidas, ligadas a una patología médica compleja y afligida nos ofrecen, sin embargo, un ánimo, un coraje, una tenacidad y una paciencia, que mas allá de la dificultad de los cuidados cotidianos, nos hace descubrir otra dimensión vital. Nos guían hacia lo esencial de la vida y nos ayudan a desarrollar en nosotros, esa cualidad tan enriquecedora: saber escuchar al enfermo.

Tenemos que aprender a transmitir, aunque cueste, que deben asumir los sufrimientos en el seno de la intimidad. Hay que entender que puede afectar a la familia de forma extensa, hermanos, abuelos, parejas, que incluso con frecuencia pueden quedarse debilitados por una pérdida de identidad de múltiples consecuencias. Integrar con normalidad a estos enfermos en la vida de los familiares, en la sociedad, equivale a una cascada devastadora de reacciones encadenadas, que implica un compromiso en nuestra condición de responsables, pues a veces, es

necesario sobrecargar la vida con obligaciones y sujeciones permanentes.

En definitiva, la igualdad es el principio fundamental del estado social y de derecho, y la igualdad comienza en el nacimiento. Estos pacientes no recibieron su parte.

### *Enfermedades especiales*

Además de los fenómenos psicológicos de carácter general que se presentan en el paciente por el propio proceso de la enfermedad, tienen lugar otros de naturaleza particular, según la clase de patología que padezca. A grandes rasgos, los cuadros patológicos se pueden dividir en los siguientes grupos especiales:

- A.- Enfermedades deformantes
- B.- Enfermedades amenazantes para la vida
- C.- Enfermedades invalidantes

*Las enfermedades deformantes:* son aquellas que afectan directa y cruelmente a la autoimagen del paciente. Es el caso de las amputaciones, mastectomías, grandes quemaduras, colostomías o la pérdida de algunos de los órganos de relación. El impacto emocional que supone esta clase de padecimiento está en función del grado de deformidad que causan. Producen un intenso sufrimiento psicológico en el enfermo, que se siente radicalmente aislado de sus semejantes. Este aspecto tiene especial importancia en una sociedad como la actual, obsesionada por la estética de los cuerpos.

Los pacientes limitan su vida de relación a los círculos familiares más íntimos, se hacen esquivos, tristes y resistentes a reintegrarse en sus actividades laborales y sociales. En casos como

los de amputaciones de órganos sexuales, la relación de pareja resulta afectada de una forma directa para ambos (Llorca, 1999); el enfermo se siente temeroso ante el posible rechazo por parte de su compañero/a por su incapacidad para proporcionarle satisfacción sexual. La pareja experimenta una angustia ante este conflicto, oscilando entre la tendencia espontánea a rechazar al compañero antiestético y el miedo a dañar psíquicamente a un ser amado. Estos pacientes necesitan un tratamiento psicoterapéutico encaminado a lograr una mayor aceptación de sí mismos y romper el aislamiento humano que se cierne sobre ellos y que es el mayor peligro.

*Las enfermedades amenazantes:* son aquellos procesos morbosos cuya evolución entraña un riesgo alto de muerte, entre ellos, las neoplasias, el sida... Los enfermos experimentan un choque emocional cuando descubren el diagnóstico y sienten la imperiosa necesidad de escapar como sea de esa ominosa situación. Es frecuente entonces que se produzcan reacciones de negación, en las que el paciente se conduce como si no estuviera enfermo, lo que frecuentemente aumenta el riesgo vital del individuo, al retrasar el tratamiento precoz de las formas curables de las dolencias.

El caso concreto de los enfermos con VIH positivo es psicológicamente dramático, ya que no sólo sufren por el mal pronóstico, sino que han de soportar no pocas veces, estigmas de tipo moral, desconfianzas y rechazos por parte de los cuidadores, aislamiento y deterioro social. Hoy día, es el enfermo reprobado por antonomasia.

El paciente afecto de una dolencia amenazante requiere, en primer lugar, una información adecuada para alejar temores infundados, para ayudar a la instauración de un tratamiento precoz y para mantener alta su autoestima. Además, precisa de

un apoyo psicoterapéutico continuado a lo largo de su evolución, que le haga sentir que no se encuentra solo en la lucha.

*Las enfermedades invalidantes:* son aquellos procesos que colocan al paciente en manos de los demás de una forma cotidiana. Los casos prototípicos los constituyen aquellas patologías que derivan en grandes trastornos de la deambulación, como las paraplejías, las enfermedades musculares y las neurodegenerativas. En estas situaciones, el enfermo arrastra el peligro de desanimarse en el intento de mantener una cierta independencia, en parte por el costoso y tedioso esfuerzo que supone la rehabilitación, en parte por la tendencia de la familia a sobreproteger al paciente; el entorno, con la mejor intención, parece confabularse contra él. Por ello, el esfuerzo psicoterapéutico del médico ha de ir en el sentido de estimular la independencia y autoconfianza del enfermo (Iruela Cuadrado, 1990).





## LA ENFERMEDAD COMO NAUFRAGIO

*El sueño es la fuente de la salud, porque es vivir sin saberlo. No sabe que tiene corazón quien le tenga sano, ni sabe que tiene estomago o hígado sino quien los tenga enfermos, no sabe que vive el que duerme.*

(Unamuno 1864-1936)

### *Su estética*

El idealismo de una persona empieza a desmoronarse cuando es incapaz de asumir que el dolor, el sufrimiento y la muerte son lo positivo de la existencia, obligándole a disociar lo verdadero de lo bello. En su *rerum natura*, Lucrecio (Tito Lucrecio Caro, 98-55 a. C), ha descrito el naufragio: el barco que naufraga en los escollos costeros por la acción del mar embravecido. Un espectador lo contempla pensativo desde el acantilado. Tiene sentimientos encontrados. Estremecimiento ante la tragedia, alivio y placer por encontrarse al abrigo de ella, autoestima por ser una persona prudente y avisada, que no abandona la seguridad de la tierra firme y tampoco se arriesga en travesías marítimas. Desde estas frases nos planteamos, la estética de la resistencia en la experiencia de la vida como naufragio.

¿Qué puede hacer el hombre cuando aquello en lo que confiaba le ha abandonado? Schopenhauer (1788-1860) afirmaba que si existiera Dios no quisiera ser él, pues sería incapaz de aguantar los lamentos del mundo; desde la óptica de Thomas

Bernhard (1931-1989) la enfermedad como naufragio, tiene un mensaje: las catástrofes humanas son catástrofes naturales. Bernhard, hijo ilegítimo, quedó marcado por una infancia de grandes carencias económicas, afectivas y corporales, ya que fue un enfermo crónico casi toda su vida. Su obra aproxima al ser humano a la realidad doliente y hermética, analizando sin piedad el mundo que le ha tocado vivir. Ello le convierte en un autor intenso, insoslayable, que hay que leer minuciosamente. Debido a una intratable enfermedad pulmonar, Bernhard estuvo recluido desde 1949 a 1951 en el Sanatorio Grafenhof; esta experiencia le reconcilió con la vida:

*Quería vivir, y todo lo demás no significaba nada. Vivir y vivir mi vida, como quisiera y, tanto tiempo como quisiera. Entre dos caminos posibles, me había decidido esta noche, en el instante decisivo, por el camino de la vida. Si hubiera cedido un solo instante en esa voluntad mía, no hubiera vivido ni una hora. De mi dependía seguir respirando o no. El camino de la muerte hubiera sido fácil. El camino de la vida tiene igualmente la ventaja de la libre determinación. No lo perdí todo, seguí teniendo todo* (Bernhard, 1978).

Admiro la facilidad con la que el Profesor José Luis Moli-nuevo de nuestra Universidad (2001), navega entre estos términos. Sostiene la teoría de que por el hecho mismo de nacer, hemos firmado un contrato con la vida del que somos responsables, aunque no beneficiarios. Pero la vida en su conjunto, no sería un naufragio si se viera así. El problema para Schopenhauer radica en ese error innato según el cual hemos venido a este mundo a ser felices. De este modo, la vida como naufragio es siempre el naufragio de la esperanza.

Thomas Bernhard citará en Amras (1963) la frase de Büchner *la esencia de la enfermedad es tan oscura como la esencia de la vida*. En el intermedio, como puente de la reflexión entre

Büchner (1992) y Bernhard, está la tesis de Ortega y Gasset (1883-1955), sobre el origen y carácter teratológico, monstruoso, del ser humano. Según ella, somos una anomalía de la naturaleza, que no nos acoge, nos impide seguirla e incluso nos destruye. Su condición de médico, al igual que ocurría con Baroja (1872-1956), le hace especialmente sensible a Büchner respecto al tema del dolor humano. Un dolor insoportable por su intensidad y cuya lucidez, como en Bernhard, lleva a sus personajes hasta los límites de la patología llamada trastorno. Un dolor que al igual que en el cuadro de Munch grita en la herida del infinito, sangrando por la naturaleza. Pero un dolor que no sólo tiene un origen natural, sino también social, por todo ello, el médico quiere curarlo en el pleno sentido de la palabra, no refugiándose en una estética del pesimismo.

Se puede negar el mal, pero no el dolor. La experiencia del dolor y su falta de sentido, al mismo tiempo que su acrecentamiento imparable, marca la medida de la existencia y también de su injusticia. El dolor es tiempo que no pasa, que mide con precisión y hace la existencia interminable. Ante ese dolor no hay sosiego ni en dios, ni en la nada.

Luchar contra el destino es hacerlo contra el tiempo. La lucha es ética y estética, es el arte en su sentido amplio, como tiempo detenido. Los enfermos buscan desesperadamente al final un sosiego, un descanso, el simple dormir que incluso se les niega.

La ausencia de una autonomía ética se traduce en lo que Kundera (1984), llamará la inintencionalidad de los actos y la configuración de un mundo no sujeto ya a la ley de la causalidad, sino a la casualidad: *Quiero permanecer en este instante, echar raíces en este sitio para siempre*. Él (paciente) siempre había creído que la parte más deliciosa de la vida no había llegado aún, siempre había codiciado el futuro, el momento de ser

mayor, más listo, más grande, más rico. Y luego vino el cataclismo, el momento del gran revés, la súbita y catastrófica interrupción del futuro, y el inicio del doloroso anhelo por el pasado.

Nietzsche (1844-1900), escribió que una importante diferencia entre el hombre y la ternera es que ésta sabe como existir, como vivir sin angustia, sin miedo, en el bendito presente, libre de la carga del pasado y ajena a los terrores del futuro. Pero a los infelices humanos nos acosa tanto el pasado como el futuro, y sólo somos capaces de pasearnos brevemente por el presente. Por eso, suspiramos tanto por los días dorados de la niñez. Según Nietzsche, la infancia es una época libre de preocupaciones, cuando todavía no llevamos la carga de recuerdos dolorosos, de los desperdicios del pasado. Hemos aludido a Nietzsche pero la idea era originalmente de Schopenhauer.

En Robinson Crusoe, Daniel Defoe (1719), ofrece una de las soluciones más drásticas en la historia de la literatura y una de las que mejor representan a la sociedad occidental. Es arrojado a una isla después del naufragio-enfermedad, y sorprendido, acaba por descubrir que la isla está desierta. Superado el asombro comienza a empalizar, para protegerse de un peligro inexistente. Busca el horizonte, necesidad perentoria igual que el viajero espera la llegada al puerto de destino; persigue el límite. Reducir el espacio desierto a una habitabilidad, que es tanto como decir a un territorio con confines prefijados, tranquilizadores, en suma. Para paliar la incertidumbre de lo visto, percibido, vivido, anticipado, lo que podría ser una cosa y su contrario, lo que podría ser cualquier cosa sin un nombre que valiera para siempre, a menudo el paciente inventa como en un cuadro, tierra firme que designe los bordes. Se aturde en el intercambio de horizontes interminables, pura trampa. El paciente puede mirar el mar, sin fronteras claras, pero confortado por la ilusión repetida de una costa.

El paciente busca terco el límite y el tiempo, lo ansia como ausencia, le tranquiliza tener el mundo bajo control, sorprendido de lo que queda dentro y queda fuera. No lo consigue, se le escapa el mundo-salud. El océano, más que cualquier otro sitio, impone la promesa estremecedora de un final dudoso, de demarcación falsificada. Todo sucede paulatinamente, el límite se va desdibujando como augurio de separación. El barco se aleja de forma gradual y sólo cuando está lejos, muy lejos, sin remedio, es conciente de que ha dejado atrás una parte importante de su vida. Se trata de una conciencia inusitada que, en el juego infinito de paradojas, se perfila al divisar la costa, al entrar en los puertos. Entonces comprende la manera irremediable en la que las aguas se separan. Ya no importa: el futuro se ha materializado, se ha convertido en presente. Contra este olvido luchaban los que en su naturaleza marinera conocían los peligros del mar. Mantenerse intactos, conservar la dignidad, es salvaguardar la memoria que todo viaje-vida-enfermedad erosiona.

Es posible, que el conflicto inherente al ser humano, y que se manifiesta a veces ante la presencia de una enfermedad crónica, sea la tentación de olvidar y la obligación de recordar. Diluir el pasado, para empezar desde cero, recordemos a Ulises dividido a lo largo de sus hazañas entre la memoria y la desmemoria, y a los marineros atrapados en la dulce droga que le suministran los lotófagos al desembarcar en sus costas, para inducirlos artificialmente a la desmemoria, brebaje mágico-sustancia que la moderna medicina utiliza para hacer más soportable el trauma y desdibujarlo de la memoria.

El puerto de salida y el puerto de llegada decepcionan con frecuencia, simbolizan la insatisfacción moderna de no poder vivir al fin en sitio alguno, vivir a cada instante con el alma perdida en las antípodas del lugar donde nos hallamos. El supuesto territorio de la pertenencia, es tan inconcreto como

el puerto de llegada y, a menudo, diferente del que habitamos. El deseo de habitar reenvía a un umbral que no somos capaces de reproducir en la memoria, a un lugar quimérico que jamás vimos y en el que nunca llegaremos a ver, es una diluida reminiscencia de lugar.

Existe un espacio para habitar-casa/hogar, y un espacio para visitar-hospital. Visitar implica un tiempo que se agota, un plazo fijo, empiezan y terminan, mientras que habitar resume el tiempo detenido, que evoca lo confortable, que reenvía a la memoria, como un tiempo utópico, la anticipación de los lugares que conocemos. Pero esta casa se puede revelar en ocasiones en lo “familiar extraño”, término acuñado por Freud en su artículo de 1919, refiriéndose a la circunstancia de que el que ha vuelto es siempre distinto al que se fue y, ese mismo viaje, convirtió en distintos a los que se quedaron (De Diego, 2005).

Un dolor intenso, una desgracia, pueden obligar a conocer las contradicciones que tiene consigo mismo en la voluntad de vivir, y mostrar de manera clara el vacío de todo esfuerzo; algo que con frecuencia se ha visto en algunos hombres, cuando después de una vida agitada por tumultuosas pasiones, reyes, héroes, aventureros, cambian súbitamente, se resignan, se arrepienten y llegan a hacerse monjes o anacoretas. En este argumento, con historias de conversiones auténticas, la de Raimundo Lullio o Ramón Lull sirve de ejemplo. Un día, una mujer hermosa a quien amaba desde hacía mucho tiempo, le da una cita en su casa. Penetra en el aposento de la joven lleno de alegría, pero la bella entreabriendo su corsé, le muestra su seno devorado por un cáncer horrible. A partir de ese momento, como si el infierno se hubiese ofrecido ante su vista se convirtió, abandonó la corte del rey de Mallorca y se retiró a la soledad. Se retiró para hacer penitencia.

La Psicooncología es una disciplina que aplica la psicología a una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación. El modelo biopsicosocial de salud se está aplicando tanto en la investigación como en la asistencia. Son múltiples las investigaciones dentro de esta materia que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo de un cáncer. El contenido de estos estudios suele ser personalidad y cáncer, estrés y cáncer, terapia psicológica y mayor supervivencia... y a pesar de los problemas metodológicos que tienen muchos de ellos y que los resultados todavía no son concluyentes, los datos señalan, cada vez con mayor rigor, que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer.

La prevención en Oncología, cobra cada día mayor importancia, el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes. Pierre Marty (1984), ha conseguido tras cuarenta años de investigaciones, aumentos sustanciales en la longevidad de los cancerosos y una calidad de vida muy superior a la de la metodología clásica. Tiende a mejorar el equilibrio de las defensas específicas del individuo, en lugar de orientar las acciones decisivas a combatir las metástasis. Agradecemos sus enseñanzas que nos han permitido aplicarlas a nuestros pacientes.

La Psiquiatría y la Psicología Médica, y más específicamente la especialidad de Psiquiatría de Enlace, pueden aportar su grano de arena a esta compleja interrelación existente entre el tumor y el huésped sobre el que se asienta, de forma que a pesar de los actuales conocimientos sobre la biología, genética molecular e inmunológica tumoral, el desarrollo del cáncer sigue teniendo un cierto aire de misterio, en el que quedan grandes preguntas por resolver.

Participamos del concepto de que un tumor, requiere una participación de nuestro Sistema Nervioso Central (SNC), como un hecho ineludible y contemporáneo para su aparición y desarrollo. Esta representación en el aparato psíquico ocurre desde el comienzo real del desarrollo de un cáncer (Ballitsky, 1986). Estamos en la línea de Schavelzon (1988), quien manifiesta que el cáncer para ser tal y comportarse como tal, debe de ser aceptado, incorporado y reconocido como propio por ese organismo. El cáncer pertenece al individuo considerado como una totalidad. En este hecho interviene obviamente su SNC y su aparato psíquico.

### *La enfermedad como trauma*

Los hechos traumáticos, en ocasiones, dejan secuelas que la persona por sí sola no puede superar. Pasada la primera reacción a lo vivido, en la que suele predominar una respuesta de alarma con síntomas de ansiedad, el superviviente, suele ir encontrando un equilibrio. Pero en ocasiones, este equilibrio no llega y es imposible integrar lo vivido en el conjunto de experiencias de la persona. Hay componentes vivenciales que ya no volverán a ser como antes.

En la literatura, desde que en la *Ilíada* acaeciera la primera descripción pormenorizada de la respuesta psicológica a hechos traumáticos, existen muchas definiciones de *trauma*, en sus dos vertientes, como hecho en extremo impactante y como la reacción humana ante este hecho. Seleccionamos el concepto de trauma como experiencia, que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, incoherencia, horror, ambivalencia o desconcierto. Tiene un carácter a veces inenarrable, incon-



table, o bien incomprendible para los demás. Así mismo quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida. Se resiente la confianza en los otros, su bondad y su predisposición a la empatía, y también la confianza en el carácter controlable y predecible del mundo. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) han cambiado el concepto de trauma del que han partido en cada nueva versión.

Mencionaremos cronológicamente a tres autores como referentes y sus fuentes de reflexión:

a) “El hombre en busca de sentido” de Víctor Frankl (1946): de todos los supervivientes que han dejado sus memorias, Frankl, psiquiatra austríaco, describe los mecanismos del hecho traumático, las reacciones y los modos de afrontamiento desde una perspectiva que rebosa vitalidad y que presenta el paradigma del resistente, desde un modelo de psicología positiva. La aplicación de sus enseñanzas es:

- Vencer el silencio. El deber de contar
- Optimismo inteligente-pesimismo defensivo como valores de supervivencia
- Flexibilidad-rigidez
- Desarrollo de la capacidad de reírse de uno mismo y de la adversidad. Sentido del humor
- Curiosidad y deseo de vivir
- Dotar de sentido a la vida. Buscar una meta
- Dotar de significado al sufrimiento

Con el mismo nombre “El sentido de la vida”, existe una obra de Tagore que relata: *Cuando sacamos un jarro de agua del mar, sentimos su peso, pero cuando nos metemos en el mar mismo, mil jarras de agua flotan sobre nuestras cabezas y no sentimos peso alguno*. También existe una obra con el mismo nombre escrita por Alfred Adler en el año 1931, donde la vida tiene para el autor tantos sentidos como seres humanos pueblan el mundo. Nadie posee el significado absoluto de la vida y podemos afirmar que cualquier significado que resulte útil por completo no puede ser estimado como completamente erróneo.

b) “Más allá de la culpa y la expiación” de Jean Amery (1977): la cara opuesta a Frankl, filósofo austríaco que cambia su nombre en la clandestinidad, y que describe una experiencia marcada por el pesimismo y la omnipresencia de la herida en su testamento, antes de suicidarse en 1978. Reivindica el derecho moral al resentimiento y el deber social del castigo desde su descripción de la tortura como una experiencia inasimilable y devastadora que no tiene reparación posible. La aplicación de sus enseñanzas es:

- Aceptar lo ilógico
- Buscar para sobrevivir, el compromiso personal en el afrontamiento de la adversidad
- Imposibilidad de volver atrás. Trabajar para integrar no para olvidar
- Proponer el reto de buscar posibles aprendizajes
- Medicalizar el sufrimiento puede constituir una forma de retraumatización
- El perdón o la reconciliación son moralmente inaceptables

c) “Los hundidos y los salvados” de Primo Lewi (1986): es el más tardío y elaborado de su trilogía de libros sobre Auschwitz y su testamento personal antes del suicidio meses después. Representa el resumen de cuarenta años buscando respuestas a preguntas y constituye probablemente uno de los mejores libros de psicología y psicología social de las respuestas a situaciones traumáticas. El texto es, probablemente uno de los mejores libros de psicología del trauma escrito, curiosamente por un químico que sentía repudio por los psicólogos y psiquiatras. *No creo que los psicoanalistas que se han arrojado con avidez profesional sobre nuestros conflictos sean capaces de explicar este impulso.* La aplicación de sus enseñanzas es:

- Aceptar que el hecho traumático es visto como inenarrable y no basar el apoyo en la narración del mismo
- Asumir como axioma terapéutico que no es posible “entender” lo ocurrido. La sensación de alineación debe enfrentarse desde el apoyo, no afirmando gratuitamente que se “entiende” o “imagina” lo vivido por el otro
- Reconceptualizar el repliegue como un movimiento positivo y ver alternativas al mismo que no supongan una amenaza
- Reelaborar un sistema de creencias que sea capaz de integrar lo vivido
- Reconceptualizar la culpa como necesidad de dar lógica y mantener el control
- Considerar todos los elementos de respeto y dignidad como factores clave e irrenunciables en el apoyo a personas que han sufrido situaciones traumáticas
- Dotar de un cierto sentido al absurdo (o aceptarlo como tal) para poder sobrevivir con ello

En toda situación cronificada, como son las secuelas de hechos traumáticos múltiples o muy antiguos, uno de los principales obstáculos de la terapia es lograr que el superviviente se atreva a ser “normal”. Esto entronca no sólo con las seguridades que proporcionan las pautas disfuncionales adquiridas, mitigadoras del impacto emocional del trauma, como con la sensación de alineación respecto al resto de las personas que no han estado en esta situación.

El paciente puede haber construido una serie de hábitos y rutinas en todos los planos de su vida, que aunque le son disfuncionales y le provocan sufrimiento, le permiten sobrevivir. La perspectiva de perder estas pequeñas seguridades construidas en ocasiones de manera dolorosa, puede hacer que la persona repela de manera encubierta el trabajo que se está realizando (Pérez-Sales, 2003).

### *El proceso del afrontamiento*

El diagnóstico de cualquier enfermedad que pone en peligro el bienestar de una persona, origina diversas reacciones psicológicas más o menos adaptativas y no todos los pacientes experimentan las mismas reacciones. El enfermar gravemente puede suponer dos clases de amenaza, una amenaza a la supervivencia y una amenaza a la imagen que el paciente tiene de sí mismo.

Existen diferencias entre los pacientes en cuanto al grado de amenaza que perciben en la enfermedad y respecto de lo que creen que se puede hacer para superarla. Sus sentimientos y sus conductas, dependerán de estas valoraciones. Los patrones de reacción más frecuentes son:

El espíritu de lucha: estos pacientes suelen afirmar: “no puedo detenerme ante la enfermedad”, “trato de llevar la misma

vida de siempre”, “veo mi enfermedad como un desafío”, “intento mantenerme ocupado para no pensar en ello”. Ven en la patología un reto, creen que es posible controlarla con una visión optimista del pronóstico. Se enfrentan a ella buscando moderadamente información, adoptando un papel activo en su recuperación e intentando seguir con su vida habitual. Su estado emocional es positivo, aunque puede experimentar una ligera ansiedad.

La evitación y negación: el paciente puede expresar “me pusieron tratamiento de quimioterapia sólo por precaución”. Este paciente no percibe ninguna amenaza en el diagnóstico de su enfermedad, por lo tanto no se plantea la necesidad de hacer nada especial para curarse y tiene una visión optimista del pronóstico. Su estado emocional es positivo. El inconveniente de esta forma de percibir la enfermedad es que puede eludir las medidas necesarias para tratarla.

El fatalismo o resignación: son afirmaciones típicas en estos pacientes: “Todo está en manos de Dios o del destino”, “He tenido una buena vida, lo que falte será un regalo”. Perciben el diagnóstico como una ligera amenaza, no creen que se pueda controlar la enfermedad y aceptan con dignidad el pronóstico que se realice. Su comportamiento se caracteriza por la ausencia de estrategias dirigidas a resolver el problema, aceptando pasivamente lo que ocurre. Emocionalmente reacciona con serenidad.

El desamparo y la desesperanza: Suelen decir “no puedo hacer nada ante esta enfermedad”. Ven el diagnóstico como una gran amenaza que resulta incontrolable, por lo que tienen una visión pesimista de su pronóstico. Se rinden ante la enfermedad, sin adoptar ninguna estrategia dirigida a hacerle frente. Su reacción emocional es la depresión.

La preocupación ansiosa: algunas afirmaciones características de estos pacientes son “No puedo creer que esto me haya sucedido a mí”, “temo una recaída”. También perciben su enfermedad como amenaza y mantienen un grado permanente de incertidumbre sobre la posibilidad de controlarla; la misma incertidumbre impregna la visión del pronóstico. Suelen recabar información excesiva en su búsqueda de máxima seguridad y con frecuencia recurren al uso de medicinas alternativas. Todos sus pensamientos e ideación giran sobre el problema. Prestan atención excesiva a los síntomas dirigida a detectar cualquier cambio o recaída en la enfermedad. Su reacción emocional es la ansiedad.

Naturalmente estos son patrones de reacción teóricos. En la realidad estos tipos de reacción suelen aparecer entremezclados en un mismo paciente, con características predominantes de algunos de ellos.

La posibilidad de morir es la mayor amenaza que una persona puede experimentar, pero no es la única, enfermar gravemente puede inducir múltiples alteraciones en diversas áreas de la vida de una persona: académica, laboral, familiar y social. Además de los síntomas de la enfermedad, el paciente muchas veces tiene que soportar los efectos secundarios de los tratamientos, que pueden deteriorar sus aptitudes físicas o mentales, cambios en el aspecto físico y cambios en los planos personales y sociales. De la misma forma, según como valoren o interpreten las consecuencias de su enfermedad, los pacientes experimentan diferentes reacciones emocionales:

- Ansiedad: cuando el paciente ve amenazado su bienestar físico o social por la enfermedad
- Ira: si considera que está siendo injustamente atacado por algo o alguien, los pacientes suelen sentir rabia contra Dios, que les dejó enfermar, contra su médico

incapaz de controlar su dolor o contra los familiares por no prestarle el apoyo adecuado.

- Culpa: si el enfermo se responsabiliza a sí mismo de lo que le pasa. Puede creer que es el causante de su enfermedad y que está siendo castigado por algún error o pecado. Puede decir “si no hubiera hecho tal o cual cosa, podría no haber enfermado”.
- Tristeza y depresión: el sujeto experimentara tristeza y desánimo cuando percibe que la enfermedad le ha ocasionado pérdidas de aspectos importantes para él, como la vitalidad o su papel familiar, social o laboral.

En el ámbito medico-biológico se procede al tratamiento físico de la enfermedad y el objetivo prioritario, que es salvar la vida del paciente, suele relegar a un segundo plano el estado anímico de todos los afectados, sin embargo, las emociones son propias del ser humano y como tal tienen un papel fundamental dentro del proceso de adaptación. Las emociones son la vía habitual de expresarnos, de dar respuesta a lo que nos está sucediendo. Algo elemental a tener en cuenta, aunque pueda parecer demasiado obvio, es que cada persona es única y reacciona de una manera única ante diversas situaciones.

En función de cómo cada uno maneje sus emociones y reacciones se dificultará o facilitará la adaptación a todos los cambios que supone la enfermedad. Si intentamos ocultarlas, evitarlas, eliminarlas o no prestarles la atención que se merecen, tarde o temprano, se harán notar y quizás en un nivel donde no podamos controlarlas. Las emociones pueden ser muy útiles siempre y cuando nosotros las manejemos, el problema viene cuando dejamos que sean las emociones las que dominen nuestro comportamiento y pensamiento. Para evitar que esto ocurra, debemos conocerlas y reconocerlas en nosotros mismos, entendiendo que es lo que nos quieren decir. Permitirse a uno mismo

sentir determinados tipos de emociones, es un acto de valentía y de coherencia interna y evita que se vuelvan en contra o que nos dominen. Aunque todas las personas experimentamos diferentes reacciones emocionales, principalmente en los momentos difíciles en los que parece que nuestro estado de ánimo varía de un instante a otro, generalmente las personas tendemos a reaccionar de la misma manera.

La presencia de un padecimiento crónico que acompañará el resto de la vida a una persona, generará necesariamente en éste un proceso de apropiación del mismo, así como una reconstrucción de su identidad. El paso de tener una enfermedad crónica a ser un enfermo crónico, no se da de forma mecánica, implica un proceso de aceptación que permitirá retornar a un equilibrio emocional y social, siempre y cuando sea posible. Se conoce como “acomodación biográfica” (Corbin y Strauss, 1987), al proceso que presenta una persona, una vez que la enfermedad crónica ha hecho su aparición; las dimensiones que conforman esta nueva visión de la biografía personal, son: la concepción de sí mismo, la identidad, el tiempo biográfico, la integración del pasado, presente y futuro del curso de la vida, y el cuerpo (instrumento a través del cual se forman y se integran las respuestas a la nueva situación vital). La combinación de estos elementos lleva a la reconstrucción biográfica, necesaria para vivir, con y a pesar, del padecimiento crónico. Este ajuste biográfico se encuentra condicionado por una serie de elementos de tipo social y cultural, que le darán un matiz propio al grupo o sociedad de pertenencia. Así, a través del proceso de socialización con el grupo de referencia se construirá una nueva identidad, ahora como enfermo crónico, caracterizado en la imagen de sí mismo que la persona transmitirá a los demás. Los componentes de esta imagen, tales como la autovaloración y la propia estima, son reflejo de la valoración que los demás tienen del individuo, del resultado de comparaciones



que el individuo establece y de la aceptación que de sí mismo tiene esa persona.

Vivir con una enfermedad de larga duración, llamada crónica, plantea nuevos retos, la persona aprende a afrontarlos en un largo proceso, un afrontamiento que generalmente no se consigue en un corto periodo de tiempo. Pero entender lo que le ocurre y participar activamente en el cuidado de su salud son variables que le ayudarán a afrontar esos retos.

En la actualidad un considerable porcentaje de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario. Estas patologías varían desde las relativamente benignas, como la pérdida parcial de la audición, hasta enfermedades más graves como el cáncer, los trastornos cardiovasculares o la diabetes. Pero aún más alarmante, desde el punto de vista estadístico, es que la mayoría de las personas desarrollarán alguna enfermedad crónica que, a la larga podrá ser la causa de su muerte (Taylor, 1986).

La enfermedad crónica, como trastorno orgánico funcional obliga a una modificación en el modo de vida del paciente. Una larga variedad de factores ambientales, entre los que se incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, entre otros, junto a factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas afecciones. Asimismo, cualquier enfermedad aguda puede llegar a cronificarse por diversas causas.

Muchas de las enfermedades llamadas crónicas afectan globalmente a la vida de los enfermos (Burish y Bradley, 1983). En estos trastornos, existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, al igual que sucede en el caso de las enfermedades agudas. Con posterioridad, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral

y social, a más de que estas personas deben asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse a un trastorno que les puede afectar toda la vida. Después del diagnóstico, es un momento crucial pues los pacientes pasan por un periodo de crisis caracterizado por desequilibrio físico, social y psicológico (Moss, 1977). Perciben que su forma habitual para afrontar los problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente; y consecuentemente pueden experimentar intensas sensaciones de ansiedad, miedo o desorganización, entre otras emociones.

De la misma forma, durante la fase crítica de la enfermedad se producen en los afectados diversas reacciones adaptativas derivadas de: hacer frente al dolor y la incapacitación, enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos y/o establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios.

Cuando la patología se establece en el tiempo, estas conductas iniciales de adaptación se pueden producir con posterioridad, en distintos momentos y que son comunes a cualquier situación de crisis personal, entre ellas:

1. Mantener un equilibrio emocional razonable
2. Conservar una autoimagen satisfactoria
3. Reservar sus relaciones familiares y de amistad
4. Prepararse para un futuro incierto

Entre las estrategias más utilizadas por los pacientes crónicos para hacer frente a los problemas, se han observado que pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante los primeros momentos; otros pueden por el contrario buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento; y una tercera

estrategia de afrontamiento puede consistir en obtener apoyo emocional por parte de la familia, amigos o profesionales sanitarios.

La mayoría de las personas atraviesan varias fases en el proceso de asumir que padecen una enfermedad crónica y aprender a vivir con ella. El recibir un diagnóstico puede producir muchas sensaciones, como:

1º) Sentirse vulnerable, confuso y preocupado por su salud y su futuro; otros se decepcionan y se compadecen; algunos encuentran injusto lo que les ha pasado y se enfadan consigo mismos y con la gente a quienes quieren. Estos sentimientos, forman parte del principio del proceso de afrontamiento, cada persona reacciona de forma diferente pero todas las reacciones son completamente normales.

2º) La siguiente fase consiste en aprender sobre la enfermedad. Descubren que el conocimiento es poder; cuanto más saben sobre su trastorno, más sienten que controlan la situación y menos les asusta, se les conoce como buscadores de información.

3º) La tercera fase del proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica consiste en tomar las mandos de la situación. En esta etapa la persona se siente cómoda con los tratamientos e incluso con las prótesis que debe de utilizar para llevar una vida más normalizada.

Por ejemplo, una persona con diabetes, puede experimentar un abanico de emociones cuando le diagnostican la patología, pero con el tiempo “controlar” se convertirá en algo secundario en su vida. Si logra un buen afrontamiento, los pasos implicados en el tratamiento de la enfermedad se convertirán en hábitos, en una forma más de cuidar de su cuerpo y mantenerse sano. No existen límites definidos de tiempo para completar el proceso de afrontamiento, el proceso de aceptar que se padece

una enfermedad crónica es diferente en cada persona. De hecho, la mayoría comprobará que tiene las emociones a flor de piel en todas las fases del proceso. Aunque el tratamiento vaya bien, es normal que el paciente en ocasiones, esté triste o preocupado. Reconocer esas emociones y ser consciente de ellas cuando emergen, forma parte del proceso de adaptación.

Una de las variables que determinan la forma en que los pacientes afrontan un proceso crónico son sus “creencias” sobre o acerca de la enfermedad, éstas forman una representación cognitiva de su dolencia que influye en la mejor o peor adaptación a la misma. Esta representación incluye aspectos tales como la identidad, la causa, la duración y las consecuencias de la enfermedad; la identidad se refiere al propio nombre, conceptualización y síntomas; las causas son los factores que el paciente cree que producen la enfermedad; la duración hace alusión a la expectativa acerca del tiempo que permanecerá afectado por el trastorno; mientras que las consecuencias son las creencias sobre las implicaciones y ramificaciones que tendrá el padecimiento.

Las creencias de los pacientes acerca del origen de su trastorno incluyen factores tales como el estrés, daño físico, el ambiente o el destino. En relación con ello, posiblemente lo más importante es saber a quién o a qué atribuyen los pacientes su enfermedad, si es a sí mismos, a otras personas, al ambiente o a la fatalidad. Autoculparse por una enfermedad crónica es bastante frecuente, muchos pacientes creen que han sido sus propias acciones las causantes de su trastorno. En algunos casos estas percepciones son, en cierta medida correctas (hábitos perjudiciales para la salud, fumar, dieta inapropiada, falta de ejercicio), en otros casos, la creencia en la propia culpabilidad es errónea, como cuando se trata de enfermedades con una base genética clara.

No existe una respuesta clara, ni definitiva, a la cuestión de cuáles son las consecuencias de la “autoculpabilidad”. Algunos autores sugieren que el sentirse culpables de la propia enfermedad no es un mecanismo adaptativo puesto que los pacientes se centran en lo que deberían haber hecho para prevenir la enfermedad y no adoptan en consecuencia, medidas eficaces para afrontar la misma en el futuro, otros por el contrario, sostienen que el hecho de culparse puede ser adaptativo. Percibir la causa del trastorno como propia, puede derivar en que los individuos asuman el control de la enfermedad y afronten la misma de un modo más eficaz. Investigaciones concretas han puesto de manifiesto que el sentirse culpable puede ser una creencia adaptativa para enfrentarse a algunas enfermedades, pero a otras no.

Por lo que se refiere al hecho de atribuir la causa de la enfermedad crónica al ambiente o a la fatalidad, no se han encontrado relaciones consistentes entre este tipo de atribuciones y el ajuste de la enfermedad. Diversos estudios han señalado, por el contrario, que culpar a otras personas de la propia enfermedad es inadaptativo, por ejemplo creer que su afección ha sido causada por problemas con miembros de su familia o compañeros de trabajo, pues puede suponer que la hostilidad no resuelta, desarrollada hacia esas personas, interfiera con los intentos del paciente de adaptarse a su enfermedad. Aquellos estudios que han profundizado en los pacientes que tienen la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, han comprobado que se adaptan mejor a la misma que aquellos otros en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad.

Existen varios tipos de creencias que se pueden desarrollar al intentar controlar una enfermedad crónica:

- a) Creencia de que mediante hábitos saludables es posible prevenir la recurrencia o agravamiento de la enfermedad.
- b) Creencia de que mediante el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de las recomendaciones de los profesionales de la salud, se pueden conseguir control sobre la enfermedad.
- c) Creencia de que se puede ejercer un control directo sobre la enfermedad mediante las habilidades de autocuidado.

Existe evidencia empírica en el sentido de que las creencias de control son adaptativas. Los pacientes de cáncer que creen poseer control sobre su enfermedad muestran con frecuencia mayores niveles de ajuste que los que no tienen tales creencias de control (Llorca, 2005). Sin embargo, las recurrencias de la enfermedad o las complicaciones que pudieran surgir en el curso o desarrollo de la misma, podría tener efectos más negativos en aquellos que han desarrollado fuertes sentimientos de control.

Las creencias de los pacientes acerca de los trastornos crónicos constituyen un importante campo de investigación y de intervención, en un intento de que los pacientes desarrollen un sentido realista de su propia enfermedad y de sus implicaciones. Estas convicciones pueden llevar a los individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir niveles más altos de adherencia a los tratamientos y, en definitiva, a alcanzar una mejor calidad de vida.

### *Resiliencia y crecimiento postraumático*

Aunque la presencia de síntomas psiquiátricos son altamente prevalentes en los individuos que viven con la enfermedad crónica, muchos no muestran grados clínicamente significativos de depresión, ansiedad u otras enfermedades. La capacidad para mantener el bienestar psicológico y el funcionamiento frente a la adversidad de una pérdida, un trauma o una enfermedad médica grave se denomina *resiliencia*.

Este concepto fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por el paidopsiquiatra Michael Rutter, directamente inspirado en el concepto de la Física. El concepto de resiliencia, cada día mas utilizado por los teóricos del pensamiento, hace referencia a la cualidad que tienen los metales de recuperar, sin deformarse su estado original después de sufrir pesadas presiones, es una cualidad de todos los sistemas complejos adaptativos, como las personas. En la opinión conductista de Rutter, la resiliencia se reducía a una suerte de flexibilidad social adaptativa.

El conocimiento se profundizó al trascender al conductismo, con las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto observado a los supervivientes de los campos de concentración, los pequeños de los orfanatos rumanos y los llamados *niños de la calle* bolivianos. La resiliencia en psicología se refiere a la capacidad de las personas o grupos para sobreponerse al dolor emocional de las tragedias para continuar con su proyecto de futuro. Ser resiliente no significa que el individuo nunca experimente ninguna emoción, pensamiento o acción negativos en respuesta a la adversidad o pérdida. Estas experiencias son frecuentes y pueden de hecho formar parte del proceso de resiliencia, pero en los individuos resilientes son transitorias, suceden con emociones positivas y no interfieren de forma importante con el funcionamiento cotidiano.

En este punto, hay que diferenciar el denominado *crecimiento postraumático*, que ha sido definido como los cambios psicológicos positivos que se derivan de una circunstancia difícil, como un suceso traumático o una pérdida, o se producen en respuesta a ella. Se cree que incluye más que la resiliencia, es decir, el crecimiento y mejoría del funcionamiento va más allá que el simple regreso a un grado de funcionamiento psicológico.

La resiliencia comporta dos componentes: resistencia frente a la adversidad o capacidad de mantenerse entero cuando se es sometido a grandes exigencias y presiones, y capacidad de sortear la dificultad o aprender de las derrotas y reconstituirse creativamente transformando los aspectos negativos en nuevas oportunidades y ventajas.

Se observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufren enfermedades o padecimientos de algún tipo, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta salían fortalecidos de ella. El trabajo que dio lugar a este nuevo concepto fue el de Werner (1992), quien siguió durante más de treinta años hasta su vida adulta a 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai. Todos pasaron penurias, pero una tercera parte sufrió además experiencias de estrés y/o fue criado por familiares disfuncionales con peleas, divorcios, alcoholismo o enfermedades mentales. Muchos presentaron patologías físicas, psicológicas y sociales, como se esperaba tras estos factores de riesgo, pero ocurrió que muchos otros lograron un desarrollo sano y positivo, estos sujetos fueron definidos como resilientes.

Además como casi siempre que hay un cambio científico importante, se formuló una nueva pregunta que funda un nuevo paradigma: ¿Por qué no enferman, los que no enferman?. Se observó que todos los sujetos que resultaron resilientes tenían



por lo menos una persona, familiar o no, que los aceptó de forma incondicional, independientemente de su temperamento, su aspecto físico o su inteligencia. Necesitaban contar con alguien, y al mismo tiempo sentir que sus esfuerzos, su competencia y su autovaloración eran reconocidos y fomentados y lo tuvieron. Eso es lo que marcó la diferencia. Werner dice que todos los estudios realizados en el mundo acerca de los niños desafortunados, han comprobado que la influencia más positiva para ellos es una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo. O sea que la aparición o no de esta capacidad en los sujetos depende de la interrelación de la persona y de su entorno humano.

A partir de esta constatación se trató de buscar los factores que resultan protectores para los seres humanos, mas allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueron detectados, describiéndose los siguientes:

**Autoestima consistente:** es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

**Introspección:** es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro.

**Independencia:** se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio problemático, la capacidad de mantener una distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con abstracción de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

**Capacidad de relacionarse:** es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una

autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento, si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

Iniciativa: se considera el gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

Humor: o la capacidad de encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

Creatividad: entendida como la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y del desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

Moralidad: entendida como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y a la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

Capacidad de pensamiento crítico: es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre. El sujeto se propone modos de afrontarlas y/o cambiarlas y llega a esta solución a partir de realizar una crítica del concepto de adaptación positiva, que en la literatura anglosajona se considera como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2004).

Boris Cyrulnik (2001) ha realizado aportes sustantivos sobre las formas en que la adversidad hiera al sujeto y provoca el estrés que generará algún tipo de enfermedad y padecimiento. En los casos favorables el sujeto producirá una reacción resiliente que le permite superar la adversidad. Su concepto de *oximoron*, describe a la escisión del sujeto herido por el trauma, permitiendo avanzar aún más en la comprensión del proceso de cons-

trucción de la resiliencia. Este concepto lo describe Edward Bibring (1943), y a diferencia de los mecanismos de defensa, apunta a la realización de las posibilidades del sujeto en orden a superar los efectos de un padecimiento. El oximoron revela el contraste de aquél que al recibir un golpe, se adapta pero dividiéndose: la parte de la persona que ha recibido el golpe sufre y produce necrosis, mientras que la otra parte mejor protegida, aún sana, pero más profunda, reúne con la energía de la desesperación, todo lo que puede seguir dando un poco de felicidad y sentido a la vida.

Por todo ello, si bien hay autores que han traducido resiliencia como elasticidad, el actual concepto no supone nunca un retorno “ad integrum” a un estado anterior a la ocurrencia del trauma o la situación de adversidad: “ya nada es lo mismo”. Freud ya afirmaba que el largo camino del psicoanálisis se debía a lo difícil que puede ser cambiar las circunstancias del sujeto. Si esto fuera posible, se podría ahorrar tan prolongado esfuerzo. Pues bien, el desarrollo de la resiliencia requiere justamente un cambio en las circunstancias del sujeto si se le permite contar con el auxilio de otro humano, que genera y/ o estimula las fortalezas de su yo, favoreciendo sus defensas y su capacidad de sublimación. Si el mundo externo produjo una implosión traumática en el sujeto, el auxilio exterior de otro puede restituir la capacidad de recuperar el curso de su existencia. La resiliencia representa una base de apoyo muy positiva para la salud mental.

### *La personalidad resistente*

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los

autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos, parecían tener unas características de personalidad que les protegían.

Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte de la existencia, y en general, se considera que es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto.

El concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo. La psicología clínica históricamente ha focalizado sus estudios en la psicopatología por un lado y por otro en propuestas experimentales de laboratorio. Desde hace aproximadamente dos décadas se está perfilando un área nueva, la Psicología Positiva. En ella, el concepto de resiliencia se constituye el eje central de la salud mental y apunta a la capacidad humana para enfrentarse, sobreponerse y salir fortalecido por experiencias de adversidad.

El positivismo es un área que se concentra en estudiar:

- a) Las emociones positivas, tales como la seguridad, la esperanza, la confianza, la capacidad de perdonar... Según algunos estudios, el desarrollo de emociones positivas es mejor para afrontar los momentos adversos de la vida, que la angustia, la ansiedad o el resentimiento.
- b) Los rasgos positivos, que incluyen las fortalezas, virtudes y habilidades generales como la inteligencia o la capacidad artística. Dentro de estos rasgos se consideran el valor, la objetividad, la integridad, la equidad, la bondad y la lealtad, entre otros.

- c) Las instituciones positivas, serían la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas. Trata de conocer y estudiar los factores que promueven y conforman la salud psíquica. Uno de los objetivos últimos de esta teoría es comprender de modo científico la felicidad, término que fue tema de la filosofía y de las religiones de todos los tiempos (Seligman, 2003).

Estos temas en realidad lo desarrollaron los filósofos y las distintas religiones: Séneca, Aristóteles, Budismo Zen, Epicuro, Russel... Sin embargo, una aproximación más científica, que implica investigaciones más controladas nos lleva a Víctor Frankl (1996), y a su *sentido de la vida*. En esta línea, nos gustaría dejar reflejado el concepto del *sentido de la coherencia*, desarrollado por Antonovsky (1979), más relacionado con una perspectiva de vínculo con lo que uno hace, con sensación de continuidad y coherencia vital, de proximidad con los demás y satisfacción vital como elementos de fortaleza frente a la adversidad.

La realidad nos muestra que el simple hecho de vivir es estresante, las situaciones ansiógenas y conflictivas son comunes y habituales. Sin embargo, hay personas que normalmente despliegan una serie de recursos y habilidades para llevar adelante la vida cotidiana, sin estrés. Es necesario conocer con mayor precisión metodológica las variedades que hacen posible un desarrollo sano, porque la capacidad de sentir bienestar, es inherente al hecho de estar vivos.

## REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA CRONICIDAD

*No hay música más grande ni más sublime que el silencio, pero somos muy débiles para entenderla y sentirla.*

(Unamuno 1864-1936)

*En el punto donde se detiene la ciencia, empieza la imaginación.*

(Jules de Gaultier, 1858-1942)

*Allí donde usted nada, ella se ahoga*, es el diagnóstico que hizo Carl Gustav Jung (1875 – 1961), de la hija de James Joyce y realmente, la verdad no necesita ser conocida para ser verdadera, como decía Frege (1848-1925), pues lo que cambia es nuestro grado de conocimiento. Por eso la ciencia cambia de idea, perfecciona, amplía o reduce el campo de aplicación de ciertas hipótesis dependiendo de nuevas investigaciones. Paul Boghossian (2009) está en contra del relativismo y del construccionismo; el primero postula que la verdad es situacional, relativa a la cultura, al tiempo y si se extrema al individuo; el segundo entiende la verdad como una invención apoyada en una epistemología aleatoria según los intereses y las necesidades. La verdad se construye y, desde Platón hasta la ciencia moderna, se afirma es condición necesaria para el mundo, pero no la verdad con mayúscula que apela al sentido trascendente de lo religioso y que otorga al individuo una explicación o una fe en un postulado refractario a la crítica. Se apela a la verdad en

minúscula, ya sea en la ley de Newton, la teoría de la evolución o la constatación de los atentados de las torres gemelas de New York. Los análisis lógicos de Boghossian nos llevan a admitir que hay hechos que son objetivos, independientemente de la mente.

El pensamiento se define como la acción y el efecto de pensar; mientras que pensar es el establecimiento de nexos y conexiones asociativas entre diferentes ideas o conceptos. Tal es así que todo pensamiento habitual, cotidiano, consiste en varios pensamientos simples entramados. En efecto, los pensamientos son inseparables y forman una trama continua, una inmensa red de interacciones; unos se remiten sobre los otros y cada cual implica al otro y, se adaptan y cambian para ajustarse a las exigencias del entorno. En realidad, solo se tiene un gran pensamiento con muchas ramificaciones (Batesson, 1998).

El pensamiento está situado, enraizado, dentro de las particulares circunstancias sociales, culturales, institucionales e históricas del propio pensador. En otras palabras, el pensamiento está condicionado por un conjunto de factores, como son: la propia experiencia pasada, las generaciones previas, la sociedad actual, el grupo étnico de pertenencia, la religión imperante, el lenguaje utilizado, los medios de comunicación, la educación recibida y las circunstancias del momento. De aquí que los términos, modo de pensar, paradigma, perspectiva y visión del mundo, muchas veces sean sinónimos (Batram, 2001).

Gracias a la aproximación sistémico-cibernética se puede pasar desde el presupuesto de la simplicidad al de la complejidad, y desde el presupuesto de la estabilidad hacia el de la inestabilidad. Este tipo de pensamiento posee una estructura dinámica siempre abierta, en permanente construcción y reconstrucción que se auto-organiza a partir de sus nuevas conexiones y relaciones. Como habitualmente se encuentra en estado de

equilibrio inestable, todo nuevo concepto o idea modifica las anteriores y/o posibilita la generación de discontinuidades y cambios bruscos, estallidos ocasionales que el entorno confirma o refuta, conserva o destruye, o sea selecciona. Por eso el nuevo pensamiento debe afrontar y aceptar lo difuso, lo borroso, lo inesperado, lo imprevisible, la incertidumbre y la contradicción.

Por otro lado, los pensamientos están profundamente entrelazados con los sentimientos y las acciones. Lo que uno piensa influye directamente en como uno siente y actúa, de la misma forma que un pensamiento y una acción modifican los sentimientos, los sentimientos generan variaciones en los pensamientos. A decir verdad, la experiencia humana es un único movimiento, un todo indivisible, no existe separación. Sólo desde el punto de vista pedagógico pueden distinguirse procesos diferentes. De esta forma, primero aparece la sensación, la cual conduce a un sentimiento-pensamiento y a un estado de ánimo, para finalmente concluir en una acción. Pero también cada acción genera un sentimiento-pensamiento y muchas veces aparece una emoción; de la misma forma, cada emoción puede influir sobre el modo en que la persona piensa, siente y actúa. No se debe de olvidar que, evolutivamente, las sensaciones y las emociones son anteriores a los sentimientos y a los pensamientos. El propio Andersen (1805-1875) cuando recordó su infancia, empezó contando como su padre un zapatero de 22 años, había construido su cama matrimonial con los tablones negros de un catafalco desechado. ¿Como no pensar que la presencia constante de la muerte en sus relatos está evocada por ese mueble, esa cama enlutada, que fue ataúd antes que lecho nupcial?

Este proceso en el que se implican sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos, nos permitirá entender como el diagnóstico de una enfermedad crónica produce con frecuencia



un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen inasequible que los pacientes puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida. Así, pueden hallarse como insensibilizados e incapaces de reaccionar ante la nueva situación. Las emociones que con mayor frecuencia surgen en esta fase inicial de desorientación son la negación y el miedo, más tarde pueden aparecer la depresión y la ira.

Enfrentarse a un diagnóstico crónico de gravedad es una situación inesperada que supone un cambio importante en el proyecto vital. La forma en que cada diagnóstico afecta a cada persona es diferente porque cada uno tiene una particular forma de ser, un modo diferente de hacer frente a los problemas, un conjunto de creencias y valores, y una forma determinada de ver el mundo y, por tanto, también es única la forma en que cada uno afrontará la enfermedad. Así pues, hay tantas reacciones como personas, pero las emociones que generalmente sentimos las personas ante estas situaciones suelen ser comunes a todos nosotros.

¿Es posible sentirse bien cuando le acaban de decir que tiene cáncer?, obviamente no. Lo más probable es que ante esta situación aparezcan emociones negativas, pues nadie está preparado para recibir esta noticia, son sentimientos naturales y normales que poco a poco se irán debilitando. Se necesita tiempo para asumir lo que está pasando. Algunas personas manifiestan nerviosismo, agitación e ira; otras se sienten tremendamente tristes, o se encierran en sí mismas. En general, el enfermo puede experimentar, entre otros sentimientos, tristeza, cólera, miedo, confusión y desesperanza.

Tras la fase del diagnóstico, las personas sienten rabia y miedo a sufrir y les embarga un temor con respecto a su futuro.

No es raro que se pregunten si van a morir, porqué les ha ocurrido a ellos, porqué la vida les ha tratado así, y se considera dentro de la normalidad el que se hagan tales estas preguntas. Se pueden sentir desesperanzados y tristes, desde luego, es difícil sentirse optimista en una situación así. La sensación de incertidumbre e inseguridad respecto a lo que pueda ocurrir es la que probablemente caracteriza mejor que ninguna otra la experiencia del cáncer.

También es frecuente que se sientan culpables por no haberse dado cuenta antes o por haber podido hacer algo que provocase el acontecer de una u otra enfermedad. Es muy importante que se les recuerde que no es culpa suya, que la enfermedad, sea la que sea, es consecuencia de la combinación de múltiples factores y que no deben confundir estas reacciones y temores con un problema psicológico; es recomendable advertirles que todas estas emociones son normales y que poco a poco se irán debilitando como parte del proceso de adaptación. En este momento quizás sea conveniente comunicarles que las tasas de supervivencia son cada vez mas elevadas y que cerca de 8.4 millones de personas con cáncer viven en este momento.

En suma, sabemos que las personas se expresan emocionalmente en tres niveles: sentimientos, pensamientos y comportamientos, y que cada uno de estos niveles influye en los otros dos. Ante un determinado diagnóstico, los pensamientos pueden provocar sentimientos de tristeza que a la vez impedirán realizar actividades agradables, por lo que el estado de ánimo bajará. Es muy fácil entrar en este círculo vicioso que puede llevar a la persona a sentir rabia o deprimirse. En el fondo, esta actitud puede estar escondiendo miedo a no recuperarse y, a su vez, influye en la actitud actual. Los médicos deben estar especialmente atentos cuando perciben que el paciente experimenta una emoción que es mucho más intensa, mucho más

duradera y mucho más frecuente, pues son señales de alerta para poder conocerlos y entenderlos mejor.

### *La negación*

La negación consiste en ignorar total o parcialmente una información desagradable o no deseada y vivir la vida como si aquella no existiera. Es un mecanismo de defensa que los psicoanalistas relacionan fundamentalmente con la depresión, pero es apreciable en otras patologías, la ansiedad entre ellas, y aún en la vida cotidiana. La persistente negativa a verse influido por las evidencias de la realidad, también es un indicativo de que el mecanismo de la negación está activado. La negación en el contexto de la enfermedad no se considera efectiva, ya que el individuo deja de desarrollar un afrontamiento apropiado como es el buscar la atención necesaria.

Las personas que usan la negación o la evitación, como forma de afrontamiento experimentan un mayor alivio emocional en la primera situación amenazante de un proceso morboso, pero pagan por ello, manifestando una vulnerabilidad continuada en las siguientes etapas. Por otro lado, el individuo que se enfrenta a la amenaza de forma vigilante, resulta más trastornado al principio, pero en las ocasiones siguientes experimenta menos perturbación, puesto que se halla mejor preparado para dominar las demandas de la situación. Por ejemplo, en diversos estudios, los pacientes que mostraron poca o nula desconfianza antes de la intervención quirúrgica, presentaron mayores trastornos post-operatorios que los pacientes que habían expresado un normal grado de vigilancia y ansiedad antes de ser intervenidos.

El uso de cualquier forma de negación y los procesos de afrontamiento que la integran, implica falta de esperanza en

poder cambiar la situación objetiva. En este sentido, la Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1975) ha servido para poner en evidencia los múltiples efectos del fracaso adaptativo.

En casos extremos, el afectado puede pensar que realmente no está enfermo, a pesar de que le hayan proporcionado una información muy clara sobre el diagnóstico. En nuestro quehacer cotidiano como psicooncólogo es evidente la permanencia de este mecanismo que se disuelve rápidamente en las recaídas o aparición de metástasis.

En un principio se pensó que la negación era un elemento primitivo y que sólo por poco tiempo podía enmascarar la ansiedad de los pacientes. Sin embargo, en la actualidad las investigaciones han puesto de manifiesto los posibles beneficios de este mecanismo de defensa, así como de los problemas que conlleva. El que la negación resulte beneficiosa o no, va a depender fundamentalmente de la fase de la enfermedad en la que sea utilizada por los pacientes.

Cuando la negación de las implicaciones de los síntomas ocurre antes del diagnóstico, puede ser un obstáculo para acceder al tratamiento de una forma más rápida (conductas de retraso). El papel de la negación en estas conductas de retraso ha sido bien documentado en enfermedades como el cáncer y los trastornos coronarios, y se pueden citar casos notorios como Freud, Crompton, Oriana Fallaci... Por el contrario cuando ocurre inmediatamente después del diagnóstico (durante la fase aguda de la enfermedad, cuando el paciente permanece todavía en el hospital), la negación puede tener una función protectora, reduciendo los niveles de estrés de los pacientes (Lazarus, 1983). Por último, durante la fase de rehabilitación de la enfermedad, la negación suele tener efectos adversos, sobre todo si interfiere con la búsqueda de la información necesaria para el tratamiento y el autocuidado. El papel activo que el paciente crónico

debe desempeñar en todas las conductas relacionadas con el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y con el cuidado de su enfermedad, puede verse seriamente obstaculizado por esas actitudes.

Así pues, la negación no puede calificarse como inherentemente positiva o negativa, debe tenerse en cuenta el contexto y, sobre todo, desarrollar principios que especifiquen las condiciones bajo las cuales los procesos de negación pueden tener consecuencias favorables o desfavorables. Lazarus y Folkman (1984) ofrecen las siguientes consideraciones:

1º.- Cuando no hay nada constructivo que pueda hacerse para vencer el daño o la amenaza, es decir, cuando no exista una acción directa importante, los procesos de negación contienen el potencial necesario para aliviar el grado de trastorno producido por la situación, sin alterar el funcionamiento del individuo o producir un daño adicional.

2º.- La negación puede ser adaptativa con respecto a determinados aspectos de la situación, pero no en su totalidad. Los pacientes que sufren diabetes pueden negar la gravedad de la situación siempre y cuando continúen atentos a su dieta, a su nivel de actividad y a la dosis de insulina.

3º.- Miller (1980) señala que en situaciones sujetas a cambio, es decir, que pasen de incontrolables a controlables, la estrategia optima puede ser aquella que reduzca la activación sin impedir por completo el procesamiento de la información externa referida a la amenaza. Sin embargo, en las situaciones crónicamente incontrolables e intercambiables, la estrategia a elegir puede ser aquella que reduzca de forma efectiva tanto el nivel de arousal (alerta generalizada), como el procesamiento concomitante de la información captada del entorno.

4º.- La cronología de la negación como proceso de afrontamiento puede ser una cuestión de importancia. La nega-

ción puede resultar menos perjudicial y más afectiva en las primeras fases de una crisis, en una enfermedad súbita, en una incapacitación o en la pérdida de un ser querido; es decir, cuando la situación ya no puede afrontarse en su totalidad, más que en fases posteriores.

### *El bovarysimo*

En ocasiones las alteraciones de la verdad son inconscientes e involuntarias, se distingue pues, de la mitomanía y de la mentira. Algo parecido al delirio de imaginación podrá verse en su miniatura neurótica en el Bovarysimo de Jules de Gautier (filósofo francés 1858-1942, cuyo pensamiento está muy influido por Arthur Schopenhauer, interesado en la obra del novelista Gustave Flaubert), que lo define como la posibilidad de concebirse como una persona distinta de la que se es y de concebir el ambiente como distinto del que es; consecuencia de cierto estado de insatisfacción crónica. El individuo desprecia la realidad y se propone objetivos inaccesibles, el consiguiente fracaso es naturalmente previsible y constituye el objeto de una dramatización.

A este respecto, Jules de Gautier representa la personalidad como un punto del que arrancan dos rectas: una vertical es el eje de lo posible, del potencial natural; la otra, divergente, es el eje de los objetivos, de los proyectos, de la fijación. Cuando el ángulo que separa las dos líneas (índice bovárico) es pequeño, se progresa; cuando es grande, hay peligro de un fallo de la personalidad (Pelicier, 1979; Llorca, 1985).

### *La ansiedad*

La ansiedad se considera como la manifestación de un estado emocional en el que el individuo se siente inquieto, nervioso, tenso y atemorizado por preocupaciones, a menudo concretas, aunque no siempre están definidas. La ansiedad es una señal adaptativa de alerta, advierte del peligro y permite a la persona tomar medidas contra una amenaza. Actualmente, los términos de ansiedad y angustia se utilizan de forma indistinta y se diferencian del concepto de miedo, que sería una respuesta normal y socialmente aceptada ante un peligro identificado en el ambiente.

Para el clínico, la distinción más importante es la que se establece entre ansiedad normal y patológica. La patológica sería de gran intensidad, con deterioro psicosocial, síntomas somáticos acentuados; afecta a la libertad del individuo y ocurre en el plano de los sentimientos vitales. La sospecha de padecer un cáncer es una voz de alarma por su significado socio-cultural y por su asociación con las amenazas e incertidumbres que origina. Basándonos en distintas clasificaciones podemos establecer la lista de las amenazas más frecuentes que son: a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a las pruebas diagnósticas, a los tratamientos, a no comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a modificar el concepto del tiempo o a perder la intimidad física y psicológica, entre otras (Matías y Llorca, 1995).

La ansiedad, en general, se caracteriza por ser un estado subjetivo de anticipación, temor o aprensión, o una sensación de peligro inminente, asociado a grados diversos de excitación y reactividad autonómicas, originada por una hiperactividad del sistema nervioso y en respuesta a una amenaza potencial, real o imaginaria. Ésta desempeña un papel importante en el

aprendizaje y en la adaptación: cierta cuota de ansiedad es un ingrediente obligado de la vida. En muchos de los casos, se manifiesta como emoción no patológica, que sirve a los procesos adaptativos psicobiológicos al constituir un sistema de aviso-alarma frente a una amenaza, preparando al organismo para la lucha o la huida (Spielberger, 1966). No obstante, un grado muy grave de ansiedad puede constituir un factor de desadaptación que altere la interacción con la realidad (López Ibor Alcocer, 2007).

Enfermar es en sí mismo el proceso de enfrentarse a una amenaza desconocida que afecta a la integridad del individuo, no sólo a la afectación física ya establecida, sino también a la construida por la proyección de temores hacia la vulnerabilidad, la incapacidad, la muerte (a partir de la escasa información formada en gran proporción por creencias cotidianas o procedentes de fuentes no médicas), la incertidumbre ante el pronóstico y hacia la evolución de la enfermedad al proyectarse en un futuro deterioro o incapacidad física, laboral o social. Existen muchos factores que intervienen en este proceso, tales como la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, el contexto sociocultural y la situación vital del mismo.

Generar una comunicación clara y completa, sumado a una buena relación médico-paciente, puede prevenir y aliviar muchos de los temores y proyecciones desproporcionadas que son generadas en la mayoría de los casos por desinformación. Esto es trascendente en los pacientes orgánicos dado que están ansiosos y preocupados por su enfermedad, deben responder a muchas exigencias de la realidad, colaborar con sus médicos y someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos más o menos cruentos y, todo ello requiere un permanente esfuerzo de adaptación y de control de la ansiedad. En general, cuanto más grave



es la enfermedad orgánica y más agudo su desarrollo, mayor será el impacto emocional que provoque.

En cuanto a la situación clínica del paciente, cuando ésta requiera tratamiento intrahospitalario, la dependencia del cuidado médico, así como en situaciones en las que disminuye su autonomía, independencia, control y privacidad, aumenta la sensación subjetiva de vulnerabilidad que no necesariamente es proporcional a la enfermedad en sí misma.

Además del malestar que presupone para el paciente la sintomatología ansiosa y sus complicaciones, pueden afectar la evolución orgánica de diferentes maneras:

Por las mismas variaciones fisiológicas implicadas en sus mecanismos autonómicos, tales como las variaciones en el nivel de catecolamina, frecuencia cardíaca, tensión arterial, consumo de oxígeno, eliminación de dióxido de carbono, gasto cardíaco, que pueden afectar la morbimortalidad al alterar funcionalmente los fenómenos de compensación frente a la patología orgánica

El inadecuado cumplimiento de las recomendaciones o el rechazo de las medidas terapéuticas pueden disminuir la eficacia de los tratamientos indicados.

El rechazo de la realización de pruebas diagnósticas, así como los síntomas ansiosos somáticos agudos durante su realización, pueden dificultar la realización de un adecuado estudio, o en algunos casos, alterarlos llegando incluso a generar falsos positivos.

Las manifestaciones somáticas de ansiedad y otras quejas corporales suelen causar al médico clínico algunos problemas para la evaluación y comprensión de cuadros orgánicos poco claros o para la decisión sobre conductas diagnósticas o terapéuticas (Galindo, 2009).

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la principal nosología psiquiátrica actual, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR, 2002) de la Asociación Americana de Psiquiatría, los codifica en las siguientes categorías:

- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo- compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

Las principales conclusiones sobre su epidemiología concluyen que es una patología frecuente, con una prevalencia del 4-8%, dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, con una edad de inicio entre los 20 y 40 años, se asocia a bajo nivel socio cultural y no existen diferencias transculturales de importancia.

La etiopatogenia puede clasificarse en:

1) Factores biológicos:

- Genéticos: en el trastorno de angustia se ha demostrado como el 50% de los pacientes presenta al menos

un familiar con el mismo trastorno, siendo el riesgo relativo 7-8 veces mayor y, aunque no se conoce el modelo hereditario, la concordancia en monozigóticos es 5 veces superior; sin embargo en el trastorno de ansiedad generalizada no hay agregación familiar, ni concordancia.

- Neuroanatómicos: se supone que en los trastornos de ansiedad las zonas más afectadas son el sistema límbico y el cortex paralímbico; el punto clave se encuentra en la protuberancia, pues es en un núcleo llamado locus coeruleus el que contiene más de la mitad de las neuronas noradrenérgicas del sistema nervioso central y que parece es el responsable de las repuestas neuroendocrinas, cardiovasculares y motoras acompañantes de la ansiedad.
- Neuroquímicos: los neurotransmisores que intervienen en la ansiedad son: la noradrenalina, que aumenta dando muchos de los síntomas (palpitaciones, sudoración, temblor), la serotonina, al inhibir su descarga se produce ansiolisis, y el ácido gamma- aminobutírico (GABA), inhibidor del sistema nervioso central y responsable de la acción de las benzodiacepinas, ansiolíticos más eficaces conocidos, al unirse a sus receptores benzodiacepínicos acoplados a los receptores GABA.

## 2) Factores psicológicos:

- Psicoanálisis: representado fundamentalmente por Freud, del que se extrae que la ansiedad es una respuesta fisiológica a la sobreexcitación del impulso sexual y la

libido, siendo después sustituida por el concepto de señal psicológica de alarma ante situaciones peligrosas, lo que pondría en marcha los mecanismos de defensa.

- Conductistas: afirman que la ansiedad es una respuesta cotidiana a estímulos ambientales específicos y su condicionamiento lleva a una conducta patológica reforzada, al reducir transitoriamente la ansiedad; pese a la efectividad actual de la terapia conductista se considera una teoría insuficiente para explicarla.
- Cognitivismo: comenzando con la figura de Beck se acepta que la ansiedad es fruto de cogniciones anticipatorias de peligros físicos y traumas psicosociales, resultando una interpretación errónea y catastrófica de las sensaciones corporales que se producen en las respuestas de ansiedad normales; se sobreestima el peligro y se infravalora la capacidad individual de afrontamiento.
- Personalidad: más del 40% de pacientes con trastorno de angustia presentan asociado algún trastorno de personalidad; destacan las personalidades del cluster C, evitativa y dependiente, además de las del cluster B, límite e histriónica, y la del cluster A o esquizoide; también se tienen en cuenta ciertos rasgos de personalidad como ser más dependientes, sensibles a críticas y amenazas, sugestionables, impulsivos y la preferencia por ser el centro de atención.

3) Factores sociales: desencadenantes asociados en el tiempo como acontecimientos vitales estresantes, problemas en las relaciones interpersonales, dificultades económicas o laborales, procesos de enfermedad y, en general, cualquier situación que el individuo considere como peligrosa.

Dentro de los sucesos estresantes está la enfermedad crónica, que con anterioridad hemos resaltado que no produce el mismo impacto en todos los individuos, si bien lo más común es que si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza y que genere una reacción emocional de ansiedad. En el caso de un enfermo terminal, la ansiedad se podría definir como un cuadro caracterizado por una sensación de aprensión, miedo o incluso pánico de estar frente a un desastre inminente e inevitable, como es el proceso del fallecimiento, pudiendo relacionarse o no con un estímulo externo. Aunque la prevalencia en los diferentes estudios es variable, se estima que entre el 25- 48% de los pacientes terminales padecen ansiedad (Miovic y Block, 2007).

Las causas de la ansiedad que se enumeran en las distintas guías de cuidados paliativos son (Arranz-Carrillo, 2005; Hernández y Baixauli, 2005):

- Enfermedad terminal avanzada, sobre todo en pacientes que la han sufrido por un periodo prolongado
- Factores psicológicos, relacionados con la muerte y planteamientos existenciales propios de los pacientes que presentan buen estado cognitivo
- Problemas emocionales (sufrimiento, dependencia, temores, soledad, dificultad para hablar de sus sentimientos)
- Factores sociales (económicos, familiares, laborales)

Factores orgánicos, causa más frecuente, entre los que se encuentran efectos secundarios del tratamiento farmacológico (corticoides, broncodilatadores), quimioterapia, radioterapia, complicación de la enfermedad (anemia, sepsis, caquexia, dificultad respiratoria), escaso control de síntomas, síndrome de

abstinencia, enfermedades neurológicas, endocrinológicas, cardiovasculares y metabólicas.

La ansiedad se presenta con dos formas clínicas básicas, como crisis, llamado Trastorno de Angustia y/o como un estado permanente, o Trastorno de Ansiedad generalizado. Los criterios diagnósticos para ambos trastornos según el DSM- IV- TR (2002), son:

- Crisis de Angustia: aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, con 4 o más de los siguientes síntomas, con inicio brusco y con su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o taquicardia
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo
- Sensación de atragantamiento
- Opresión torácica
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Miedo a morir
- Parestesias
- Escalofríos o sofocaciones

- Trastorno de Ansiedad Generalizada:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La preocupación se asocia a 3 o más de estos síntomas:
  - Inquietud o impaciencia
  - Fatigabilidad fácil
  - Dificultad para concentrarse o dejar la mente en blanco
  - Irritabilidad
  - Tensión muscular
  - Alteraciones del sueño
- D. La preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno clínico menor y otros problemas susceptibles de atención clínica o durante un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos de una sustancia o enfermedad médica, ni a trastornos del estado de ánimo o a trastornos psicóticos.

Desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, y con una aplicación más específica para los cuidados paliativos, se diferencia la ansiedad en:

- Ansiedad reactiva: trastorno adaptativo con reacción ansiosa o con reacción mixta: con ansiedad y/o depresión
- Ansiedad preexistente: crisis de angustia, fobias, trastorno de ansiedad generalizada o postraumático
- Ansiedad orgánica: dolor o disnea no controlados, efectos secundarios de la medicación, tumores productores de hormonas, síndromes de abstinencia y alteraciones metabólicas.

Aunque Stiefel y Razai (1994), sugirieron que la ansiedad en cuidados paliativos se debería clasificar en cuatro categorías: situacional, psiquiátrica, orgánica y existencial; una clasificación simplificada, que pretende ser de mayor utilidad en la práctica diaria.

La ansiedad se puede manifestar de tres formas: fisiológica, cognitiva y conductual. La fisiológica se manifiesta con síntomas físicos, taquicardia, disnea e insomnio; que empeoran el estado del paciente terminal. A nivel cognitivo, aparecen pensamientos negativos y distorsionados, miedo, catastrofismo y despersonalización. La ansiedad conductual se muestra con aislamiento, irritabilidad, agitación psicomotriz e hiperactividad (Hollesstein, 2004). Las consecuencias en el paciente se traducen en pérdida de peso, disminución del apetito, cansancio generalizado, dolor y percepción negativa del entorno y de sí mismo que puede derivar en depresión.

El tratamiento se basaría en medidas generales y en el uso de fármacos:

- Las medidas generales engloban la psicoterapia de apoyo, basada en la comunicación con el paciente, recurriendo al cuidador principal y al entorno social, si fuera necesario. Se deben detectar las necesidades principales, favoreciendo la reestructuración cognitiva, para establecer creencias racionales que conlleven



una mejor adaptación y superación dentro de unos límites realistas, pero dosificando la información según el grado de asimilación del paciente. Las técnicas conductuales, relajación y técnicas de imaginación activa o pasiva, también se han descrito como útiles.

- Los principales fármacos que se emplean son las benzodiazepinas, los neurolépticos y los antidepresivos.

En sí misma, la ansiedad no es patológica, pero resulta anormal cuando es excesiva, desajustada e incongruente con respecto a la situación que la motiva, y se transforma en problemática cuando interfiere en la capacidad diaria del sujeto. Por otro lado, se puede considerarse como un hecho natural pues, ante la muerte inminente, la persona experimenta gran preocupación por su enfermedad, el tratamiento, las necesidades propias y las de su familia, e incluso, puede ser el resultado de una alteración subyacente, por ejemplo dolor u otros síntomas no controlados. Los límites de la ansiedad son imprecisos y pueden confundirse con términos como miedo, estrés, angustia o sufrimiento.

### *La depresión*

El término depresión como enfermedad hace referencia a algo más que una tristeza normal, sería cualitativamente diferente por ser desproporcionada y, a veces, se manifiesta más por síntomas somáticos que psíquicos. De hecho, la depresión se asocia frecuentemente a patologías orgánicas subyacentes.

La depresión es un síndrome común en el paciente crónico, pero el principal problema para su manejo es llegar a su diagnóstico, pudiendo definirse como un sentimiento de tristeza patológica, inaccesible al razonamiento lógico. Se asocia a una

reducción funcional y social que impacta negativamente sobre el paciente y los familiares, alterando la calidad de vida hasta el punto de estar detrás de muchas peticiones de eutanasia y casos de suicidio asistido. Existen evidencias de la asociación de depresión con una menor supervivencia y empeoramiento de síntomas como astenia, insomnio, dolor, anorexia y úlceras de decúbito (Hotopf y cols., 2002).

La OMS establece la prevalencia de la enfermedad depresiva en población general en el 3%. La estimación de riesgo de depresión durante el ciclo vital para los hombres oscila entre 4,2-8% y en las mujeres entre el 6-28%. Se estima que la prevalencia en Atención Primaria es superior a la de la población general estando por encima del 10%.

La clasificación de DSM- VI- TR para trastornos del estado de ánimo, dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, distingue entre:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único
- Trastorno depresivo mayor, recidivante
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

Como factores favorecedores para la aparición de la depresión en los pacientes crónicos que ven amenazado su tiempo vital, se distinguen la soledad y el aislamiento, la falta de tiempo para concluir asuntos, la reducción de comunicación con el entorno, alteraciones en la imagen corporal y de las relaciones personales, descontrol de síntomas y, por último, el temor a la muerte.

Por otro lado, el principal factor de riesgo para desarrollar una depresión mayor, es tener antecedentes de depresión, aunque también añadirían vulnerabilidad los antecedentes familiares,

el abuso de sustancias, padecer determinadas neoplasias con tendencia a la depresión (páncreas, neurológicos y de cabeza y cuello) y la exposición a determinados tratamientos (farmacológicos, especialmente quimioterapia).

El diagnóstico de depresión requiere que nos centremos en la clínica emocional específica de este trastorno, excluyendo los derivados de la enfermedad subyacente o de los tratamientos. Es crucial saber que aunque los pacientes expresan tristeza ante su proceso de adaptación a la enfermedad, no todos han de desarrollar un cuadro clínico de depresión. Como aspectos diagnósticos clave se establecen (Arranz-Carrillo, 2005; Hernández y Baixauli, 2005):

- Ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi a diario
- Reducción significativa del interés o placer en casi todas las actividades
- Pérdida o aumento significativo de peso
- Insomnio o exceso de sueño
- Agitación o retardo psicomotor
- Cansancio, entendido como pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad
- Alteración en la capacidad de concentración o falta de decisión
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Cinco de los síntomas durante dos semanas y al menos uno de los dos primeros conllevan el diagnóstico de depresión.

El espectro clínico se puede encuadrar en estas entidades:

Depresión Reactiva: ajuste con curso deprimido de más de dos semanas de duración, capaz de interferir en la vida diaria del individuo

Trastorno Depresivo Mayor: síntomas graves y estado de ánimo incongruente con la enfermedad, con mala respuesta al apoyo psicológico y se correlaciona con un deseo de muerte

Trastorno Depresivo Orgánico: presencia de confusión aguda (delirio) o demencia temprana acompañadas de ilusiones y alucinaciones con síntomas de depresión psicótica, causado por alteraciones metabólicas, endocrinológicas, metástasis cerebrales, síndrome paraneoplásico, fármacos y radioterapia/quimioterapia

Al hablar de la etiología de la depresión, y dando por hecho la multicausalidad, se distinguen tres grandes áreas:

- Biológica: varios estudios han demostrado que los familiares de pacientes depresivos padecen depresión con el triple de frecuencia que la población sana. En la etiología se han implicado neurotransmisores, como la serotonina y noradrenalina, pues se han observado descensos de los niveles de algunos de sus metabolitos; en cuanto a los aspectos neuroendocrinos se ha observado una elevación de cortisol y una respuesta escasa de la hormona estimulante de tiroides.
- Psicológica: se relacionan con algunos rasgos de personalidad como baja autoestima, relaciones personales dependientes e inmaduras, además de un marcado nivel de desesperanza.
- Social: se relaciona el estrés con el comienzo del cuadro depresivo, llegando a aumentar la probabilidad de padecerla hasta seis veces, teniendo los eventos estresantes mayor importancia si ocurren de forma temprana

y en los primeros episodios depresivos, siendo después más independientes de los acontecimientos externos; por otro lado, el escaso apoyo social se ha relacionado con mayor riesgo de inicio y peor pronóstico. El tratamiento se basa, en un primer momento en la aplicación de fármacos antidepresivos, tricíclicos y especialmente los inhibidores de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina y los psicoestimulantes. Es interesante que sea coincidente con la psicoterapia de apoyo basada en una relación médico-paciente adecuada, en un clima de cooperación y diálogo, con un intercambio de información adecuada, con empatía, poder disponer de la colaboración de la familia y poder establecer objetivos realistas.

Además actualmente las dos técnicas que se emplean con mayor frecuencia son: la psicoterapia dinámica, que analizaría los conflictos y establecería mecanismos de defensa adecuados con carácter psicoanalítico; y la psicoterapia cognitiva-conductual, más avalada por la bibliografía científica, que aborda las cogniciones negativas estableciendo aspectos didácticos y técnicas de programación, dominio, placer y entrenamiento.

La depresión es uno de los mayores desafíos para la medicina moderna. Está entre las cinco causas de discapacidad en el mundo y será la primera o la segunda en los próximos diez años. El paciente que la padece sufre un gran malestar, merma en su calidad de vida, mayor morbimortalidad, repercusiones sociofamiliares, laborales y conyugales, altos costos directos e indirectos. Por otra parte, no son siempre bien diagnosticadas y con frecuencia inadecuadamente tratadas.

Al igual que la negación, la depresión puede ser beneficiosa en relación con algunas de las implicaciones del tratamiento,

al mismo tiempo que ser obstáculo para otras. Dado que la depresión puede ser una parte esencial del sufrimiento por la pérdida de actividades gratificantes en algunos casos es una reacción preparatoria o concomitante para los reajustes y restricciones impuestos por el régimen terapéutico. Sin embargo, la depresión puede impedir en otros casos que el paciente adopte el papel activo que sería deseable para el manejo de su enfermedad.

En algunos pacientes crónicos la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades. En estos casos, los pacientes pueden requerir una intervención psicológica para tratar este problema.

Hay evidencias que apoyan que la incapacidad y limitación de la actividad predice los síntomas depresivos subsiguientes. La relación es compleja, ya que aunque la salud física y la incapacidad están altamente relacionadas, la incapacidad física predice los síntomas depresivos subsiguientes, aún cuando la salud física esté estadísticamente controlada (Llorca Díez, 2004).

La depresión se asocia con varias patologías médicas crónicas, la autopercepción del estado de salud y la medicación. Existen particulares asociaciones con osteoartritis, artritis reumatoides e ictus, y un menor grado de ligazón con diabetes y alteraciones cardíacas. Existen diversos estudios que sugieren la especial importancia del grado de incapacidad funcional y el control de la enfermedad como factores asociados a un trastorno psiquiátrico. Hay que tener en consideración el efecto de la enfermedad somática comórbida sobre el curso del trastorno depresivo. La enfermedad física está asociada con una duración más larga y un resultado más pobre sobre la depresión; Lipowsky (1985)

ha sido el responsable de atraer la atención médica sobre la importancia de la depresión y otras complicaciones psicológicas en las enfermedades somáticas.

Los términos depresión y melancolía y otros emparentados con ellos, han sido utilizados durante mas de dos milenios en relación con toda una serie de diferentes estados de aflicción. Sentirse melancólico o deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a ser valorados como patológicos, e incluso entonces estos estados afectivos tendrán que ir acompañados de otros síntomas para que sean calificados como tales.

Desde una perspectiva clínica, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad:

La depresión como síntoma, es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad, inutilidad, y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. En un sentido amplio puede ser caracterizado por la vivencia de tristeza o de sentirse deprimido.

La depresión como síndrome, agrupa a un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos, tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico.

La depresión como enfermedad, configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome y en la que puede ser delimitada una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

La tristeza asociada con desconsuelos normales o dificultades diarias es diferente a la depresión. Una persona triste o apesadumbrada puede continuar con sus actividades cotidianas

o regulares. La persona deprimida padece síntomas que interfieren con su capacidad para funcionar normalmente por un largo periodo de tiempo.

Una depresión no tratada puede conducir a la incapacidad, empeorar síntomas de otras enfermedades, llevar a una muerte prematura o terminar en suicidio.

Un signo importante de depresión es el alejamiento de la persona de sus actividades sociales regulares. En lugar de explicar sus síntomas como una enfermedad médica, a menudo las personas deprimidas dan explicaciones diferentes tales como: tengo demasiados problemas, no me siento bien o no tengo energía.

En resumen, Tras el estudio multicéntrico clásico de Dero-gatis (1983), que demostraba que el 47% de los pacientes oncológicos presentaban síntomas suficientes como para ser diagnosticados de depresión reactiva, trastornos de ansiedad o ambos. Así pues, el psiquiatra, en la consulta de psicooncología, tiene que enfrentarse a la tendencia común del paciente, la familia y el equipo médico a considerar los síntomas de ansiedad y depresión como parte de la respuesta esperada en una situación de enfermedad grave. La importancia del descubrimiento de un enfoque terapéutico psicofarmacológico, está basada en el hecho de que la mayoría de estas enfermedades psiquiátricas reaccionan bien al tratamiento consiguiendo una mejora en la adaptación del paciente a los cambios derivados de la propia enfermedad orgánica y se eleva su calidad de vida (Spiegel 1996).

### *La ira*



El concepto de ira hace referencia a aquellos sentimientos de violencia, enojo, angustia e indignación generados en torno a situaciones o personas específicas. La ira es para muchos profesionales médicos un sentimiento de descontrol anímico que puede resultar muchas veces en diferentes tipos de violencia, especialmente si no está bien canalizada. Conocida como uno de los siete pecados capitales, la ira es sin duda un instinto que, dependiendo de los casos particulares, puede acercar al ser humano a un estado en el cual el uso de la razón queda bloqueado por los sentimientos irracionales.

La ira es claramente uno de los sentimientos más complejos del ser humano, aunque pueda ser relacionado con instintos casi animales. Siendo esto verdad, la ira puede convertirse en un verdadero problema si no es propiamente canalizada o neutralizada, generando en el individuo diferentes tipos de manifestaciones. Estas manifestaciones pueden ser físicas y pasajeras (como ruborización, acaloramiento, presión alta, palpitaciones hasta violencia), pero también pueden dejar un rastro psíquico a través de la angustia, la ansiedad, la insatisfacción, el enojo y un constante estado de ánimo negativo.

Para la psicología freudiana, la ira es el producto de una falta de amor o de cariño. Además, Freud planteó también en sus escritos la posibilidad de que exista cierta predisposición genética para que un individuo tenga tendencias a sentir diferentes grados de ira ante determinadas situaciones. En este sentido, se cree que la ira entendida como un valor de supervivencia puede transformarse en un elemento positivo si es responsable de llevar al individuo hacia una búsqueda de soluciones y posibles factores de ayuda.

La ira desde siempre ha llamado la atención del ser humano y esta condición ha sido el sujeto de diferentes obras literarias y exploraciones analíticas a lo largo de la historia de la Huma-

nidad. Este interés puede deberse a que los sentimientos de ira son generalmente indomables e inmensurables, poniendo en juego nuestra naturaleza animal y salvaje ante aquello que nos diferencia de las bestias.

La ira es descrita por algunos autores como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad. Kaufman (1970) la define como una emoción que implica un estado de activación física coexistiendo con actos fantaseados o intencionados y culminando en efectos perjudiciales a otras personas; Novaco (1975) enfatiza factores fisiológicos y cognitivos en sus definiciones de ira como un estado emocional, al igual que Schachter (1970).

La ira, como la depresión, suele aparecer después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial de una enfermedad crónica. Los pacientes pueden sentir demasiado miedo durante las primeras fases de la misma como para experimentar ira, de la misma forma que la negación puede bloquear las reacciones hostiles. Sin embargo a medida que la negación y el miedo van remitiendo, el paciente puede empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto, y consiguientemente, experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas normalmente se superan con el tiempo, pero antes de ello pueden generar un intenso rechazo hacia el personal sanitario y el tratamiento.

La mayoría de las enfermedades crónicas, no vienen marcadas por un inicio súbito, sino que lo más característico, es que vengan producidas por una disminución gradual del bienestar físico y psíquico. Tanto el paciente como la familia y todos los que están implicados deben de ser advertidos de que la vida no será como antes, y que sus expectativas de futuro, van a tener cambios para adaptarse a las exigencias de la enfer-

medad crónica (Jahanshahi y Marsden, 1998). En una enfermedad aguda, la mayoría de las personas reconocen que la persona enferma necesita ser tratada como enferma durante un cierto tiempo. Este papel de enfermo le da derecho a dejar sus responsabilidades habituales y ser objeto de cuidados y atenciones. Pasada la enfermedad el sujeto recupera sus funciones sociales, de pareja, familiar, trabajo, amigos. Pero el efecto de una enfermedad crónica sobre la situación social es completamente distinto. Estar catalogado como enfermo crónico, no proporciona un agradable refugio que terminará en una recuperación, todo lo contrario. Se percibe la enfermedad como debilitante, como una amenaza a la propia voluntad de combatir la creciente discapacidad.

El hecho de que muchos pacientes experimenten intensas reacciones emocionales en respuesta a la enfermedad crónica, unido a la constatación de que alguna de estas reacciones ocurren con frecuencia en las fases iniciales, mientras que otras lo hacen más tardíamente, ha llevado a algunos investigadores a hipotetizar que los pacientes van pasando por una serie de etapas para adaptarse a su enfermedad. Sin embargo, los esfuerzos para establecer una secuencia de etapas en la enfermedad crónica no han tenido éxito.

Así pues, las reacciones emocionales asociadas a la enfermedad crónica no ocurren según una secuencia predeterminada, pudiendo aparecer en cualquier momento del proceso de adaptación. No tienen secuencia de temporalidad. Un enfoque más útil para estudiar esas reacciones emocionales es intentar comprender qué emociones ocurren, qué momentos son los más propicios para que ocurran y qué factores determinan su aparición. También es importante averiguar si, para cada enfermedad y tipo de paciente, las reacciones emocionales constituyen un obstáculo o, por el contrario, favorecen los procesos del tratamiento y de la recuperación. Reacciones emocionales

que son, completamente normales y cuya ausencia se encuentra asociada a una recuperación más lenta y problemática.

En resumen, el paciente crónico reconoce sus sentimientos, si bien las emociones pueden no ser fáciles de identificar. Encuentran gran apoyo en especialistas para afrontar el estrés y las reacciones intensas. Algunos se sienten mejorados al unirse a un grupo de apoyo de la misma enfermedad, lo más importante no es necesariamente encontrar a alguien que sea un experto sobre la enfermedad que se padece, sino a alguien que además esté dispuesto a escuchar.



## ADAPTACIONES PERSONALIZADAS

*Para poder vivir, sufrir, reímos, riamos,  
pues, ya que para sufrir nacimos.*

(Unamuno 1864-1936)

### *La personalidad del paciente*

Más que definir los rasgos característicos de un paciente, lo que le interesa al médico conocer es el modo que tiene de enfrentarse a situaciones desfavorables a lo largo de su biografía. Hacer un diagnóstico de personalidad no es tarea fácil para un facultativo no psiquiatra y, en cualquier caso, requiere un determinado tiempo de observación. Sin embargo, en una historia clínica puede averiguarse cuáles han sido los acontecimientos vitales y cómo se adaptó a los mismos. Según sea este patrón de adaptación, puede predecirse si el paciente mostrará o no dificultades psicológicas que excedan la normalidad durante la evolución de su entidad morbosa. Así aquellas personas con una tolerancia baja a la frustración o dependientes de los demás, tendrán una menor capacidad para sobrellevar la angustia que produce la enfermedad.

Pero ¿cómo podemos conocer lo que es una reacción adaptada al proceso de enfermar y distinguirla de otra inadaptada?

Cuando un paciente está grave, su relación con la familia y el personal sanitario es de dependencia total. En ocasiones,

necesita ser alimentado, aseado y cuidado de una forma que recuerda a las atenciones que recibe un bebé. Por su delicada situación, los problemas que plantea el enfermo son perfectamente tolerados por sus cuidadores.

El paciente sufre entonces un proceso regresivo, es decir, vuelve a un tipo de conducta que reproduce los sentimientos y las actitudes de la infancia. Se trata de una estrategia psicológica defensiva para enfrentarse a situaciones comprometidas. Ahora bien, cuando la mejoría aparece la familia y el personal sanitario esperan del enfermo que vaya adquiriendo una independencia progresiva. Esta secuencia, regresión en primer lugar, y actividad paulatina después, es lo aceptado por el entorno que rodea al paciente.

Sin embargo, la citada regresión se presenta en mayor o menor grado en casi todos los enfermos y es indicativa de la angustia que su padecimiento despierta en ellos. En ocasiones, esta regresión es rechazada o incomprendida por médicos y enfermeras, que juzgan fuera de lugar las demandas emocionales de su paciente. No es raro, entonces que se interpreten como caprichos, manías o características inconvenientes de la personalidad del enfermo, lo que es solamente una estrategia psíquica defensiva contra la angustia.

No obstante, hay que hacer notar que cuando la fase regresiva es mal tolerada o comprendida, pueden aparecer las reacciones inadaptadas. Distinguimos dos tipos de reacciones inadaptadas:

- Reacciones de oposición: se presenta en enfermos que no aceptan las normas institucionales, no colaboran en el tratamiento y sus relaciones con médicos y enfermeras son tensas y dominadas por una actitud permanente de desafío patente. Su conducta se traduce, en forma de rechazo al mundo sanitario y sentimientos

de autodepreciación. Suelen ser personalidades activas y dominantes, acostumbradas a controlar todas las situaciones sociales y vitales. Se sienten culpables por no ser capaces de afrontar con éxito el hecho de estar enfermos y canalizar la angustia y el malestar en forma de hostilidad hacia los médicos. Por otro lado, dicha hostilidad despierta a su vez, un sentimiento recíproco en el personal sanitario, con lo que se establece un círculo vicioso.

- Reacción de ensimismamiento: se trata del un tipo de reacción inadaptada más grave. Aparece en pacientes que, en cierto modo, sienten que han fracasado en su lucha psicológica contra la enfermedad y viven el mundo familiar y asistencial como inhóspito o acusador de su derrota. El paciente opta, entonces por retirarse del entorno y se hunde en sí mismo. Son enfermos aparentemente modélicos que aceptan las normas, los tratamientos, sin embargo, su relación con el personal sanitario es a la par pasiva e independiente y tiene riesgo de suicidio.

Todo terapeuta trata frecuentemente con pacientes que se sienten atormentados ante una decisión, hay algo sumamente doloroso en las decisiones sin tomar. Al estudiar el significado de la decisión, nos llama la atención la diversidad de la respuesta. Las decisiones son difíciles por muchas razones: algunas son obvias, otras son inconscientes y otras, llegan hasta las más profundas raíces del ser (Yalom, 2000).

El supremo mal es que el tiempo es perpetuamente perecedero y siendo real implica eliminación. En palabras de Garder (1982), las cosas pasan, las alternativas excluyen, estas alternativas que excluyen son una de las razones fundamentales de que las decisiones sean difíciles.



Decía Oriana Fallaci el ser entrevistada, que “La supervivencia es una gran motivación”. Esta gran escritora, estudió Medicina en la universidad de Florencia, pero abandonó la carrera para ingresar en Periodismo, y desarrollar su pasión, escribir. En 1968 recibió tres disparos durante una manifestación, uno de los cuales se ubicó cerca de la columna vertebral, lo que la obligó a pasar un tiempo en una silla de ruedas. Autora de muchos libros significativos, entre ellos, “Carta a un niño no nacido” (1975) donde desarrolla sus reflexiones sobre la pérdida de su hijo. De la muerte ha dicho: *la odio; me obsesiona; batallo contra ella*. Lo llevaba haciendo durante los doce años que luchó contra el cáncer. Enfermó en 1991 y el cáncer acabó determinando su aislamiento en su apartamento de Upper East Side de Manhattan de donde salió, diez años después, en un ataque de ira tras los atentados contra las torres gemelas. Fue la enfermedad la que le apartó una larga temporada de la algarazca mediática. Afrontaba una nueva etapa en su vida, era una prestigiosa escritora retirada en Nueva York cuando el derrumbamiento de las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001, despertó su cólera. La misma periodista reconoce que dejó de cuidarse, incluso de hacerse pruebas médicas y de visitar a su oncólogo en esa fatídica fecha, porque necesitaba todo su tiempo disponible para escribir y traducir libros, uno de ellos “La rabia y el orgullo”, un libro iracundo, polémico, con un lenguaje incendiario.

Finalmente “el Otro” la venció, así llamaba Oriana Fallaci en sus libros a su cáncer de mama que comenzó a atormentarla hacía 15 años, muriendo a los 77. En su obra “Oriana Fallaci entrevista a Oriana Fallaci”, había analizado el cáncer moral que devora a Occidente y su propia enfermedad. Escribió que le acechaba la muerte y que no disponía de mucho tiempo para vivir y por el contrario, sí quería contar muchas cosas. No tenía miedo a la muerte, aunque le producía una especie de

melancolía: “Me desagrada morir, sí, porque la vida es bella, incluso cuando es fea”.

A pesar de que el médico no podrá predecir exactamente como responderá al tratamiento, porque la respuesta varía considerablemente de una persona a otra, el hecho de saber como reaccionan algunas personas puede ayudar a prepararle mental, emocional y físicamente para el final. En esta etapa, al enfermo las emociones de los demás pueden parecerle una carga adicional, cuando por descontado, no son culpa de nadie.

Ahora bien, cuando se tiene que vivir con una enfermedad crónica, a veces puede resultarle difícil querer a su cuerpo. Cuando se está cansado de estar enfermo, no de la enfermedad, puede ayudar mucho expresar su frustración o su tristeza a un oído comprensivo. Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, paciencia apoyo y ganas de aprender y de participar en el cuidado de su propia salud. Los que se tienen que enfrentar a retos inesperados a menudo descubren una capacidad de adaptación y una resistencia que antes no imaginaban que pudieran tener, por ejemplo así inicia su último libro Oriana Fallaci “Un sombrero lleno de cerezas” (2009):

*Entonces, cuando el futuro se había vuelto muy corto y se me escapaba de entre los dedos con la inexorabilidad con que cae la arena en una clepsidra, me sorprendía con frecuencia pensando en el pasado de mi existencia: buscando allí las respuestas con las que sería justo morir. Porque había nacido, porque había vivido, y quien o que había plasmado el mosaico de personas que, desde un lejano día de verano, constituía mi Yo.*

El Doctor Sigmund Freud media 1,70 metros de estatura, vestía trajes oscuros hechos a medida y chalecos con dibujos de fantasía; caminaba siempre erguido, en la vejez una severa escoliosis le curvó la columna. Todos los días le arreglaban el cabello y la barba. Era un incansable fumador de puros. Al final

de sus días, la cara se le había ido deformando al implantarle una prótesis en la mandíbula, como resultado del cáncer en la mucosa de la cavidad bucal. Treinta y tres operaciones soportó el estoicismo del judío-vienés. Una sobrecogedora sensación de valentía y resistencia. La mirada penetrante sobrecogía a sus discípulos más asiduos, estrechaba la mano a sus amigos con gran brío, como si fuera un patriarca. Cuando sentía afecto por alguien, era el más cercano y atento de los interlocutores, por el contrario, se mostraba siempre distante y ajeno a los demás visitantes.

Lector incomparable, recorría los caminos de la literatura universal, conocía a fondo la Biblia y el Talmud y a los clásicos griegos; leyó a Cervantes en español, dominaba a los dramaturgos y ensayistas ingleses, sobre todo a Shakespeare; un especialista en la obra de Goethe, de Nietzsche y Schopenhauer, le fascinaba la historia de Roma, dominaba el conocimiento de la antropología de su tiempo y se convirtió en un escritor con una de las prosas más bellas de la lengua alemana. Murió leyendo *La piel de Zapa* de Balzac, obra que comentaremos más adelante.

Sigmund Freud tuvo que buscar orientación en un mundo sin coordenadas seguras: éste ha sido uno de los más certeros diagnósticos de la crisis cultural vienesa, que tiñó de tensiones esa época (Llorca Díez y Llorca Ramón, 2007). Tenía una idea de la psique humana, que puede leerse literalmente como un mapa de Viena de 1900. Su construcción en tres superficies: el Ello, el Yo y el Superyo, corresponde a la organización vienesa de la casa y de la familia. Tenemos el sótano, sombrío, su antigua intimidad con lo subterráneo y sus húmedos recovecos, sus historias oscuras y sus enigmas indescifrables. Arriba los salones, las habitaciones, los espacios públicos; esa parte de la vida dirigida con orgullo hacia el mundo exterior, un espacio vulnerable, siempre expuesto a la crítica de los otros. Y más arriba el ático, el último piso, desde donde se ejecutan las órdenes de

limpieza y se dictaminan o se imponen los pasos a seguir. Las profundidades sin luz, las áreas para el público y los misterios del almacén de la memoria y de los recuerdos.

Según Freud, así estamos contruidos. Esta arquitectura del modelo psicoanalítico corresponde al modo como está contruida nuestra conciencia, en la que la libido, el deseo sexual, es la fuente de la identidad y su desarrollo. La abundancia en estas casas (los espejos, pulidos o cubiertos de polvo, los paisajes laberínticos, los sótanos oscuros e inaccesibles, las escaleras, las recámaras), pueblan de símbolos las referencias oníricas del psicoanálisis y corresponden sin duda, a los de una casa de la clase media de Viena, como hemos podido comprobar personalmente.

Mientras Sigmund Freud terminaba su obra, “La interpretación de los sueños”, Arthur Schnitzler (1862-1931), estrenó la obra de teatro “El velo de Beatriz” concretamente el 1 de diciembre de 1900 en Breslau (Alemania). Beatriz es la primera de las heroínas de Schnitzler, cuyos deseos se consuman en un sueño. Beatriz, la amante del escritor Filippo Loschi, tiene sueños eróticos recurrentes. Sueña que está en brazos de un duque, a quien vio solamente una vez en la vida y mantiene con él una intensa relación onírica. Filippo abandona a Beatriz porque el engaño en los sueños es, en este caso, tan real como si hubiera sucedido. Schnitzler escribió entonces:

*Pero los sueños son deseos sin coraje, cínicos anhelos que la luz del día arrumbó en el sótano de nuestras almas. Desde allí sale reptando en la noche.*

Unos meses antes de publicar “La interpretación de los sueños” Freud leyó “El velo de Beatriz” y reconoció de inmediato las profundas intuiciones del escritor: *Ha puesto usted*

*en cinco líneas lo que ha mí me ha llevado veinte años de investigación*, le escribió años después a Schnitzler.

La *Peau de Chagrín*, en castellano, “La piel de Zapa” o “La piel mágica”, es una novela de 1831 del novelista y dramaturgo francés Honoré de Balzac (1799-1850). Ambientada en París a comienzos del siglo XIX, la obra cuenta la historia de un hombre joven que encuentra un pedazo mágico de piel o cuero, que satisfacía cada uno de sus deseos. Sin embargo, por cada deseo concedido la piel se encogía y consumía una porción de su energía física.

El tema central del libro es el conflicto entre el deseo y la longevidad. La piel mágica representa la fuerza de la vida de su propietario que se agota con cada expresión de voluntad, especialmente cuando se emplea para la adquisición de la energía. No haciendo caso a la precaución que le aconseja el comerciante que le ofrece la piel, el codicioso protagonista se rodea de abundancia, sólo para encontrarse desgraciado y decrépito al final de la historia. El libro inspiró la ópera de Giseller Klebe (1959), titulada *Die tödlichen Wünsche* (Los Deseos Mortales) y pudo haber influenciado la novela *El Retrato de Dorian Gray* (1890) de Oscar Wilde, donde el protagonista adquiere un retrato mágico que sufre los efectos de la edad mientras él no lo hace.

Al principio del libro el comerciante discute con el protagonista el gran secreto de la vida humana Voluntad, Poder y Saber, la voluntad nos consume, el poder nos destruye y el conocimiento nos calma. Estos tres conceptos forman la fundamentación filosófica de la novela. Sigmund Freud sentía una conexión especial hacia la novela de Balzac, puesto que creía que su mundo estaba encogiéndose como el talismán del protagonista (Von Unwerth, 2006).

Por todo lo comentado, el plan de restablecimiento debe de estructurarse desde el principio, a partir del momento del diagnóstico o del comienzo del tratamiento, sin esperar a que este último se haya completado. De acuerdo con Diezt (1974) se deben considerar cuatro niveles, en función de cada caso concreto, tipo y estadio de la enfermedad, edad, sexo, profesión, familiares y demás factores relacionados con el enfermo:

- Preventivo: cuando se puede prever la incapacidad a la que el enfermo tendrá que hacer frente más adelante y existe la posibilidad de llevar a cabo un adiestramiento previo que disminuya la intensidad del déficit cuando éste aparezca.
- Restaurativo: si se confía en que el paciente tendrá que soportar sólo una incapacidad mínima o temporal.
- De apoyo: si se prevé que el paciente tendrá que enfrentarse a una incapacidad importante, prolongada o permanente, pero donde existe la posibilidad de que realice progresos en el control de su ambiente a través de programas de aprendizaje.
- Paliativo: en el caso de que la enfermedad se encuentre en un estadio avanzado, la incapacidad sea básica y no se disponga de medios para corregirla o compensarla.

Todos ellos conforman un conjunto de intervenciones físicas, conductuales, cognitivas y sociales que se deben de tener en cuenta junto con las características de cada paciente en particular y la posibilidad de efectuar reajustes en su ejecución, en función de los cambios en el curso de la enfermedad y los objetivos del tratamiento.

Un elemento crucial de estos programas, es el papel activo que debe de desempeñar el paciente como copartícipe de su

propia rehabilitación. No es algo que se le hace al paciente, sino que se lleva a cabo con su plena participación y colaboración.

Por desgracia este enfoque integrador, constituye la excepción y no la regla. Aunque suele prestarse atención a la rehabilitación física de los pacientes, habitualmente los aspectos psicológicos y sociales de la misma son tenidos en cuenta sólo de una forma superficial. Queda pues un cierto camino por recorrer hasta que todas las personas que sufren trastornos o enfermedades crónicas puedan beneficiarse de una rehabilitación integral.

### *La dimensión antropológica de cuidar*

Los cuidadores, que frecuentemente son nuestros interlocutores, cuidan u orientan a los que cuidan y, cuidar es una actitud y una actividad de hondo significado antropológico. No es casual que el tema del cuidado hubiera ocupado páginas enteras en las reflexiones de Heidegger, en su interés por comprender las categorías antropológicas fundamentales. En la Biblia aparece el tema desde el Génesis en la respuesta de Caín a Yahvéh cuando éste le pregunta por su hermano: “¿Acaso soy guardián de mi hermano?”.

El acto de cuidar trasciende el ámbito de los derechos, de las costumbres y de las obligaciones. Quienes cuidan en nombre de la fe, en nombre del amor, actúan más allá del derecho y de la obligación. Ellos encuentran en la parábola del buen samaritano el modelo ejemplar de acogimiento.

Pero en la actualidad, hemos hecho de la tarea de cuidar una tarea de tercera categoría. Al lado de “curar”, “investigar” o “enseñar” ocupa un lugar muy bajo, en la escala de los reconocimientos. La muerte de ancianos sin que nadie lo advirtiera

a tiempo y el abandono en la morgue de cadáveres ha puesto al desnudo –entre otras cosas– el horror de una sociedad que dejó de cuidar a sus viejos (o adultos mayores como se les llama ahora) y que es una manera de dejar de cuidarse a sí misma.

La vida humana no sobrevive a las contingencias cotidianas si no cuenta con estructuras de acogimiento que la hacen posible y que le permiten además desplegar sus posibilidades. Lo que denominamos “redes sociales de apoyo” o “sistemas informales de atención” son la expresión – simplificada o simplista – de esas estructuras de acogimiento. Acoger es apoyar o atender pero, en realidad, es mucho más; acoger es abrir espacio al otro, decirle sí a su existencia, independientemente de cualquier otra consideración. Acoger es recibir al otro, reconocerlo, construir con él una identidad, un lenguaje y unos vínculos comunes.

Los rectores de las políticas de salud mental han tomado nota de lo que significa la estigmatización como obstáculo para la salud de los enfermos mentales. La discriminación de los enfermos causa tanto o más daño que la enfermedad misma y por esto se ha hecho de la lucha contra el “estigma” de la enfermedad mental uno de los temas claves de toda política sanitaria de salud mental. Estigmatizar es el nombre moderno del anti-acogimiento.

### *La religiosidad*

La influencia de la religión en las enfermedades mentales ya se planteó en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Asso-



ciation) de 1994 y, se ha ratificado en el año 2004, al incluir en su clasificación un quinto dígito, denominado problemas religiosos o espirituales. La razón dada por la DSM para esta iniciativa es la de tratar de diferenciar los desórdenes psiquiátricos que requieren atención especializada de las serias preocupaciones religiosas que el paciente tiene dificultad para integrar emocionalmente. Por otro lado, Yang, Lukoff y Lu (2006) en un artículo sobre aspectos espirituales que presentan en un trabajo clínico mencionan que se trata de situaciones que se asemejan a desórdenes psiquiátricos y alteran el funcionamiento psicosocial de las personas que las viven.

La diferenciación entre síntomas psiquiátricos y experiencias religiosas puede estar condicionada por prejuicios atribuidos al contexto social. La psicopatología fenomenológica puede ser un instrumento útil para diferenciar los estados patológicos de las experiencias espirituales normales. La relación entre las neurociencias y el estudio de los fenómenos religiosos y espirituales es prometedora y muy reciente. En la actualidad se propone la profundización del conocimiento en este área y sus correlatos neuroanatómicos, neurofisiológicos y psicopatológicos como un fascinante reto para la psiquiatría del siglo XXI.

¿Cuál es la relación entre el psiquiatra y la religión? Dein (2004) sugiere que el antagonismo hacia la religión de muchos psiquiatras proviene del hecho de que ven la religión como primitiva, promocional del complejo de culpa, una forma de dependencia, irracional y sobre todo carente de una base empírica. Esta visión se complica aún más en países donde la asociación entre la religión oficial y el estado ha dado lugar a perversiones de la religiosidad, que se convierten en instrumentos de control social. Sin embargo, el proceso de globalización que conlleva la emigración masiva de personas con otras creencias religiosas

a Occidente (musulmanes, hindúes), ha contribuido a la eliminación del monopolio de creencias en nuestro entorno.

Las categorías del pensamiento occidental son diferentes a las de Oriente en muchos aspectos. De una forma muy sucinta, se puede considerar el pensamiento occidental como fruto de los filósofos griegos, Roma y la influencia semítica a través del Cristianismo.

Así, San Agustín sigue a Platón y la aproximación Aristotélico-Tomista se convierte en prácticamente un monopolio en el pensamiento del entorno Católico hasta los años 60 del siglo XX. Naturalmente, las ciencias empíricas quieren diferenciarse de la atracción teológica y de una forma dialéctica, a manera de autoafirmación, rechazan y descalifican las creencias religiosas. Freud (1907) hace su famosa consideración de la religión como una obsesión universal, y junto a la elevación del paradigma positivista a la categoría de dogma, conformaron quizás una visión irracional y negativa de la espiritualidad en el contexto de la psiquiatría occidental.

### *Neuroteología*

Esta fascinante y relativamente reciente conceptualización de la interfase entre misticismo, arte, neurología, neuro-radiología, entre otras disciplinas, encuentran su mayor exponente en Andrea Newberg, en la Universidad de Pensilvania. Este médico es coautor de «La mente mística: la biología de la experiencia religiosa». Newberg (1999) postula que existen dos clases de mecanismos neuropsicológicos que fundamentan el desarrollo de experiencias y conductas religiosas. Estas dos clases de mecanismos representan dos líneas de desarrollo neurológico en la evolución cerebral que estos autores definen como el operador causal y el operador holístico. Por operador se entiende un

sistema de tejido nervioso en el cerebro que realiza funciones específicas; en el primer caso permitiéndonos percibir causalidad y, en el segundo, permitiéndonos la percepción en medio de la niebla de la diversidad.

Basado en este modelo, las experiencias unitarias –incluyendo experiencias modestas, como observar un atardecer hermoso, hasta los más profundos estados que ocurren sólo después de años de meditación– pueden tener su base en la neuroanatomía, neurofisiología, y en el flujo de neurotransmisores. Este autor incluso sugiere que existe un continuum estético religioso, basado en la activación progresiva del operador holístico, de manera que existe una correlación entre la profundidad de las experiencias y el sentimiento de unidad al infinito.

El fenómeno religioso y la experiencia espiritual ha estado presente en la humanidad desde su nacimiento hasta el día de hoy. El estudio de la espiritualidad en el ser humano debe ser multidisciplinario, con disciplinas como la filosofía, la teología, la psiquiatría, la psicología y más recientemente la neuroimagen y las neurociencias, contribuyendo de manera significativa e integrada.

La globalización está permitiendo el conocimiento de Oriente por parte de Occidente y viceversa. El tipo de saber desarrollado en occidente no es excluyente de otros tipos de conocimientos, y el paradigma científico debe ser considerado como uno de los métodos de conocimiento, pero no el único.

La fenomenología puede ser un instrumento importante para el estudio de la experiencia religiosa y espiritual, tanto en el contexto de la Psiquiatría como fuera de él. Es posible el diagnóstico diferencial entre las experiencias patológicas y la experiencia espiritual normal; en este sentido, el médico debe ser respetuoso y adquirir la formación necesaria para identificar correctamente las experiencias descritas por el paciente.

Asimismo, debe estar al tanto de sus propias influencias ideo-

lógicas y culturales a la hora de emitir juicios sobre este aspecto

de sus pacientes.



## LO POSIBLE Y LO PROBABLE. LA INCERTIDUMBRE

*Nuestro conocimiento es finito, nuestra  
ignorancia no.*

Karl Popper

Merle Mishel Helaine (1988) define el concepto de la incertidumbre relacionada con la enfermedad crónica, conceptualizándola como la imposibilidad de averiguar el significado de los acontecimientos relacionados con la enfermedad debido a la falta de señales. Estas señales permiten que el paciente pueda predecir el resultado de la enfermedad.

Cuando se trata de enfermedades crónicas el concepto de incertidumbre por lo general se refiere al síndrome de Damocles (mito griego en el que el mensajero fue invitado a un banquete y a sentarse bajo una espada afilada suspendida por una sola hebra de pelo de caballo o crin). En el mundo de hoy, las enfermedades crónicas y el concepto de incertidumbre, sobre todo en pacientes con cáncer que siempre viven con el temor de que el proceso oncológico pueda volver en cualquier punto dado del tiempo, se ha venido aplicando desde hace años. Inquietud que comenzó en mujeres con cáncer ginecológico, aunque también puede aplicarse a los pacientes que sufren enfermedades como el sida, asma o artritis reumatoide.

Para los afectados con una enfermedad crónica, cada día es un nuevo día, difícil especialmente, si su enfermedad implica

algún tipo de dolor. Además estos pacientes se encuentran frecuentemente bajo el constante consumo de medicamentos que pueden dar lugar a muchos efectos secundarios. La mayoría sufren cambios en el estilo de vida, algunos pueden ser leves y no implican a los demás, pero otros pueden ser muy drásticos y dar lugar a una pérdida de libertad.

Por ello, uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada a la enfermedad, que puede ser esporádica y durar sólo un tiempo breve o bien ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo. Las enfermedades crónicas pueden forzar a muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes, tales como dejar de hacer actividades placenteras, adaptarse a limitaciones físicas y necesidades especiales. Incluso, el vivir diario puede resultar difícil. Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden sustraer la resistencia emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación y el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que, con los sentimientos de ansiedad y tristeza, con frecuencia llevan a la depresión. Es esencial actuar rápidamente para tratar dicha depresión. En los últimos estudios realizados recientemente, con pacientes diagnosticados de diversos tipos de enfermedades crónicas, el mayor número de síntomas depresivos se producen durante los dos primeros años. Aunque estos síntomas tienden a disminuir, los pacientes con enfermedades cardíacas presentan un riesgo considerablemente mayor de alteraciones del estado de ánimo incluso hasta los ocho años después del diagnóstico.

La incertidumbre médica se basa en dos aspectos: la incertidumbre del diagnóstico en la fase inicial y la del pronóstico en las fases avanzadas (Delisle, 1987). Vivir con una enfermedad crónica e incurable es vivir en un estado de inseguridad constante. El reto de adaptarse a una enfermedad crónica, es más que una simple adaptación biofísica frente al proceso de

la enfermedad, es una experiencia vivida que requiere múltiples adaptaciones, en donde el estado de incertidumbre es una etapa profunda y personal.

Por lo tanto, la incertidumbre es considerada como el mayor factor que puede afectar a la adaptación de la enfermedad. Existen pocos trabajos que contengan como objetivo el comprender los efectos a largo plazo, los efectos prolongados, frente a la llegada de la enfermedad crónica. Los escasos estudios realizados revelan sobre todo, que este concepto ha sido investigado en los contextos de la economía, toma de decisiones, predicción, tolerancia, control, estrés y ambigüedad. En este sentido, se considera pertinente y necesario profundizar en los conocimientos que existen en esta área tan poco explorada.

El concepto de incertidumbre en la enfermedad viene sufriendo alteraciones a lo largo del tiempo. No obstante se acepta que la incertidumbre en la enfermedad es un estado cognitivo, en el cual el individuo es incapaz de atribuir un significado a los acontecimientos relativos a la patología. Esta conceptualización se ha verificado en situaciones donde el paciente no tiene capacidad para atribuir valores definitivos a los objetos y acontecimientos y/o es incapaz de predecir correctamente los resultados de una determinada enfermedad, aspectos que pueden interferir con el proceso de motivación y de seguimiento del tratamiento.

Los estímulos inherentes a la enfermedad provocan en el individuo reacciones que la teoría de la incertidumbre busca explicar en cuatro etapas: la primera se refiere a los antecedentes que generan la incertidumbre; la segunda a la apreciación de la incertidumbre como amenaza u oportunidad; la tercera corresponde a las estrategias de coping o afrontamiento adoptadas, para reducir la incertidumbre evaluada como una amenaza; y



finalmente, la cuarta etapa está en relación al estado de adaptación que resulta de las estrategias de coping adoptadas.

Con respecto al concepto de motivación, éste es definido como un conjunto de fuerzas percibidas que llevan a la persona a actuar, influenciada por sus experiencias y por otros factores externos. El ser humano raramente actúa en base a un único motivo, siendo su comportamiento impulsado por motivaciones intrínsecas y extrínsecas. La motivación intrínseca es responsable de la participación del individuo en una actividad, por el propio placer que ésta le proporciona y no como una recompensa tangible. La motivación extrínseca es aquella por la que el individuo participa en una actividad con el objetivo de obtener una recompensa tangible.

Varias son las teorías que buscan describir el fenómeno de la motivación, no obstante, ninguna enfoca la totalidad del proceso. Es de resaltar que a pesar de la diversidad de los enfoques conceptuales, éstos no son contradictorios sino que se complementan entre sí con la intención de permitir la comprensión de un determinado fenómeno motivador que conduzca al seguimiento o no del tratamiento. Entre algunas de las teorías que han intentado describir el fenómeno y los factores que le influyen se destaca: el Modelo de Auto-Regulación del Comportamiento de Leventhal y el Modelo de las Creencias de Salud y los Modelos de Seguimiento al Tratamiento.

a) El *Modelo de Auto-Regulación del Comportamiento* de Leventhal, brinda una construcción/ explicación teórica que nos ayuda a comprender los factores que influyen en las percepciones de la persona frente a las amenazas de la enfermedad, la relación entre éstas y la descripción de los síntomas de la enfermedad mencionados por la persona, así como las creencias personales que influyen en los comportamientos de autocuidado y que la conducen bien para promover o bien

para ignorar las amenazas de la enfermedad (Jayne y Rankin, 2001).

Según este modelo, en la enfermedad coexisten dos procesos paralelos activos: la cognición, que corresponde a la interpretación objetiva de la amenaza de la enfermedad y la emoción que es la reacción subjetiva a una amenaza. Estos procesos paralelos, la cognición y la emoción son interactivos. Tomemos como ejemplo la dieta en la diabetes 2, en la cual el procesamiento cognitivo es inherente a la información, para comprender la relación compleja entre la ingestión de hidratos de carbono y los niveles de glucosa en sangre. Siendo así, los procesos emocionales interactúan con los valores socioculturales de la alimentación y del acto de comer, que con la experiencia social puede revelarse mas importante que el proceso cognitivo, cuando las personas ingieren alimentos que elevan los niveles de glucosa en la sangre, una vez que socialmente se sienten obligados a hacerlo (Apostolo y cols., 2007).

b) El Modelo de Creencias de Salud, parte de la suposición de que los comportamientos saludables están racionalmente determinados por la vulnerabilidad de las personas frente a las amenazas de su salud. Frente a estas percepciones, el individuo acaba atribuyendo un valor que lo lleva a pensar o no en la eficacia de las acciones que realizan para la mejoría de su salud. Así, a partir de estas creencias es posible predecir diferentes comportamientos relacionados con la salud, sea a nivel de prevención de la enfermedad, como a nivel de la promoción de la salud.

c) Modelos de Seguimiento al Tratamiento: se basa en que el seguimiento implica una actitud activa, con compromiso voluntario y colaborador del paciente y del profesional de salud, en un proceso conjunto que objetiva el cambio de comportamiento del primero. De este modo, el paciente cumple

el tratamiento o el protocolo terapéutico teniendo por base un acuerdo conjunto de ambos sobre su participación, y que conduce al paciente a reconocer la importancia de determinadas acciones prescritas.

Con todo, si a pesar de que un individuo pueda percibir los beneficios obtenidos, las barreras existentes, su posible susceptibilidad y la gravedad de la enfermedad, como atribuya poca importancia a su salud, sobreponiendo otras áreas en su espacio vital, el grado de seguimiento a una acción terapéutica propuesta acaba por ser muy bajo, incluso la disposición para esta acción puede ser nula y no acaba por concretizarse. En este sentido, son los pacientes con mayores incertidumbres los que se sienten menos motivados para el tratamiento, en especial, los que tienen mayor incertidumbre sobre el pronóstico y tratamiento, realmente son los menos motivados intrínsecamente para el tratamiento.

Hasta el siglo XX, la ambigüedad había sido en la cultura occidental, un concepto peyorativo, hasta el punto de que ser ambiguo, era negativo y descalificante. Pero las relaciones de la cultura con la ambigüedad son mucho más complejas y, a veces positivas, ya que más allá de los significados de la propia palabra la cultura entraña una intrínseca ambigüedad conceptual; es la multiplicidad de las interpretaciones, no tan sólo de la palabra sino de los conceptos que evoca, así como de sus consecuencias prácticas en el modo de vivir, individual y colectivo la que puede estimular y potenciar la creatividad y la construcción de los productos culturales.

En pleno postmodernismo, la ruptura de los discursos dominantes con la consiguiente fragmentación de la cultura, han potenciado la tendencia a deshacer y deconstruir continuamente las interpretaciones aparentemente más sólidas, a proponer un pluralismo radical; una cultura de la ambigüedad que para-

dójicamente, ha de hacer frente a fundamentalismos radicales e intolerantes. En esta cultura de lo impreciso, los senderos que se bifurcan, han sido sustituidos por las redes tridimensionales, sin límites, ni fronteras de las nuevas tecnologías de la información, en las que la infinita inexactitud de las interpretaciones exige la aplicación esforzada y continuada del pensamiento crítico, para no perderse definitivamente en la confusión y en el caos, redes en las que como en el oráculo de Ts'ui P'en, un libro de páginas infinitas esta encerrado en su laberinto (Borges, 1992).

Dado que no es posible conocer algo con absoluta certeza, debemos estar preparados para conformarnos y vivir a solas y con los demás, con la incertidumbre y la ambigüedad, porque todos los conocimientos derivados de modelos humanos para la investigación del mundo, incluido el razonamiento, son necesariamente y en sentido estricto, conocimientos en mayor y menor grado ambiguos. Pero es en el terreno de los comportamientos humanos y de la convivencia, en el seno de las sociedades cada día más heterogéneas y conflictivas donde es necesario acotar las ambigüedades y disponer de certezas funcionales, es decir, en el complicado terreno donde dirimen diariamente sus problemas la ambigüedad y la ética.



## LA INUTILIDAD DEL SUFRIMIENTO. EL DOLOR

*Sólo ha visto la mitad del universo aquél  
a quien no han mostrado la casa del  
dolor.*

Ralph Waldo Emerson (1803-1892)  
(Cit. por Llorca Díez, 2004)

El deseo de aliviar el sufrimiento es una de las principales razones que dan las personas para elegir la profesión de médico. Debe recordarse que las ideas sobre el sufrimiento son, de hecho, opiniones que si no son identificables personalmente por el profesional, tienen el riesgo de distorsionar la valoración del paciente. Las filosofías del sufrimiento afectan a como interaccionan los profesionales con los pacientes y es importante que se revisen las propias experiencias con el sufrir, para determinar como afectan a su práctica.

En nuestra existencia, lo que marca un cambio vital es cuando conseguimos pasar de la reacción a la acción; cuando nos damos cuenta de que lo que sentimos depende, en gran medida de lo que pensamos, no de lo que nos está pasando. Entonces asumimos que de verdad, podemos controlar y provocar nuestras emociones, mas allá de lo que nunca habíamos pensado. Podemos ser felices o infelices, colocando nuestro cerebro a favor, o por el contrario ponerlo en nuestra contra. El ser humano, por principio, se siente más feliz cuando consigue

una meta difícil que cuando logra algo rápidamente y sin dificultad.

La educación, ayer y hoy, parece ir al revés; en lugar de sensibilizar a los niños hacia lo positivo, hacia lo que hacen bien, hacia lo que les puede dar seguridad y confianza en sí mismos, se les sensibiliza hacia los que les puede perturbar, inquietar, producir intranquilidad, inseguridad y desconfianza. Debemos educar para que los seres humanos sepamos que vamos a tener poco control sobre las conductas de los demás y menos aún sobre sus pensamientos, pero siempre podemos controlar los nuestros, los que repetimos sin parar. Este control nos llevará a dejar de sufrir inútilmente.

Cuando se pierde la confianza en sí mismo toda la vida se desmorona. En esos momentos resulta extraordinariamente difícil que la persona reaccione, pero es ahí cuando debe luchar y no dejarse llevar por la apatía, el desencanto, la tristeza, la falta de esperanza, de ilusión y la ausencia de horizontes. Cuando un sujeto piensa que algo no tiene solución, en realidad le está diciendo a su cerebro que, haga lo que haga está todo perdido. El cerebro se lo termina creyendo y actúa de hecho como si de verdad ya no se pudiera hacer nada. Una mala predisposición determina con frecuencia una realidad negativa.

La persona es un proceso en permanente crecimiento, en continua superación y adaptación constante. Si se olvidan estos principios se está negando la esencia de su realidad y con ellos, las posibilidades de evolución, aprendizaje y enriquecimiento que cualquier vida conlleva. Las personas que le rodean pueden favorecer o entorpecer la búsqueda de la felicidad, aunque conseguirla o no es siempre una meta personal.

Muchas veces se escucha que la vida sin amor no merece la pena ser vivida. Esta frase podría indicar que hay personas que pueden vivir su vida al margen del amor. Cuidado, no se deben

confundir los conceptos, no se debe reducir el amor al enamoramiento de una a otra persona. El amor es consustancial con la vida, va unida a la esencia del ser humano, es nuestra vida si sabemos encontrarlo en nosotros mismos y nuestra muerte si creemos haberlo perdido para siempre.

La realidad es que la felicidad está en cada persona. La capacidad de amar y sentirnos amados también está dentro de nosotros y, por encima de todo, el amor que siempre estará a nuestro lado será nuestro propio amor, de ahí la importancia vital que adquiere el concepto que tengamos de nosotros mismos. Sin duda para aprender a amar, haremos bien en entrenarnos primero en amarnos a nosotros mismos pues de lo contrario, difícilmente podremos amar a los que nos rodean, y nunca seríamos dueños de nuestra felicidad, ya que la habríamos puesto en manos de otros. Conseguir no sufrir inútilmente es uno de los aprendizajes más importantes en la vida del ser humano, no conseguirlo es no saber vivir.

No siempre que se le dan vueltas a un determinado hecho estamos aprendiendo de él, a veces justamente se hace lo contrario y sólo se consigue condicionarse negativamente para cometer los mismos errores. Desde la más tierna infancia se pueden aprender muchas conductas de huida y evitación, que pueden quedar profundamente arraigadas y, muchas veces, cuando la persona se siente mal, lo primero que se le ocurre son soluciones irracionales, llenas de subjetividad y plagadas de errores.

La filosofía del sufrimiento de cada persona, esto es, las ideas de cada uno sobre la causa y propósito del sufrimiento en la vida, se debe valorar conscientemente. Aunque algunos creen que la enfermedad y el sufrimiento son una parte natural de la vida humana y un camino hacia el posterior desarrollo de la persona, otros pueden considerar la enfermedad y el sufri-



miento como errores de la mente, una prueba de fe, un castigo divino o una intrusión del maligno.

También las creencias del profesional influyen en los juicios que hace sobre el grado de sufrimiento de los demás, ya que no se puede medir directa, ni objetivamente. Estos juicios influyen en como actúa uno cuando un paciente experimenta molestias psicológicas o dolor físico. Si se cree que un determinado paciente está sufriendo intensamente, se puede tener una implicación más activa que ante un paciente que parece tener menos grado de angustia y padecimiento.

Las valoraciones del dolor físico y emocional están influidas por las experiencias personales, así los profesionales eficaces no tienen una reacción excesiva hacia el sufrimiento, ni lo ignoran. La filosofía personal determina como se fijan las prioridades y el tiempo que se va a utilizar, además de la cantidad de energía desplegada y el grado de emoción implicado. El concepto personal y profesional de uno mismo está estrechamente entrelazado, los especialistas que se sienten bien consigo mismos como personas, tienen más probabilidades de afrontar los riesgos de forma responsable. Los conceptos sobre sí mismo personal y profesional crecen o se estancan juntos, ya que crecer profesionalmente significa también crecer personalmente. El conocimiento de uno mismo es vital para reconocer las propias limitaciones al trabajar con determinados pacientes o temas concretos y apreciar la complejidad de sus enfermos, dado que las respuestas conductuales del enfermo a la enfermedad tienen más de una causa y más de un propósito. La conducta a menudo actúa para proteger la visión de uno mismo, o bien comunicarse con los demás y cubrir sus necesidades, sirva de ejemplo el siguiente párrafo literario de un paciente alcohólico:

*Está internado, de manera pasajera, sí, pero lo suficientemente intensa como para darse cuenta de que está en el centro*

*del horror y que ese horror de literario tiene poco, como suele ser habitual. Allí dentro, además del sabor de la muerte y del encuentro con todos los fantasmas, escucha el susurro de las oportunidades perdidas. Expresión que enmascara el remordimiento permanente para todo lo hecho y lo dejado de hacer. Huir para no escucharlo, huir para provocar nuevas oportunidades perdidas, nuevos errores, rupturas, destrucciones, fragmentos de muerte a cada paso. Un susurro continuo, para silenciarlo hace falta más alcohol o mas mezcal, convertido en verdugo de sí mismo. Prolijo inventario de oportunidades perdidas y de remordimientos en lo familiar, en lo afectivo, en lo cotidiano y doméstico. Entre sus manos todo se rompe, se pierde, se quema, se estropea sin remedio, se destruye o se hecha a rodar tomando las decisiones equivocadas. Vivir para perder y para huir espantado del escenario hecho trizas.*

El relato de Malcolm Lowry (2009), es un exponente de la excesiva literatura que existe sobre este tema. Este autor da matices ambiguos a su realidad, asumiendo su pérdida desde su lúcida consciencia de la desolación. Hay un sentimiento de desesperanza, se desprende un profundo sufrimiento en las anteriores palabras y un tono apocalíptico-profético recorre este texto.

### *El dolor*

Cuando el dolor emerge en la vida de un individuo interrumpe su secuencia vital y paraliza su temporalidad, de forma que estanca su progreso en todas las áreas que componen su existencia y provoca una readaptación en el sistema de la persona. Según Morris (1993), el dolor tiene algo de vacío; no permite recordar cuándo empieza o si hubo un tiempo en el que no estaba. Este mismo autor, afirmó que mientras el médico entiende el dolor como un puzzle o como un desafío, el paciente lo expe-

rimenta como un misterio, y tiene dudas sobre su origen, la culpa o el destino. Un dolor aparta al paciente de los modos normales de trato con el mundo, le introduce en un paisaje donde nada parece plenamente familiar y donde hasta lo familiar adquiere una curiosa extrañeza. En una sociedad que mitifica la curación, emerge la perplejidad ante la desconcertante impotencia terapéutica. El deseo más profundo de casi todo paciente, antiguo o moderno, ha sido liberarse no sólo del dolor sino también de la obligación de vivir en sus misterios.

El dolor provoca un desequilibrio en la vida de la persona, incluyendo su estado psicológico y afectivo, pero al cronificarse se producen rupturas en todas las áreas de la vida del paciente, es decir, el dolor agudo paraliza pero el crónico modifica. Algunos pacientes que experimentan dolor sufren, porque dejan de ser lo que eran (Chapman y Gavrin, 1999).

Gálvez (2003), refiere que epidemiológicamente, uno de cada dos pacientes refiere haber pasado dolor en su estancia hospitalaria, siendo el más frecuente el postoperatorio, además la presencia de síndromes dolorosos crónicos es cada día más frecuente. Una conclusión de este autor, importante para la reflexión, es que los pacientes hospitalizados afirman temer más al dolor que a la muerte.

Concretamente España, según la encuesta Pain in Europe, es el país europeo con una menor prevalencia de dolor crónico con un 11% de afectación media frente al 19% del resto de Europa. Sin embargo, España es el de mayor prevalencia de depresión por dolor, con un 29%. Además, los españoles con dolor crónico lo sufren una media de tiempo superior a sus vecinos europeos, nueve años frente a los siete de media en otros países.

Históricamente, cuando se establecen las primeras taxonomías del dolor, el crónico se acuñan atendiendo a caracte-

rísticas temporales, entiéndase cualquier situación dolorosa que está presente durante largos períodos de tiempo. Incluso fijaban un tiempo concreto delimitando la barrera en los 6 meses, período a partir del cual un dolor pasa a considerarse crónico. Desde el punto de vista clínico, la definición de dolor crónico se correspondía con *cualquier situación dolorosa que no responde a las medidas convencionales y que dura seis o más meses*. Sin embargo, esta consideración fue desestimada por su arbitrariedad y las definiciones actuales han mejorado la delimitación del problema. Bonica (1990), consideró el dolor crónico como un dolor que persiste al menos un mes más que la lesión causal y que permanece una vez que dicha lesión desaparece.

Este tipo de dolor contribuye a deteriorar física, pero sobre todo psíquicamente al paciente, como señalan Baños y Bosch (2002), llega a adueñarse del sujeto, amenaza su equilibrio psicológico y afecta a su vida social, familiar, económica y laboral. Su empeoramiento con el paso del tiempo suele ir unido a la falta de efectividad de los tratamientos, lo que empobrece y deteriora más aún el psiquismo del sujeto.

Las personas con dolor crónico, sufren un progresivo deterioro físico causado por los trastornos del sueño, del apetito y por la disminución de la actividad física. Es frecuente el desarrollo de depresiones reactivas y otras reacciones emocionales que llevan a los pacientes a apartarse de la sociedad, de su familia y de los amigos (Bonica, 1984).

### *Dolor oncológico*

Se estima que entre el 60 y el 90% de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada manifiestan dolor debilitante o incapacitante, y el 25% de todos los pacientes con cáncer mueren con dolor intenso. El paciente oncológico se enfrenta

a diversas situaciones de tensión durante el curso de su enfermedad como el miedo a una muerte dolorosa, a la incapacidad y a la dependencia. Mientras que tales miedos son de carácter universal, el nivel de distrés psicológico varía según el estilo personal, la capacidad de afrontamiento, el apoyo social con el que cuenta el paciente, así como factores clínicos. La presencia de dolor tiene un profundo impacto sobre el nivel de distrés emocional y factores psicológicos como la depresión, la ansiedad y la desesperanza que intensifican la experiencia dolorosa y el sufrimiento (Cuello, 2001).

Si el dolor es considerado como un proceso psicológico individual y subjetivo con repercusiones e influencias sociales, debe plantearse qué pasa en ese proceso cuando incluimos la temporalidad, y ese dolor se prolonga en el tiempo. Turner y Chapman (1982) apuntan que el proceso de cronicidad altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente, de manera que aparecen importantes y complejos cambios afectivos, de pensamiento y de conducta que contribuyen a perpetuar los síndromes de dolor crónico. El dolor crónico constituye, sin duda la forma de dolor con mayores repercusiones sobre el individuo, por el grave deterioro de su calidad de vida, y sobre la sociedad, y por los gravosos costes que supone (De Pablo y Valdés, 2002). Por todo ello, el dolor crónico sigue siendo hoy día, no sólo un problema de trascendencia para la sanidad pública sino que supone también una pérdida económica para los individuos y la sociedad, además de causar un tremendo sufrimiento personal.

La interrelación que se establece entre el dolor y las variables psicológicas, puede llegar al terreno de la psicopatología cuando la experiencia dolorosa se cronifica. Según varios trabajos publicados por Gatchel (1996), los trastornos del eje I (clasificación DSM-IV) como ansiedad, depresión o abuso de sustancias, se encuentran en el 86-90% de los pacientes con dolor

crónico; entre el 60 y 69% de tales pacientes también cumplen criterios para más de un trastorno del eje I; y finalmente, observó que existía una prevalencia alta de trastornos de la personalidad del eje II, variando entre el 40 y el 59% dependiendo de los estudios. La frecuencia de trastornos de los ejes I y II subraya la importancia si se quiere llegar a comprender y a identificar las estrategias de intervención más apropiadas en el dolor crónico.

Precisamente uno de los autores más pioneros Sternbach (1974), especifica los problemas concretos por los que, desde el punto de vista psicológico, el dolor crónico constituye un cuadro complejo:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos, tanto profesionales como personales y escasa confianza en encontrar un remedio
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico, la información es confusa y ambigua
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física
- Abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo
- Alteraciones del humor y del estado de ánimo
- Reducción del nivel de actividad funcional
- Deterioro de las habilidades de comunicación, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos

- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con conductas de dolor
- Reducción de las consecuencias positivas naturales en actividades normales
- Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones
- Modificación en el ambiente familiar y aumento de las relaciones basadas en la asistencia y los cuidados del paciente.

### *Dolor y depresión*

En una revisión sobre la frecuencia de la depresión en el dolor crónico, Banks y Kerns (1996) comunicaron una gama de prevalencia entre el 10 y el 100% en los diversos estudios; tal nivel de intervalo probablemente refleja problemas metodológicos en las técnicas de diagnóstico y evaluación (Romano y Turner, 1985). Cuando la revisión se restringió a 14 estudios en los cuales habían usado criterios diagnósticos ceñidos al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), para establecer el diagnóstico de desorden depresivo mayor; hallaron que 9 de los 14 estudios habían comunicado cifras de prevalencia entre el 30 y el 54%. Estos porcentajes de depresión mayor en poblaciones con dolor crónico contrastan de modo notable con los porcentajes del 5 al 9% hallados en pacientes de Atención Primaria (Barret, y cols., 1988).

Según el estudio realizado por LLorca Díez (2004), independientemente de la intensidad dolorosa y del tiempo sufrido de dolor, la sintomatología depresiva se ve afectada por el tipo de dolor y específicamente es el grupo con cáncer donde

los pacientes alcanzan los máximos niveles clínicos frente a los que sufren dolor osteomuscular o neuropático.

Se ha observado una asociación directa y positiva entre depresión e intentos de suicidio en pacientes con dolencia crónica, concretamente los que estaban deprimidos presentaban tasas más altas de abuso de sustancias, mayores niveles de dolor, más dolor relacionado con discapacidad, menos actividad y más afrontamiento pasivo que los no deprimidos (Fisher y cols., 2001). Al igual que se ha comprobado que los pacientes con dolor crónico no oncológico con ideación suicida (24%) tenían insomnio frecuente y severo con disfunciones diarias (Smith y cols., 2004), o que la tasa de riesgo de suicidio era más alta en pacientes ancianos que presentaban múltiples enfermedades físicas, incluido el dolor precedente (Juurlink y cols., 2004).

Cuando aparece una situación dolorosa se inicia un proceso insidioso en el que intervienen múltiples factores que interactúan entre sí. El malestar físico y psicológico, fruto del dolor que apareció inicialmente como una señal de alerta, aumenta en la misma medida que el dolor no desaparece. Donde antes existía cierta preocupación por la sintomatología, ahora aparece la ansiedad y el miedo, el desvalimiento y también la frustración por la falta de información y por el agolpamiento de preguntas sin respuesta (Miró, 2003).

Esta relación entre dolor crónico y depresión es explicada por el modelo de diátesis-estrés (Romano y Turner, 1985; Banks y Kerns, 1996), según el cual, las demandas impuestas en la vida por el dolor crónico producen cambios cognitivos y conductuales negativos, y son precisamente esos cambios los que después conducen a la depresión. Desde este punto de vista, el dolor crónico es, en sí mismo, un estresor que puede provocar grandes cambios siempre que su intensidad, su duración y sus efectos



sean lo suficientemente grandes. Pero además, en los individuos con factores predisponentes bioquímicos, cognitivos o conductuales, pueden derivarse desde rasgos subclínicos no diagnosticados, hasta un episodio depresivo mayor o un desorden distímico.

Para un paciente que padece dolor crónico, y que en ocasiones lo sufre incontrolable, al pasar el tiempo de padecimiento se le genera un estado de indefensión que se caracteriza por pensamientos depresivos, bajo estado de ánimo e inhibición psicomotriz. Resulta muy interesante la idea de la indefensión ante la incontrolabilidad e imprevisibilidad del dolor; el que la padece, valora que no posee recursos suficientes para adaptarse a su sufrimiento crónico y esa situación de inevitabilidad provoca que su estado anímico se vea dañado.

Aunque los estudios han indicado de forma consistente una incidencia alta de depresión mayor grave en los pacientes con un dolor crónico, también existen individuos con dolor crónico intenso que presentan síntomas depresivos menos graves, o que no cumplen ninguno de los criterios estándar para el diagnóstico de trastorno depresivo (Llorca Díez y cols., 2004).

Dentro de las pérdidas concretas de capacidad debidas al dolor, se encuentra el detrimento de rol social o familiar. Con respecto a la pérdida de rol (amistad, trabajo, ocio y familia) y desequilibrio en el autoconcepto, se realizó un estudio en la Universidad de Leeds (Harris, Morley y Barton, 2003) con pacientes con dolor crónico, y se observó que las mayores pérdidas se apreciaban en los roles de amistad, de trabajo y ocio en comparación con el rol familiar. La pérdida de roles predijo la puntuación en depresión.

### *Dolor y ansiedad*

Se puede estimar que la prevalencia de sintomatología ansiosa, entre personas con dolor crónico, se encuentra en un rango del 30 al 64% (Madland, 2000). También la ansiedad es considerada, al igual que la depresión, como una reacción lógica ante una situación de estrés crónico provocada por padecer dolor durante largos periodos de tiempo.

Existen dos tipos diferentes de sucesos estresantes: los sucesos vitales y los estresores crónicos. En el primer caso la persona se expone a cambios vitales indeseables y en el segundo se expone a ambientes difíciles o exigentes continuos que no cambian. Se diferencian en el curso temporal del estresor. Los sucesos vitales ocurren en un momento concreto, en cambio el estresor crónico es progresivo, de curso continuo y cuyo resultado es impredecible (Casado y Urbano, 2001). Los estresores crónicos repercuten en las actividades diarias, acaban con los recursos de afrontamiento de la persona y crean inseguridad para resolverlos, y también crean incertidumbre, baja autoestima y sensación de amenaza personal (Infante, 2002).

La ansiedad es muy habitual entre los pacientes con dolor y frecuentemente ha sido identificada como uno de los factores de riesgo más importantes en la cronificación del dolor, por ejemplo, en las lumbalgias y las cefaleas (Lackner y Carosella, 1999). La ansiedad facilita un aumento de la tensión y, por tanto, de la intensidad del dolor. Inicialmente, la ansiedad, el miedo incluso (Peters, Vlaeyen y Kuneen, 2002), pueden estar asociados a la incertidumbre y al desconocimiento de las causas del dolor, posteriormente, también a la “incapacidad” de los profesionales para aliviar su padecimiento (Vlaeyen y Linton, 2000).

Summers y cols. (1992), encontraron que la ira y la hostilidad explicaban un tercio de la varianza de la intensidad del dolor en un grupo de pacientes con lesiones lumbares. Dato

confirmado por Kerns, Rosenberg y Jacob (1994), que afirmaron que los sentimientos de ira daban cuenta de una proporción significativa de las variaciones en las medidas de intensidad de dolor, interferencia del dolor con las actividades habituales y la frecuencia de las conductas de dolor. La ira o la rabia que puede experimentar el paciente en una situación dolorosa, con frecuencia se dirige contra los más allegados, aquellos que deberían ser su soporte y ayuda para superar el problema.

### *Dolor y calidad de vida*

Otros autores añaden una característica que incide en la relevancia de la temporalidad de la vida y su carga experiencial en la constitución de sus expectativas, ya que es la valoración que hace el sujeto, en un momento dado de su vida completa, considerada como un todo, con referencia no solamente al momento actual, sino también a un pasado más o menos próximo y a un futuro más o menos distante (García-Riaño e Ibáñez, 1992).

Hablar de calidad de vida es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales, a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. En general, la enfermedad, sobre todo la crónica, y su tratamiento o sus secuelas, modifican las metas, las expectativas y las esperanzas.

Flórez Lozano (2001) destacó la relación que existe entre adaptación y calidad de vida, aclarando que vivir es adaptarse y vivir bien es adaptarse bien. El concepto de adaptación es, por tanto, el concepto clave para la calidad de vida, y puede ser

el vínculo de unión entre la calidad de vida, el afrontamiento y el apoyo social.

Sin embargo, el término estado de salud es un indicador mixto, ya que existe una relación recíproca puesto que si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud (Skinner y Vaughan, 1983). La pérdida o ausencia de salud constituye un acontecimiento estresante que vulnera la calidad de vida de la persona. En mayor o en menor medida, la enfermedad produce una ruptura del comportamiento y del modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio, que es en último extremo, lo que se suele denominar situación estresante, que sitúa a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiando la circunstancia o a la misma persona.

Los estudios sobre enfermos crónicos y calidad de vida, aportan generalmente resultados convergentes, al menos en los siguientes cuatro dominios (Haes y Van Knippenberg, 1987; Aaronson, 1988):

1. El estatus funcional: capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas (autocuidado, movilidad y actividades físicas)
2. La presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento: dolor, fatiga, malestar corporal o trastornos del sueño
3. El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológica)
4. El trastorno en las actividades sociales normales como resultado de: limitaciones funcionales del dolor o la

fatiga, miedo del paciente a ser una carga, incomodidad en la red social (Wortman, 1984)

Una enfermedad no influye directamente sobre la calidad de vida del enfermo hasta que no llegan a manifestarse los síntomas.

La discapacidad que surge del deterioro físico y psíquico al que están expuestos la mayoría de pacientes con problemas de dolor persistente, recurrente o crónico, suele ser una repercusión directa del dolor, dada la inactividad que conlleva la evitación de situaciones y/o actividades potencialmente dolorosas. Así, no son el dolor o el sufrimiento en sí mismos quienes provocan la discapacidad, sino el deterioro físico producto de la inactividad del paciente. Además, esta reducción en el número y tipo de actividades, también provoca un cierto malestar psíquico por dejar de realizar conductas que resultan placenteras, lo que facilita la aparición de trastornos en el estado de ánimo. Ahora bien, aunque la depresión es la reacción más frecuente, también pueden darse problemas de ansiedad que surgen acompañando al temor y el miedo, que tienen los pacientes ante la posibilidad de nuevos episodios de dolor.

En general, todos los estudios con muestras de pacientes con dolor crónico, con diferentes diagnósticos, reflejan una calidad de vida deteriorada (Garratt, Ruta, Abdala, 1993; Becker, Thomsen, Olsen, 1997; Hagen, Kvien y Bjoerndal, 1997; Skevington, 1998). Las áreas más afectadas suelen ser la física, seguida de las áreas emocionales, social y cognitiva. Más específicamente se deteriora la movilidad, la capacidad de trabajo, las actividades de la vida diaria, el estado de ánimo, el sueño, la dependencia medicamentosa y la seguridad física.

En la línea de búsqueda de factores mediadores Okifuji (1995) aportó la idea de que los efectos directos del dolor y de la discapacidad física sobre la depresión son mínimos, aunque

aparece un efecto indirecto en el estado de ánimo a través de la calidad de vida percibida. En general, los estudios sobre la pérdida de la calidad de vida en pacientes con patologías prolongadas o con dolencias crónicas como el dolor, son irrefutables. Con el fin de comparar la calidad de vida se desarrolló un registro computerizado y se encontró una alta variabilidad y peores puntuaciones de calidad de vida en el grupo de pacientes con dolor en comparación con los sujetos control sanos (Smith, Carmody, 2000; Fanciullo y cols., 2001; Hoffman, Meier y Council, 2002).

Estos resultados han sido replicados en estudios realizados en muestras de pacientes con diferentes diagnósticos de dolor, mostrando que este síntoma provoca una significativa disminución en la calidad de vida del que lo padece. Incluso se ha determinado que cuanto más duradera es la situación dolorosa mayor es el efecto adverso que tiene sobre la calidad de vida (Skevington, 1998). Es evidente el impacto multidimensional del dolor crónico que repercute en todas las esferas del enfermo tanto a nivel físico como social y psicológico.

Una hipótesis frecuentemente comprobada ha sido que a mayor intensidad del dolor menor nivel de calidad de vida y mayor depresión (Skevington, 1998; Rummans, Frost, Suman, 1998). En el estudio de Von Korff y Simon (1996) se observó que a mayor interferencia del dolor en las actividades diarias, se incrementaban los niveles de depresión, pero no se obtuvo asociación significativa entre la intensidad del dolor y la depresión. Esta relación se cumple tanto en dolor crónico como en dolor agudo, incluso cuando se tiene en cuenta la gravedad de la enfermedad en tratamiento, la fatiga y la depresión (Latru, Fontaine y Colleau, 1997). Al comparar los resultados de una muestra de pacientes con múltiples mielomas con una muestra de referencia, la mayor parte de los problemas estresantes fueron el dolor y la fatiga que disminuían el funciona-

miento físico, las limitaciones en los roles y, sobre todo, la reducción en la calidad de vida global (Gulbrandsen, Hjermsstad y Wisloff, 2004).

### *Dolor y afrontamiento*

Los pacientes con dolor crónico no solamente tienen que afrontar una continua sensación nociceptiva sino también deben integrar la idea de padecer una enfermedad crónica. Estos enfermos deben vivir también con lo que la enfermedad significa; con sus consecuencias para la vida cotidiana y con un futuro alterado (Morris, 1993). La enfermedad y el dolor crónico se filtran por los cimientos de la dinámica de su vida, alterando el aprecio de sus recuerdos, modificando su cotidianidad y su temporalidad, y deteriorando sus expectativas e ilusiones.

Los pacientes con problemas de dolor crónico acuden en su desesperación a todo tipo de consultas médicas, cuando comprueban la infructuosidad de la medicina moderna, muchos de ellos orientan su búsqueda a encontrar una solución, acudiendo hacia todo tipo de especialistas y recursos (incluyendo sanadores, curanderos, adivinadores), que engrosan cada vez más la panoplia de alternativas a las que recurren ante su indefensión. Miró (2003) advertía que el paciente paga un precio importante por ello, y no sólo en tiempo y dinero, sino también en energía y recursos personales de afrontamiento. Este autor realiza una excelente descripción del proceso psicológico ante la enfermedad y el dolor inveterado, detallando cómo cada vez que el tratamiento fracasa, la desesperanza de los pacientes aumenta, así como la probabilidad de que se afecte de forma muy significativa el estilo de vida de la persona. Aquel malestar físico y psicológico, fruto del dolor que apareció inicialmente como una señal de alerta, aumenta en la misma medida que el

dolor no desaparece. Donde antes existía cierta preocupación, ahora aparece la ansiedad, el miedo, y la frustración sobre todo al pronóstico.

Los investigadores, identificaron cuatro subgrupos de pacientes con dolor crónico:

1. Disfuncionales,
2. Con distrés interpersonal
3. Minimizadores
4. Afrontadores adaptativos (Derasari, 2002).

Los esquemas cognitivos que se producen al enfrentarse a una enfermedad crónica también están vinculados con afrontamientos existenciales sobre la vida y la muerte, donde se busca la causalidad y la justificación de lo arbitrario. Un estudio prospectivo longitudinal realizado durante cuatro años, confirmó que los niveles iniciales de distorsión cognitiva y percepción de desesperanza, guardaba una relación significativa con los niveles de depresión posteriores durante el seguimiento (Smith, 1994).

La importancia de un buen afrontamiento en la repercusión psicológica de una enfermedad crónica es patente, prueba de ello es que la mayoría de las intervenciones psicológicas que se establecen en la actualidad están basadas en planteamientos cognitivos-conductuales, que permitan modificar dichos procesos. Desde esta perspectiva, M<sup>a</sup> Angeles Llorca (2009), destaca las investigaciones existentes sobre los efectos terapéuticos que tienen el uso de los videojuegos en pacientes oncológicos hospitalizados, produciendo una mejora en la calidad de vida y una reducción de los síntomas que algunas terapias de choque conllevan, tales como el número de síntomas anticipatorios o la aversión a los efectos colaterales.



La idea de Morris (1993) ofrece una visión humana del dolor afirmando que sirve de puente, no sólo entre la salud y la enfermedad, sino también entre territorios axiológicos completamente distintos. Mientras gozamos de buena salud, solemos fijar la mirada en el horizonte de los bienes mundanos, como si el mundo terminara en el horizonte. La enfermedad y el dolor, en cambio, rompen la rutina diaria, nos detiene la atención y nos liga a las cosas de este mundo. El que sufre, de súbito está dispuesto a entregar la mitad de su riqueza a cambio de una caminata indolora o de un buen descanso y sueño nocturno. Cambian las prioridades. Se ven las cosas con otros ojos. El futuro se percibe delimitado, con escasas posibilidades de acción y se ve tamizado por un velo de pesimismo, que marcará las pautas del afrontamiento personal. Dependiendo del carácter del individuo y de su sensibilidad su equilibrio vital se verá en mayor o menor medida resentido.

### *Modelos integradores en el dolor crónico*

En las Unidades del Dolor los pacientes manifiestan como queja más frecuente la pérdida de movilidad, autonomía y capacidad para hacer las actividades cotidianas. Un dolor crónico provoca un cambio en la dinámica diaria incapacitando al paciente para gran parte de sus actividades y ocasionando una pérdida considerable en su calidad de vida y en su estado anímico afectivo. Concretamente, se ha comprobado que la irritabilidad (70% pacientes dolor crónico) está significativamente relacionada con la discapacidad percibida (Okifuji, Turk, 1999). Estas pérdidas repercuten cognitivamente en el sujeto afectando a sus expectativas, su estado de ánimo y su modo de afrontar la situación, convirtiéndose por tanto en mediadores del estado psicológico.

Esta idea comenzó a ser corroborada en estudios como el de Dickens, Jayson, Sutton y Creed (2000), en Inglaterra, quienes realizando una investigación del efecto de la paroxetina, comprobaron que la asociación de depresión y dolor fue más débil que la que se estableció entre depresión y discapacidad. Mientras que la relación entre dolor y depresión no llegó a ser significativa, cuando se controlaban las puntuaciones de discapacidad y actitudes ante la enfermedad, la relación entre depresión y discapacidad permaneció altamente significativa, cuando dolor y actitudes ante la enfermedad eran controlados. Estos datos dan consistencia a una asociación entre dolor y depresión modulada por la discapacidad y por las actitudes ante la enfermedad, sin relación directa entre dolor y depresión.

Arnstein (1997) propuso un modelo para clarificar la relación entre los factores físicos y psicosociales del dolor crónico, conceptualizando la autoeficacia como moderador y la discapacidad como mediador de la depresión. La relación entre la intensidad del dolor y la depresión tuvo una significación débil y la cuantía de varianza explicada incrementó de un 23% a un 30% cuando fueron añadidos los efectos de la discapacidad, apoyando la idea de esta variable como mediadora. La localización del dolor, su duración, el género y estar en paro, contribuyeron al aumento de explicación de la varianza en discapacidad.

Dickens (2002) afirmó que no había duda de que existía una asociación significativa entre el dolor y la depresión, pero que interpretar las correlaciones como un vínculo directo era incorrecto. Propuso que la relación establecida entre estas variables no era real, sino que estaba modulada por la discapacidad y por la actitud ante la enfermedad. En el planteamiento defendido consideraron la depresión como consecuencia de una situación dañina compleja, donde se entrelazan la percepción dolorosa, la personalidad del sujeto, su capacidad de afron-

tamiento y las repercusiones sobre la calidad de vida (Dickens, Jayson, Sutton y Creed, 2000, 2002).

En suma, los modelos cognitivos-conductuales y los modelos de estrés proporcionan una visión holística del ser humano y permiten plantear la perspectiva biopsicosocial como la más adecuada para profundizar en el conocimiento del dolor crónico. Desde esta perspectiva se deben detectar variables moduladoras intercesoras, tanto cognitivas como sociales, que puedan estar influyendo en el estado psicológico del paciente.

Los resultados obtenidos por Llorca Díez y Muriel (2004), en un estudio con pacientes con dolor crónico en una Unidad del Dolor evidencian que, aún siendo el dolor el malestar que vehicula una atención médica especializada y produce un padecimiento hacia el que se inclina todo el esfuerzo vital del paciente, su intensidad no establece una relación directa con variables psicológicas como el estado de ánimo y la ansiedad, es la calidad de vida la variable que se ve influenciada por la intensidad de dolor, cuando ésta es máxima afecta a diferentes componentes como la discapacidad física y sociofamiliar. Por último, el tiempo afecta también al malestar somático, concretamente en los pacientes del grupo oncológico que empeoran su calidad de vida a medida que evoluciona la enfermedad.

Ahora bien, es el grado de calidad de vida derivada del dolor crónico, la variable que influye sobre la sintomatología depresiva y ansiosa. Concretamente la depresión se acentúa cuando existen tanto limitaciones como discapacidad física, también cuando el paciente no puede desarrollar sus hábitos sociales y cuando presenta síntomas somáticos. Del mismo modo, la ansiedad estado es sensible a la peor calidad de vida física, sociofamiliar y somática, recordando las palabras de Chapman y Gavrin (1999), algunos pacientes que experimentan dolor sufren porque dejan de ser lo que eran.

Desde la Teoría cognitiva se afirma que el esquema que conforma el paciente de su dolor, desarrolla en paralelo la sensación nociceptiva y un conjunto de sentimientos y pensamientos relacionados con la misma. De esta forma, podemos entender que coetáneo al sufrimiento álgico, se establece una red de asociaciones entre sus limitaciones, su incapacidad percibida y la reducción en su entramado social y familiar que le privan de estimulación. Estos esquemas tienen la función de ordenar y dar sentido a la experiencia y, por tanto, actuarán como un mecanismo focalizador de la atención. El esquema de dolor contiene tanto la información sensorial como la del malestar evocado por la experiencia (Dar y Leventhal, 1993), y los aspectos sensoriales se procesan simultáneamente con el miedo, la tristeza y la ansiedad (Esteve Zarazaga, Ramírez Maestre y López Martínez, 2002). La depresión y la ansiedad en el dolor crónico son constructos multidimensionales que están influenciados por variables biopsicosociales.

En resumen, la sintomatología depresiva en el dolor crónico es un constructo multidimensional resultado de diversas variables biopsicosociales, que influyen en la reacción anímica del paciente. Se evidencia que un modelo que pretenda explicar y predecir la aparición, desarrollo y mantenimiento del estado anímico en el dolor crónico, debe ir más allá de la dimensión sensorial-fisiológica. (Miró, 2003; Bazako, 2003).

Ya anticiparon en su Modelo Melzack y Wall (1965, 2000), que las variables cognitivas, que median en la experiencia de dolor crónico, eran múltiples y que debían considerarse todas. La percepción del dolor no es el resultado final de una transmisión pasiva de impulsos, sino que se trata de una experiencia compleja determinada por la historia pasada del individuo, por el significado que tiene la estimulación para el sujeto por la situación en la que se encuentra, por las diferencias sociales y culturales y por su actividad cognitiva del momento.

La relación entre los componentes físicos y psicosociales del dolor crónico debe investigarse usando técnicas de análisis multivariante, que intenten explicar un modelo multidimensional de dolor crónico, pues los modelos unidimensionales no son del todo apropiados, porque dan una visión parcial y a veces engañosa. Sin embargo, no existen muchas investigaciones que planteen modelos cognitivos-conductuales o modelos de estrés, que den una visión holística del ser humano y permitan plantear la perspectiva biopsicosocial como la más adecuada para profundizar en el conocimiento de las sensaciones experimentadas en los procesos de dolor crónico. Desde esta perspectiva se detectan variables moduladoras intercesoras, tanto cognitivas como sociales, que parecen estar influyendo en el estado psicológico del paciente.

Entendemos la experiencia de dolor de forma similar a como la expusieron Chapman, Nakamura y Flores (1999) o Dar y Leventhal, (1993), como un proceso donde cualidades sensoriales y emocionales de la experiencia conjugan e integran el esquema cognitivo de dolor. Elaborándose una experiencia multidimensional subjetiva que es única para individuo.

En la actualidad, sería reduccionista desarrollar programas de intervención sobre el dolor sin orientarlo según un modelo biopsicosocial, que reconoce la importancia de los factores biológicos, médicos, psicológicos y socioculturales en el dolor crónico complejo, para conseguir tratamientos eficaces por su multidisciplinariedad en clínicas del dolor (Bonica, 1990). Estos modelos biopsicosociales, plantean una interacción sinérgica de las dimensiones de la experiencia dolorosa, donde los diversos componentes físicos y psicológicos del dolor lo definen y modulan siendo mediadores de su experiencia. Dependiendo de la valoración e interpretación que los individuos hagan de esta experiencia y de su calidad de vida existencial, cada paciente

desarrollará un afrontamiento y una respuesta afectiva (Wadell y Turk, 1992).

Al considerar la existencia de diversas variables intervinientes en el desarrollo de un trastorno depresivo disminuye la importancia de la intensidad dolorosa en el estado afectivo del paciente, y se contempla la posibilidad de un buen ajuste psicológico independientemente de la severidad del síntoma doloroso (Llorca Diez, 2004).



## LA TEMPORALIDAD

*Nada se pierde, nada pasa del todo, pues que todo se perpetua de una manera o de otra, y todo, luego de pasar por el tiempo, vuelve a la eternidad.*

(Unamuno 1864-1936)

Cualquier interacción de la vida ordinaria entre dos personas puede ser descrita como una sucesión de intercambios de mensajes verbales y no verbales que son secuencias de recepción de informaciones y de emisión de respuestas entre dos cerebros. En última instancia, toda interacción binaria es una confrontación en sincronía entre dos cableados cerebrales diferentes, el de esas dos personas.

Por sí solo cada cerebro es una máquina praxeológica, es decir, un sistema de acción (praxis), de producción de respuestas a los estímulos que le vienen del mundo exterior. La máquina cerebral posee unas memorias o redes perceptivas que reciben y tratan las entradas de información, y otras memorias ejecutivas que gestionan las salidas o respuestas. Y entre ambas tienen lugar unos intensos procesamientos intermedios.

Las señales que se refieren a un mismo objeto “diagnóstico” del mundo exterior son múltiples y emergen dispersas en la topología del cerebro. Proviene del córtex sensorial y de asociaciones de memorias preexistentes. Estas miles de señales tampoco aparecen en simultaneidad, por eso es necesario que algo agregue e integre esa diversidad de señales intencionalmente asociadas



a un mismo objeto. Este proceso de reconocimiento de forma y de identificación del objeto no es meramente pasivo, en él entran en juego memorias asociativas de experiencias pasadas que rellenan los huecos de una información entrante incompleta, además de proveer el marco de clasificación. El objeto será identificado mediante comparaciones ascendentes y descendentes a lo largo de redes neuronales jerarquizadas. Finalmente se producirá un etiquetado del objeto en las memorias semánticas.

El cerebro puede representar mal las situaciones, y percibir al otro como quizás no es. Las percepciones del mundo son incompletas, por eso las memorias asociativas y declarativas preexistentes tienen que proveer el marco global interpretativo. En ocasiones hay errores de identificación que sobrevienen porque los proceso en bucle de reconocimiento de formas y de identificación, son interrumpidos prematuramente, unas veces para economizar energía y otras por la urgencia del tiempo.

Antes de desencadenar la respuesta, paralelamente con mecanismos límbicos, entran en cooperación las funciones de anticipación y de planificación del córtex prefrontal ya que en éste se crea por asociación pensamientos del futuro y es responsable de los comportamientos orientados hacia la consecución de finalidades. Entendiendo el concepto de anticipación como la habilidad para comportarse en el presente teniendo en cuenta posibles estados futuros.

La anticipación es un proceso de evaluación cognitiva que prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocara en el individuo, sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento. Va desde un proceso rápido, intuitivo, automático, hasta un proceso de predicción elaborado, deliberado, basado en inferencias inductivas o deductivas.

Desde la teoría de Lazarus y Folkman (1984), se relaciona con:

- Una evaluación primaria según, relativa al cómo, cuándo, de qué manera algo perjudica o beneficia
- Una evaluación secundaria relativa a qué puede hacerse al respecto

Igualmente, desde la teoría de Bandura (1986), se relacionaría con sus conceptos de:

- La expectativa de eficacia, relativa a la capacidad que se atribuye el sujeto para poder realizar alguna conducta
- Y la expectativa de resultados, relativa a qué metas se calculan probables

Por todo ello, la anticipación prefigura aspectos básicos de la acción y del sujeto en acción, cómo puede ésta desarrollarse en un contexto y circunstancias determinadas y cómo se verían nuestros propósitos favorecidos u obstaculizados. Se trata pues de un mecanismo básico de adaptación e incluso de supervivencia, sin olvidar el valor motivacional que la anticipación como expectativa tiene. Los pensamientos anticipatorios que no exceden los límites de la realidad tienen un valor funcional porque motivan el desarrollo de competencias y de planes de acción. La anticipación forma parte de la propia acción como factor regulador e inductor conductual y emocional.

Las anticipaciones referidas a la ocurrencia de amenazas, daño o perjuicio, generan ansiedad, ya que el pensamiento tiene gran capacidad de autoactivación fisiológica de la emoción. Estos pensamientos pueden resultar, a veces tan activadores como los propios acontecimientos reales.

El individuo presta especial atención a las señales del entorno o a las internas que tienen el valor de predecir el desarrollo de la acción y sus resultados. La previsión resultante de la consideración y captación de dichas señales predetermina a su vez el campo atencional sobre el que preferentemente se focalizará cuando la situación se presente. Otros aspectos de la situación quedarán ensombrecidos.

Podemos decir que dada la situación, el individuo tiene más posibilidades de ocuparse de aquello que le ha preocupado. La previsión prepara pues al organismo para atender y responder a determinados aspectos de la realidad.

Hay que evitar que salga de la relación lleno de dudas y enfermo de lo que los franceses llaman “pensaments d`escalier”, preguntas que no tuvieron tiempo u oportunidad de formular y dónde y a quién debieron formularlas. O con el mecanismo de Poliana, que es un mecanismo de defensa del yo, caracterizado por un optimismo ciego que produce en el sujeto la creencia de que todo esté bien, aunque no sea así en la realidad.

### *Pensamiento anticipatorio*

La anticipación también puede definirse como la capacidad de vivenciar en el presente situaciones futuras (Sutter, 1983), asociando una valoración de carácter positivo o negativo. Anticipar significa formular previsiones.

Sutter y Berta (1991) desarrollaron el concepto de anticipación y lo adaptaron a la patología psiquiátrica como una característica del pensamiento consciente, que permanece a la espera para liberarse en la acción. Se considera como el resul-

tado del equilibrio entre las expectativas sobre las propias capacidades del individuo y las circunstancias externas.

Ya en 1927, Heidegger diferenció los términos de “espera” y de “anticipación”, en el intento de mostrar dos actitudes básicas hacia el futuro. El primero demuestra una visión del tiempo exclusivamente cronológica, mientras el segundo indica una actitud más activa de comprender el futuro (Pires, 2001).

De acuerdo con Sutter (1983), la anticipación es “un movimiento mediante el cual el hombre se proyecta en todo su ser más allá del presente.” La proyección del “yo” es un fenómeno complejo que trasciende no sólo a nivel psicológico, sino también fisiológico, y que conduce a la conciencia a reorganizar continuamente el futuro; se considera un concepto holístico al tratarse de una continuidad indisoluble (Atkinson, 1995).

Sabemos que el pasado afecta al futuro en la medida que determinan los pensamientos en un sentido general, y por tanto, también influye en la anticipación. La anticipación sirve para la elaboración mental del futuro, una concienciación de sus fines, su valoración y su materialización en forma de deseos, miedos y expectativas. Evaluar el pasado, implica medir el medio externo, los obstáculos y las dificultades, lo que conlleva el impulso para determinar las acciones o el movimiento en relación con el futuro, siendo todo ello atribuible al pensamiento anticipatorio.

Como concepto, la anticipación tiene su origen en concepciones fenomenológicas de las vivencias y de la experiencia temporal del hombre en el mundo; así, es posible integrarla en los modelos cognitivos a nivel emocional.

Se asume que sería un indicador válido de las alteraciones del humor, con especial relevancia en la depresión. Pero, para explicar este fenómeno han de sumarse la influencia de factores relacionados con la personalidad del propio individuo y las

características cognitivas previas. Es obvio que el pensamiento anticipatorio en un hecho personal e intransferible y, además, se establece de forma continua.

La valoración personal que influye en la anticipación se da en dos vertientes, si es optimista orientará hacia una anticipación positiva, valorando posibilidades reales aunque inciertas. Por otro lado, si es negativa se asume como normal llegando a prevenir de fracasos posteriores. Pero si, por variaciones del humor, como en la depresión, la anticipación no es objetiva y se realiza en un mismo sentido, merma la facultad de anticipar positivamente.

La anticipación negativa es concebida simultáneamente como síntoma y mecanismo patogénico de la depresión, coincidiendo a la vez con otros atributos dentro de un síndrome depresivo (Pires, 2001) por eso es de gran importancia considerarla en la cronicidad. No está del todo claro el carácter principal o secundario de este evento, a pesar de la influencia de las alteraciones cognitivas en la depresión, el pensamiento anticipatorio orienta hacia la posibilidad, en algunos aspectos, de conseguir una raíz cognitiva al problema depresivo del enfermo, influyendo así mismo en la intensidad del estado depresivo y en los síntomas. Para valorar los mecanismos etiopatogénicos de la depresión se puede atender a la anticipación sin que implique ser un recurso psicopatológico, aunque se podría considerar como un factor discriminante intrínseco potencial.

*El tiempo*

*El futuro nos tortura y el pasado nos encadena. He ahí por qué se nos escapa el presente* (Gustave Flaubert, 1821-1880).

Es sabido que la persona cambia a lo largo del tiempo hasta extremos imposibles de prever por las teorías psicológicas. En palabras de Pelechano (2000):

*cuando se habla de cambio y permanencia, la referencia de estos dos conceptos debe hacerse de manera relativa y no absoluta. Esto es, algo cambia y no todo; y algo permanece, y no todo.*

La enfermedad, a veces, se percibe como una separación, como un corte, el paciente se siente separado bruscamente de su pasado, se convierte en alguien diferente al que era y esta separación lo adentra en un estado angustioso, desconocido. Queda también separado de su futuro; la enfermedad introduce en el desarrollo lógico de los días del hombre un vacío y un interrogante (Van Der Brugenn, 1977).

La alteración de la vivencia temporal ocupa un lugar predominante en las transformaciones que siguen a la legitimación de la enfermedad. Se pasa de hecho de una negación de la variable tiempo (tenemos toda la vida por delante) a su reconocimiento, la vida tiene un límite, y por último, a una valoración del tiempo, vivir intensamente el tiempo que queda (Aïach, 1990).

La certidumbre de que la vida tiene un límite y al mismo tiempo la imposibilidad de conocer su duración, son factores que producen un elevadísimo nivel de ansiedad. La necesidad de saber se une a la de decidir y planificar el tiempo restante, lo que permite conservar parte de la autonomía que se está perdiendo. El concepto del límite temporal está necesariamente unido al del fin de la existencia y a la necesidad de vivir intensamente el tiempo que queda; “tengo la impresión, desde que

estoy enferma, de haber vivido varias vidas paralelas y con distintos finales” (De Areilza, 1983).

Existe una analogía entre el conocimiento del diagnóstico y el concepto de ruptura, como un corte en la continuidad del proyecto de vida, concepto que a menudo aparece en los comentarios de los enfermos.

Además, las transformaciones físicas pueden producir toda una variedad de modificaciones en la vida cotidiana, así como la idea de una eventual mutilación, suscitan profundas angustias. El conocimiento de algunos casos de enfermedad en el entorno del paciente lo familiarizan con ésta, aunque este proceso no se produce siempre de manera positiva.

La sensibilización al hecho de que se puede vivir el tiempo que queda de forma diferente y más intensa, reduce la ansiedad y favorece una adaptación positiva a la situación. Esta adaptación permite reducir el miedo y sustituir las fantasías de muerte por un sentimiento de alivio y de futuro más positivo.

Al principio la información se vive como una catástrofe virtual, un castigo que estimula la ansiedad catastrófica y confusional. Como reacción al impacto desestructurante, se produce una desorganización creciente que coincide con el abandono de los proyectos y la dificultad para fijarse nuevos objetivos. Se borran los contornos y la claridad de los roles y se instala una sensación de caos en la estructura personal y familiar, lo que provoca una crisis. Generalmente, los cambios relacionados con la toma de conciencia de una enfermedad grave son abruptos, repentinos y su rapidez e intensidad dificultan su asimilación progresiva.

La crisis, tras la noticia de un diagnóstico no favorable, es la consecuencia de un cambio inesperado que altera el desarrollo normal, provocando un estado de desequilibrio y de incertidumbre ya comentados con anterioridad. Supone un impacto

acumulativo que, más allá de un determinado umbral, crea un estado de ruptura. La situación se caracteriza por contradicciones, tensiones y desacuerdos que lleva al individuo a dudar en cuanto a la línea de conducta que debe adoptar, puesto que las normas habituales quedan en suspenso e incluso se ven desfasadas.

A lo largo de la enfermedad en el transcurrir de la temporalidad se producen tantas crisis como cambios. El efecto traumatizante del diagnóstico se produce en primer lugar en el plano psicológico, ocasionando momentos colmados de incertidumbre y tensión. Los pacientes estigmatizados se caracterizan por: una sensación de pérdida de confianza en sí mismos y simultáneamente por una toma de conciencia de la diferencia. Se preguntan ¿Por qué me pasa esto a mí?, esta pregunta se produce generalmente al inicio de la enfermedad. El desajuste aparece antes de conocerse el diagnóstico y el reajuste se producirá a medida que avance y se controle la enfermedad.

Las frases de los paciente indican el efecto de desequilibrio que produce la enfermedad en sus primeros momentos, efecto al que sigue una adaptación progresiva. El grado de ajuste y desajuste variará en función de la dimensión psicológica pero también de las características de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican.

En los trastornos del estado de ánimo y en los trastornos de ansiedad, los ritmos biológicos (sobre todo el circadiano) suelen estar alterados y, además, las discrepancias entre el tiempo medido y el estimado tienden a acentuarse (Sánchez, 1999).

Por otra parte, determinadas características de personalidad, como la procrastinación (procrastination) o “el dejar para mañana” intervienen en el modo de enfermar de los ansiosos y los depresivos, y en su organización temporal, tanto de sus



ritmos biológicos, como de sus diferentes percepciones sobre el tiempo transcurrido (Flett, Blankstein & Martin, 1995).

Los trastornos psíquicos suelen determinar primeramente la desestructuración del tiempo y la disolución de las referencias temporales. En su desarrollo, la noción del tiempo es más abstracta que la del espacio y se desarrolla más tarde en el niño pequeño. Por todo ello, el tiempo tiene más importancia psicopatológica que el espacio (Alonso, 1968). Desde la experiencia clínica, Dörr Zegers (cit. por López e Higuera, 1996) afirma que la dimensión más fundamental de lo humano es la temporalidad; el tiempo cronológico es sólo un derivado, una abstracción del tiempo existencial.

Por otra parte, Minkowski (1973) recordaba a un enfermo que, afecto de esquizofrenia, disparaba tiros de revólver contra su reloj para matar, simbólicamente al menos, al tiempo al que consideraba su peor enemigo. Así mismo, Henry Ey (1963) dice que “el maníaco salta en la eternidad de lo posible, mientras que el melancólico está congelado en la eternidad de lo imposible.” Además, se considera que una de las características de los débiles mentales es la incapacidad de abarcar una perspectiva de más de veinte días en cada una de las direcciones del tiempo; el pasado o el futuro (Greeff, 1927, citado por Ellenberger, 1977).

Sabemos que la existencia se halla íntimamente ligada al tiempo, ontológicamente el problema es de la identidad radical del ser y del tiempo (Heidegger); pero aquí nos movemos en un plano psicológico es decir, óptico, no es el tiempo como estructura o fundamento del ser, sino el modo como el ser, la persona humana, vive el tiempo. La vivencia del tiempo resulta así una de las características más entrañables de la persona humana. El tiempo puede vivirse linealmente, como un camino a recorrer, como una llama que se consume. Este es el modo

fáustico de vivirlo. Como el tiempo humano tiene un fin, al recorrerlo aparece el temor de ese fin. La muerte con su velo angustioso, hace su llamada. Entonces el hombre se concentra más en el tiempo que está viviendo actualmente. Huye al verlo en su total perspectiva; si piensa en ello, lo hace de un modo racional. La idea de eternidad le aparece solamente a través de la idea de infinitud. La tendencia a la objetivación, se hace cada vez más patente, y la hazaña intelectual del establecimiento de las categorías de espacio y tiempo, es a la vez una especie de catarsis defensiva. La impersonalización del tiempo y la muerte ha sido sentida por el hombre de hoy como una de sus grandes insuficiencias. Rilke (1875-1926) plañía la muerte anónima en el hospital, un número, una cama, y anhelaba con un ansia patética la muerte propia.

El tiempo puede vivirse también en la vertiente del pasado. Éste se distiende como un largo túnel poblado de imágenes opresoras. En aquellos que tienen este modo de vivir, el tiempo, la vida, se enlaza con un tremendo complejo de culpabilidad (López Ibor, 1951).

### *La negación del tiempo*

Ya no existe la mañana, ni la tarde, ni la noche, todo es lo mismo. Los enfermos pueden expresar en estos casos ideas de inmortalidad. Estos enfermos que se autodenominan inmortales no se encuentran únicamente indefinidos en el tiempo, están todavía indefinidos en el espacio, en un mundo gigantesco, Es una megalomanía del Cronos, es el delirio de grandeza ligado a la pérdida del control de los límites temporales.

El cuerpo viviente es una ilustración excelente de la conciencia del tiempo y particularmente del presente, que se encuentra retenido entre un pasado inmediato, marcado por una percep-

ción ya desvanecida, y un devenir inmediato, que no puede ser un movimiento o una acción posible. En esto, el cuerpo aparecería como una postura, viviente, ésta es una situación que polariza sus acciones para conseguir un objetivo.

Parece imposible dissociar el cuerpo del tiempo, como si se considerara el tiempo exterior un simple telón de fondo de la historia de nuestro cuerpo en lugar de ser nuestra vida misma, desde su primer grito hasta su último aliento; aún parece más imposible dissociar el cuerpo del espacio que habitamos, exterior e interior, de nuestra superficie cutánea.

## NO PODEMOS ENSAYAR LOS FINALES

*Hay un rincón, junto al convento e iglesia de las Úrsulas, entre álamos, que allá en la primavera, cuando brota en ellos el tierno plumoncillo de las hojas nuevas, nos da la sensación de que el tiempo se detiene y remansa en la eternidad, de un pasado que es a la vez un porvenir, de una puesta de sol que se confunde con el alba.*

(Unamuno 1864-1936)

Las enfermedades cardiovasculares, las patologías respiratorias y la diabetes mellitus tipo 2, son enfermedades crónicas no transmisibles que se resisten a desaparecer. Además, muchas de ellas registran factores de riesgo modificables ante una mejoría del control de hábitos de vida como la dieta, el tabaquismo y el ejercicio con el fin de reducir su morbimortalidad.

Que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados y de sus familias, que son causa de muerte prematura y que acarrear un gasto económico muy importante es tan sabido por las autoridades sanitarias como subestimado por la sociedad en general. Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, algunos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos neuropsiquiátricos, diabetes mellitus 2 vinculada a la obesidad y patologías osteomusculares, son problemas con graves repercusiones en todos los ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el año 2015, a menos que se tomen las medidas oportunas al respecto, de los 64 millones de personas que fallecerán, 41 morirán por una enfermedad crónica, transmisible o no. Las enfermedades crónicas transmisibles son aquellas que además de caracterizarse por su cronicidad, son infecciosas, entre estas últimas se encuentra la tuberculosis y el sida.

Según la OMS, respecto a las enfermedades crónicas hay ciertas confusiones que han contribuido a que se releguen a un segundo plano y a que se consideren como una amenaza lejana. Y nada más lejos de la realidad. Una de las creencias es que estas enfermedades afectan a países desarrollados, sin embargo, la verdad es que de cada cinco fallecimientos por su causa, cuatro se registran en países en desarrollo, con ingresos bajos o medios. Además estos países no pueden afrontar el problema conjunto de las enfermedades transmisibles y los nuevos factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas.

Otra falsa creencia es que afectan sólo a personas de edad avanzada. Sin embargo, son la causa de muerte prematura de personas de menos de 70 años y el 25% de personas de menos de 60 años.

Tampoco es siempre el resultado de unos hábitos de vida poco saludable cuando el escenario se traslada a países sin medios. La responsabilidad de cada uno únicamente se puede ejercer cuando todas las personas gozan de un acceso equitativo a una vida sana, para tomar las decisiones saludables adecuadas y las autoridades del país intervienen en pos de mejorar la salud de la población, sobre todo en aquellos sectores más desfavorecidos y vulnerables.

También hay ciertas aseveraciones persistentes y sin fundamento que proceden de datos ciertos, pero distorsionados.

Todos conocemos a personas que, a pesar de seguir un modelo de vida totalmente insano, con multitud de factores de riesgo, disfrutaban de una vida larga, por el contrario, existen personas sin ningún factor de riesgo atribuible que han desarrollado una enfermedad crónica de forma prematura y han fallecido por su causa. Los expertos aseguran que estas situaciones son inevitables, además de poco comunes. La mayoría de las enfermedades crónicas son por causa de unos factores de riesgo comunes que solamente eliminándolos se pueden prevenir.

Lo que valdría la pena preguntarse es si vivir a toda costa no resulta a veces una solución dudosa, si algo terrible le ha pasado al paciente, algo que desde este mismo momento marcará su existencia, por ejemplo las llamas le han desfigurado el rostro, se lo han borrado. ¿Qué cosa más terrible puede suceder? ¿Qué ulterior pérdida puede sufrir sino la del rostro, la de la identidad primera? La cara, dicen, es el espejo del alma y sin rostro no hay reflejo. Es más, el rostro es la memoria esencial, se puede olvidar todo salvo el propio reflejo: sin reflejo no hay identidad. Perder el rostro es la forma más radical del olvido. A partir de ese instante corre el riesgo de estar vivo, sin identidad, pudiendo pasar a formar parte de los hombres diferentes, los que viven apartados, en los márgenes. El trasplante de rostro en la actualidad, no le permite recuperar al cien por cien la mímica, la expresión, la fisonomía anterior, pero si que promete algo muy importante, puede contribuir a garantizar su dignidad.

Transmitamos un soplo de optimismo y demos a conocer facetas de vanguardia, como son la medicina regenerativa, cuyas ventajas al utilizar células del paciente, hacen que no exista riesgo de rechazo y tampoco necesitan donantes porque es el mismo cuerpo el que se repara. Así mismo, el tratamiento proporciona una solución definitiva para que el tejido se regenere. Las innovaciones en esta especialidad permitirán tratar

enfermedades que hasta ahora no se podía, con la evolución de la tecnología se espera que se puedan curar casi cualquier enfermedad, degeneración o insuficiencia de los tejidos.

Además de los beneficios para la salud, la medicina regenerativa también tendrá un gran impacto en la industria biomédica y la asistencia sanitaria. En la actualidad hay soluciones que ya se están aplicando en la reparación de la piel en quemaduras y úlceras. También se están investigando en otros campos como el sistema óseo, para el que se están desarrollando estructuras que fomentan el crecimiento del hueso en traumatismos, osteoporosis y cáncer.

En cardiología se está trabajando con stents biodegradables para regenerar el tejido de los vasos sanguíneos, la generación de vasos de pequeño diámetro y la recuperación de las válvulas cardíacas. Para el sistema nervioso, se estudia tanto la regeneración de tejido nervioso periférico como de la médula espinal, también se están investigando aplicaciones para el disco intervertebral, la recuperación de la mácula del ojo y la regeneración de tejidos blandos, como es el caso de hernias de intestino.

Es tiempo de ver más allá de un diagnóstico médico, para ver de nuevo al ser humano, con sus fortalezas y debilidades, portador de miedos, de esperanzas e ilusiones.

Es tiempo de abandonar nuestra arrogancia profesional, de reconocer que no tenemos todas las respuestas, de ser lo suficientemente humildes para pedir a las personas a las que servimos que nos enseñen, personas portadoras de un bagaje existencial, de una comprensión sobre la enfermedad o de la disfunción ocupacional, con una información que no podemos obtener solamente de los libros de texto. Personas que han sido capaces

de trascender la enfermedad, dándonos una lección magistral sobre el espíritu humano.

Es tiempo de volver a creer en los prodigios, de sacar los sueños de los cajones. De recuperar el sentido de las palabras que hemos malgastado de tanto pronunciarlas sin amor. Conjuntamente con las personas a las que tenemos el privilegio y responsabilidad de servir, es tiempo de construir una sociedad sin olvidarnos de nadie, aunque no pueda pagar nuestros servicios.

Ante la creciente agresividad física e ideológica que en este mundo globalizado invade las relaciones humanas, quizás el valor universal que deba de ser recuperado con mayor urgencia sea la solidaridad en la convivencia, asentada en la libertad y la dignidad humana. Una solidaridad que no se descubre como certeza con valor humano por un proceso de reflexión intelectual sino por una creación personal, casi poética; una creación que se logra a través de una creciente sensibilidad ante el cotidiano espectáculo del dolor y de las humillaciones de los otros seres humanos (Pera, 2006).

La mayoría de las profesiones contribuyen a la salud y al bienestar de la humanidad en un sentido u otro. Pero las actividades del médico, suponen esfuerzos muy especializados y deliberados para ayudar al que sufre, al enfermo, a aquellas personas que de alguna manera han perdido su camino.

Realmente no podemos ensayar los finales. Pero si perderles el miedo, a medida que nos hacemos mayores, aprendemos a quitarnos del pensamiento la muerte, la transformamos en algo positivo, pasar a mejor vida, volver a casa, reunirse con Dios, descansar en paz; la negamos apoyándonos en mitos; luchamos por conseguir la inmortalidad a través de obras imperecederas, proyectando nuestra semilla en el futuro a través de nuestros



hijos o abrazando un sistema religioso que nos ofrece una perpetuación espiritual.

Desde nuestras tres décadas y media trabajando con pacientes con cronicidad a modo de conclusiones coincidimos con Yalom (2000), en la preferencia por dos métodos particularmente poderosos y comunes de disipar los miedos ante la muerte, dos creencias o ilusiones que proporcionan una sensación de seguridad. Una es la creencia en la seguridad personal y la otra la confianza en un salvador supremo. Se tratan de creencias universales que, en algún nivel de consciencia, existen en casi todos nosotros.

La singularidad, el sentirse especial, es la creencia de que uno es invulnerable, inviolable, más allá de las leyes ordinarias de la biología y el destino humano. Mientras que la creencia en una singularidad personal proporciona una sensación de seguridad desde dentro, el otro mecanismo principal de negación de la muerte, la creencia en un salvador supremo, nos permite sentirnos vigilados y protegidos para siempre por una fuerza exterior. Aunque podemos desfallecer, ponernos enfermos, aunque podemos llegar al borde mismo de la vida, existe, estamos convencidos, un inminente servidor omnipotente que siempre nos devolverá la vida.

Estos dos sistemas de creencias juntos construyen una dialéctica, dos respuestas diametralmente opuestas a la situación humana. El ser humano puede o bien afirmar su autonomía a través de una heroica autoafirmación, o bien buscar la seguridad a través de una fusión con una fuerza superior; es decir, puede o emerger o fundirse, o separarse o incrustarse. O bien uno se convierte en su propio padre o bien permanece siendo eternamente un niño. Y llegado a este punto, con su permiso me gustaría finalizar con un verso de Machado, en memoria del que me dio la vida:

Y cuando llegue el día del último viaje,

Y esté al partir la nave

Que nunca ha de tornar,

Me encontrareis a bordo

Ligero de equipaje,

Casi desnudo

Como los hijos de la mar.

He dicho.



## BIBLIOGRAFÍA

- AARONSON, N. K. (1988). Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology*, 2, págs: 69-74.
- ADLER, A. (1975). *El sentido de la vida*. Editorial. Espasa Calpe. Madrid. original 1931.
- AIACH, P., KAUFMANN, A. E. y WAISSMAN, R. (1990). *La enfermedad grave: aspectos médicos y psicosociales*. Ed. Interamericana. Madrid.
- ALAVA REYES, M. J. (2003). *La Inutilidad del Sufrimiento*. Ed. La esfera de los libros. Madrid.
- ALVES APOSTOLO, J. L. (2007). La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento. *Rev. Latino-AM. Enfermagem* Julio-Agosto 15(4).
- AMERY, J. (2001). *Más allá de la culpa y la expiación*. Ed. Pre-textos. Valencia. Original 1974.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4ª edición revisada) (DSM-IV-TR) Washington, DC: APA.
- ANTONOVSKY, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bas. San Francisco.
- ARNSTEIN, P. M. (1997). Pain intensity and self-efficacy as predictors of disability and depression in chronic pain. (Disertación doctoral, Boston College, 1997). *Dissertation Abstracts International*, 58, 1205.
- ARONOFF, G. M., y col. (2002). Evaluación biopsicosocial y tratamiento del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, *Tratamiento práctico del dolor* (pp. 165-174). Madrid: Ed. Edide.

- BALITSKY K.P. (1986). Neuronal aspects of metatazation of malignant tumours. *Communication XVI Cong. Inter. Cancer*. P. 546. Budapest
- BALZAC, H. (1980) *La piel de zapa*. Brugera. Barcelona. 1ª ed.1831.
- BANDURA, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- BANKS, S. M. y KERNS, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119, pp : 95-110.
- BAÑOS, J. E. y BOSCH, F. (2002). Conceptos generales en Algeología. En L. Aliaga, y col. *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*, 2ª edición (pp. 1-8). Barcelona: Ed. Permanyer.
- BARRET, J.E., BARRET, J.A., OXMAN, T.E. y cols. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in primay care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp: 1100-1106.
- BATESSON, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Ed. Lohlé-Lumen. Buenos Aires.
- BATTRAM, A. (2001). *Navegar por la complejidad*. Ed. Granica. Barcelona.
- BAYES R. (1991). *Psicología Oncológica* 2ª edición. Ed. Martínez Roca Barcelona.
- BAZAKO, E. (2003). Intervención psicológica en una unidad de dolor. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 569-590). Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- BECKER, N., THOMSEN, A.B. y OLSEN, A.K. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73(3),pp: 393-400.
- BEECHER, H. (1959). *Measurement of subjective responses: Quantitative effects of drugs*. Nueva York: Oxford University Press.

- BERNHARD, T. (1985). *El Aliento* (autobiografía III) Ed. Anagrama. Madrid. 1ª edición 1978.
- BIBRING, E. (1943). The conception of the repetition compulsion. *Psychoanalytic Quarterly*. Vol. XII, nº 4 pag. 486.
- BONICA, J.J. (1990). *The Management of Pain*, (2ª ed). Filadelfia: Lea & Fabiger.
- BORGES, J. L. (1992). *El jardín de senderos que se bifurcan*. Obras completas. Vol II. Ed. Círculo de Lectores.
- BÜCHNER, F. (1969). *Cuerpo y Espíritu en la Medicina Actual*. Ed. Rialp. Madrid.
- BÜCHNER, G. (1992). *Obras completas*. Ed. Trotta. Madrid.
- BURISH, T.C. y BRADLEY, L.A. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*, New York, Academic Press.
- CALMAN, K.C. (1987). Definitions and Dimensions of Quality of Life. En N.K. Aronson y J. Beckman (Eds.), *The Quality of Life of Cancer Patients* (pp.1-10). New York: Raven Press.
- CASADO, M. I. y URBANO, L. N. (2002). *Dolor crónico y efecto negativo*. Universidad Complutense de Madrid, Departamento Psicología Básica, Interpiquis.
- CHAPMAN, C. R., NAKAMURA, Y. y FLORES, L. Y. (1999). Chronic pain and consciousness: a constructivist perspective. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial factors in pain*. Nueva York: Guilford Press.
- CHAPMAN, C.R. y GAVRIN, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353, pp: 2233-2237.
- CICCONI, D. S. y GRZESIACK, R. C. (1984). Cognitive Dimensions of Chronic Pain. *Social Science and Medicine*, 19, pp: 1339-1345.
- CORBIN, J. y STRAUSS, A. (1987). Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography, time. En Conrad, P.. *The experience and management of chronic illness. Research*

- in the Sociology of Health Care*. Vol. 6 Connecticut: Jai press Inc 1987. pp: 249-281.
- CRAIG, K. (1983). Modeling and social learning factors in chornic pain. En J.J. Bonica (Ed.) *Advances in Pain Research and Therapy* (vol.5). Nueva York: Raven Press.
- CUELLO, G. (2001). El dolor crónico en pacientes terminales. En R. D Alvia, *El dolor. Un enfoque interdisciplinario* (pp.73-78). Buenos Aires. Ed. Paidos.
- CYRULNIK, B. (2001). *La maravilla del dolor. El sentido de la Resiliencia*. Barcelona. Ed. Granica.
- DALI, S. (2003). *Textos autobiográficos*. Obra completa. Fundación Gala Salvador Dalí. Barcelona.
- DAR, R. y LEVENTHAL, H. (1993). Schematic processes in pain perception. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 341-357
- DE AREILZA, C. (1983). *Diario de una rebeldía*. Espasa y Calpé, Madrid.
- DE DIEGO, E. (2005). *Travesías por la incertidumbre*. Ed. Seix Barral. Madrid.
- DE PABLO, J., VALDÉS, M. (2002). Aspectos psicológicos asociados al dolor crónico. En L. Aliaga, y col.(Eds.). *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. (2ª ed.) Barcelona: P. Ed. Permanyer.
- DELISLE, J. (1987). Le médecin dans ses marges et les impasses du médecin. *Psychosomatique* 9, pp. 79-98.
- DERASARI, M.D. (2002). Taxonomía de los síndromes dolorosos: clasificación de los síndromes de dolor crónico. En P. Prithvi Raj, *Tratamiento práctico del dolor* (pp. 10-16). Madrid: EDIDE.
- DICKENS, C., JAYSON, M., SUTTON, C. y CREED, F. (2000). The relationship between pain and depression in a trial using paroxetine in sufferers of chronic low back pain. *Psychosomatics. Journal of Consultation Liasion Psychiatry*, 41(6), pp. 490-499.

- DIE-TRILL, M. (2003). *Psico-oncología*. Madrid: Ades Ediciones
- DIEZT, J. H. (1974). Rehabilitation of the cancer patient: its role in the scheme of compressive care. *Clinical Bulletin*, 4 (3), 104-107.
- EKMAN, P. y O'SULLIVAN, M. (1991). Who can match a liar? *AM. Psychology*, 46: pp: 913-920
- ELLENBERGER, H.F. (1976). *El descubrimiento del inconsciente*. Ed: Gredos. Madrid
- ESTEVE, M. R., RAMÍREZ, C. y LÓPEZ, A. E. (2002). Aspectos emocionales en el dolor. *Actualizaciones en dolor*, 2(4), pp: 252-261.
- EY, H. (1963). *La conciencia*. Paris: P.U.F.
- FALLACI, O. (2009). *Un sombrero lleno de cerezas* Ed. La esfera de los libros. Madrid.
- FANCIULLO, G. J., JAMISON, R. N., CHAWARSKI, M. C. y BAIRD, J. C. (2001). Interactive computer method for rating quality of life: Comparison of chronic pain patients and healthy controls. *Pain Medicine*, 2(4), pp:298-308.
- FISHER, B. J, y col. (2001). Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain*, 89(2-3), pp:199-206.
- FLÓREZ LOZANO, J. A. (2001). *Aspectos Psicoafectivos del Enfermo Terminal: Atención Ética Integral*. Barcelona: AstraZeneca.
- FORDYCE, W. E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis, C.V. Mosby.
- FRANKL, V. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Ed. Herder. Barcelona. Riginal.
- FREUD, S. (1980). *Obras Completas*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.
- GALINDO, L. y SANTACRUZ, J.M. (2009). *Ansiedad y Enfermedad Médica*. Euromedice. Barcelona



- GÁLVEZ, R. (2000). *Actualización y mejora en el tratamiento del dolor*. Madrid: Master Line.
- (2003). *Abordaje Actual del Dolor Neuropático*. Madrid: Master Line.
- GAMEIRO, M. (1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra. Ed. Quarteto.
- GARCÍA-RIAÑO, D. e IBÁÑEZ, E. (1992). Calidad de Vida en enfermos físicos. *Revista Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de Barna*, 19(4), 148-161
- GATCHEL, R.J. (1996). Psychological disorders and chronic pain: Cause-and-effects relationships. En R.J. Gatchel y D.C. Turk (Eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A practitioner's Handbook* (pp. 33-54). New York: Guilford Press.
- GIRADLES, J., SÁNCHEZ, T. y LLORCA, G. (2002). Vivencia emocional alexitímica en el enfermo oncológico. *Revista de Motivación y Emoción*, 5(10).
- GIRALDEZ, J. y LLORCA, G. (2001) Psicología y cáncer: una relación necesaria. *Temas de Psicología VII* pp. 79-95. Salamanca Universidad Pontificia.
- GULBRANDSEN, N., HJERMSTAD, M.J. y WISLOFF, F. (2004). Interpretation of quality of life scores in multiple myeloma by comparison with a reference population and assessment of the clinical importance of score differences. *European Journal of Haematology*, 72(3),pp: 172-180.
- HAGEN, K. B., KVIEN, T. K. y BJORNDAL, A. (1997). Musculoskeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to rheumatoid arthritis: A population survey. *Journal of Rheumatology*, 24 , pp: 1703-1709.
- HARRIS, S., MORLEY, S. y BARTON, S. B. (2003). Role loss and emotional adjustment in chronic pain. *Pain*, 105(1-2), pp: 363-370.

- HASSON, A. (2001). Manifestaciones del trastorno facticio y de la simulación. *Piel*; 16. pp: 505-510.
- HEIDEGGER, M. (1927/1963). *El Ser y el tiempo*. Mexico: Fondo de cultura económica.
- HERZILCH, C. (1973). *Health and Illness: A Social-psychological Analysis*. New York. Academic Press.
- HOFFMAN, P.K., MEIER, B.P. y COUNCIL, J.R. (2002). A comparison of chronic pain between an urban and rural population. *Journal of Community Health Nursing*, 19(4), pp: 213-224.
- IRUELA CUADRADO L. M.(1990). Aspectos psicológicos y relacionales del enfermar y las enfermedades. Salud Mental. Ed. Ideosa Madrid.
- JAYNE, R. L, RANKIN, S. H. (2001). Application of leventhal's self-regulation model to chinese immigrants with type 2 diabetes. *Image J Nurs Sch*; 33(1):53-9.
- JUURLINK, D.N. y col. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), pp: 1179-1184.
- KATON, W. et al. (2007). The association of depression and anxiety with chronic medical illness. *Gen. Hosp.Psychiatry* 29: 147-55
- KATZ, P. (2004). Function, disability, and psychological well-being. *Adv Psychosomatic Medicine*, 25, pp: 41-62.
- KERNS, R., ROSENBERG, R.D. y JACOB, M.C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, pp: 57-68.
- KOBASA, S. C. y MADDI, S. R. (1982). Hardiness and health: Aprospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1): pp: 168-177.
- LATRU, F, FONTAINE, A. y COLLEAU, S. (1997). Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease multicenter study. *British Medical Journal*, 314, pp: 23-28.

- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, D. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- LEDESMA JIMENO, A. (1981). Un modelo de Mente Humana. Pp. 15-71. En *Agresividad y Mente Humana*. Universidad de Salamanca.
- LEWI, P. (1988). *Si esto es un hombre*. Ed. El Aleph. Barcelona. Original 1945
- LEWI, P. (2000). *Los hundidos y los salvados*. Ed. Muchnik. Madrid. (Original 1986).
- LIPOWSKY, Z. J. (1985). *Psychosomatic Medicine and Liason Psychiatry*. New York: Plenum
- LLORCA DÍEZ, G. J. (2004). *Estado de ánimo y calidad de vida en el dolor crónico*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- LLORCA DÍEZ, G. J. y LLORCA, G. (2003). La sexualidad en el paciente oncológico. Ed. Montejo. En *Sexualidad y Salud Mental*. Ed. Glosa. Barcelona.
- LLORCA DÍEZ, M. A. (2009). *Hábitos y usos de los videojuegos en la comunicación visual: influencia en la inteligencia espacial y en el rendimiento escolar*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- LLORCA DÍEZ, M. A. y LLORCA, G. (2007). Gustav Klimt. Viena, 1900. Ed. A.L. Montejo. En: *Sexualidad, Psiquiatría y Biografía*. Ed. Glosa. Barcelona.
- LLORCA, G. (1989). Depresión y cáncer. En *Estudios sobre las depresiones*. Ed. Ledesma. Ed. Universidad de Salamanca.
- (1991). *Proyecto de Investigación Memoria de oposición Cátedra de Psiquiatría*. Salamanca.
- (1993). Psiquiatría y Cáncer. En: *Libro del Año de Psiquiatría*. (pp. 143-178). Eds. Saned. Madrid.
- (1999). Estado actual del cáncer. Intervención en pacientes oncológicos. En García-Camba, E. (Ed). *Manual de Psicooncología*. Pp. 231-258. Madrid. Ed. Aula Médica.

- LÓPEZ IBOR, J. J. (1951). *El español y su complejo de inferioridad*. Ed. Rialp. Madrid.
- (1952). *El descubrimiento de la intimidad*. Ed. Aguilar. Madrid.
- (1964). *La aventura humana*. Ed. Rialp. Madrid.
- (1975). *La Psiquiatría de Hoy*. Ed. Toray Barcelona.
- LÓPEZ-IBOR ALIÑO, I. (2007). Ansiedad y depresión reacciones emocionales ante la enfermedad. *An. Med. Interna*. 24; pp. 209-11.
- LÓPEZ, J. M. e HIGUERAS, A. (1996). *Compendio de Psicopatología*. Granada: Circulo estudios psicopatológicos.
- MADLAND, G., FEINMANN, C. y NEWMAN, S. (2000). Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84(2-3), pp:225-232.
- MADRID ÁRIAS, J.L. (1984). Evolución histórica de los agentes neurolíticos utilizados para el tratamiento del dolor crónico. *Revista española de Anestesiología y Reanimación*, 31, pp: 197-204.
- MALCOLM, L. (2009). *El trueno más allá del Popocatepetl*. Ed. Tusquet. Barcelona.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (1985). Características generales del dolor. En D. Barcia y A. Martínez. *Estudio y tratamiento del dolor* (pp. 12-20). Murcia: Roche.
- MARTY, P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*, Ed. Toray. Barcelona.
- (1995). *La Psicósomática del adulto*. Buenos Aires. Ed. Amorrotu.
- MATÍAS, J. y LLORCA, G. (1995). Psicooncología: Ansiedad. *Actas Luso Españolas. Neurol. Psiquiatr.* 23,6 (pp: 305-309).
- MELILLO, A. (2004). *Proyecto de construcción de resiliencia en las escuelas medias*. Ed. Secretaria Educación. Buenos Aires.

- MELZACK, R. (2000). Del umbral a la neuromatriz. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, pp: 149-156.
- MELZACK, R. y DENNIS, S.G. (1978). Neurophysiological foundations of pain. En R.A. Sternbach (Ed.), *The Psychology of Pain*. Nueva York, Raven Press.
- MELZACK, R. y WALL, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science* 150, pp: 971-979.
- MILLER, S. (1980. )When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful events by monitoring vs. Blunting. En Levine, S. y Ursin, H. (Eds.) *Coping and health*. Nueva York: Plenum.
- MINKOWSKI, E. (1973). *El Tiempo vivido*. Mexico D.F. Fondo Cultura Económica. 1ª. Ed. 1968.
- MIRÓ, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer.
- MOLINUEVO, J.L. (2001). *Estética del Naufragio y de la Resistencia*. Ed. Fundamentos. Valencia.
- MORRIS, D.B. (1993). *La Cultura del Dolor*. Chile: Ed. Andrés Bello.
- MOSS, R. H. (1977). *Coping with physical illness*, New York, Plenum.
- NIETZSCHE, F. (1997). *Ecce Homo: como se llega a ser lo que es*. Ed. Alianza. Madrid.
- OKIFUJI, A. (1995). Depression and anger in chronic pain: Relationships to treatment outcome. (Disertación doctoral, State University of New York at Binghamton, 1995). *Dissertation Abstracts International*, 56, 1117.
- OKIFUJI, A., TURK, D.C. y cols. (1999). Anger in chronic pain: Investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), pp: 1-12.
- OMS. (2008). *Enfermedades crónicas*. Madrid.

- (2008). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*.
- PAUL BOGHOSSIAN (2009). *El miedo al conocimiento*. Alianza. Madrid.
- PAUL, M., FONSECA, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa. Ed. Climepsi.
- PELECHANO, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona. Ed. Ariel.
- PELICIER, Y. (1979). *Introducción a la Psiquiatría*. Ed. Mensajero. Madrid.
- PERA, C. (2006). *Pensar desde el cuerpo. Ensayo sobre la corporalidad humana*. Ed. Triacastela.
- (2007). Cultura y ambigüedad. *Jano*: 16-22. N°1638.
- PEREIRA, M. LOPEZ, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. 2.ª ed. Lisboa. Ed. Climepsi.
- PEREZ-SALES, P. (2003). *Trauma y Resistência*. Ed. Escosura. Madrid.
- PETERS, M.L., VLAEYEN, J.W.S. y KUNEEN, A.M.W. (2002). Is pain-related fear a predictor of somatosensory hypervigilance in chronic low back pain patients? *Behaviour Research and Therapy*, 40, pp.: 85-103.
- PUNSET, E. (2009). ¿Existe solo el pensamiento racional? XL SEMANAL, 1.120, 12 de Abril de 2009.
- ROMANO, J. M. y TURNER, J. A. (1985). Chronic Pain and Depression: does the evidence support a relationship. *Psychological Bulletin*, 97, pp: 18-34.
- RUMMANS, T.A., FROST, M., SUMAN, V.J. y cols., (1998). Quality of Life and Pain in patients with recurrent breast and gynecologic cancer. *Psychosomatics*, 39, pp: 437-445.
- SANCHEZ, M. P. (1999). *Temporalidad, crono psicología y diferencias individuales*. Madrid. Centro de estudios Ramón Areces.

- SCHAVELZON J. (1988). *Paciente con cáncer*. Ed. Científica Interamericana Buenos Aires.
- SCHOPENHAUER, A. (1819) *El mundo como voluntad y representación*. Madrid, Akal.
- (2009). *Los Dolores del mundo*. Reedición. Madrid, Ediciones Sequitur.
- SELIGMAN, M. E. P. (1991). *Indefensión. En la depresión, el Desarrollo y la Muerte*. Madrid. Ed. Debate.
- SKEVINGTON, S.M. (1983). Social cognition, personality, and chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), pp: 421-428.
- (1998). Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL. *Pain*, 76, pp: 395-406.
- SKINNER, B.F. y VAUGHAN, M.E. (1983). *Enjoy old age*. Traducing. Barcelona: Martinez Roca, 1986.
- SMITH, M.T., CARMODY, T.P. y cols. (2000). Quality of well-being scale and chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(3), pp. 175-184.
- SMITH, M.T., PERLIS, M.L. y HAYTHORNTHWAITE, J.A. (2004). Suicidal ideation in outpatients with chronic musculoskeletal pain: an exploratory study of the role of sleep onset insomnia and pain intensity. *The Clinical Journal of Pain*, 20(2), pp: 111-118.
- SMITH, T.W., CHRISTENSEN, A.J. y PECK, J.R. y cols. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: A four year longitudinal analysis. *Health Psychology* 13, pp: 213-217.
- STERNBACH, R.A. (1974). *Pain patients. Traits and treatment*. Academic Nueva York: Press.

- SUMMERS, J.D., RAPOFF, M.A. y VARGHESE, G., (1992). Psychological factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 47, pp.: 183-189.
- TAGORE, R. (1972). *El sentido de la vida*. Ed. Aguilar, Madrid.
- TAYLOR, S. E. (1986). *Health psychology*, New York, Random House.
- TURNER, J.A. y CHAPMAN, C.R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12(1), pp: 1-21.
- VAN DER BRUGGEN. (1977.) *Ce malade qui existe*, Le Centurion. Paris.
- VLAEYEN, J.W.S. y LINTON, S.J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, pp: 317-332.
- VON KORFF, M. y SIMON, G. (1996). The relationship between pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl. 30), pp: 101-108.
- VON UNWERTH, M. (2006). *Freud's Requiem: Mourning, Memory, and the Invisible History of a Summer Walk*. Londres. Continuum Internacional Publishing Group.
- WADELL, G. y TURK, D. C. (1992). Clinical assessment of low back pain. En D.C. Turk y R. Melzac (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 15-36). New York, The Guildford Press.
- WERNER, F. (1992). *El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío. Sistemas Familiares*. Año 14. N° marzo 1998. p. 11.
- WHO (1993.) Group Study Protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, pp: 153-159.
- WILSON, K. E. (2002). Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En P. Prithvi Raj, *Tratamiento práctico del dolor* (pp. 332-346). Madrid: Ed. Edide



WORTMAN, C.B. (1984). Social support and cancer: Conceptual

and methodological issues. *Cancer*, 53, pp: 2339-2359.

YALOM IRVIN, D. (1998). *El día que Nietzsche lloró*. Ed. Narra-

tiva. Barcelona.

—— (2000). *Psicología y Literatura*. Ed. Paidós. Barcelona.

—— (2008). *La cura Schopenhauer*. Ed. Salamandra Barcelona.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN  
DEL  
ILMO. DR. D. ALFONSO LEDESMA JIMENO



Excmo. Sr. Presidente.

Excelentísimas e Ilustrísimas autoridades.

Excelentísimas e Ilustrísimos Señora y Señores Académicos.

Señoras y Señores.

Me ha sido concedido el honor de presentar a un nuevo académico, Ginés Llorca Ramón, que me ha producido una inmensa satisfacción puesto que se trata de un gran amigo con el cual he recorrido desde hace muchos años numerosas vicisitudes académicas y personales.

Los dos somos psiquiatras de vocación, y parte de su currículum está estrechamente ligado a mi persona, habiendo realizado ambos numerosas misiones en colaboración. Ante todo quiero enfatizar que se trata de un hombre integro y cabal y estoy seguro de que esta Real Academia va a quedar muy satisfecha de haberle acogido en su seno.

Al ocuparnos de su currículum en una adecuada semblanza tenemos que considerarle como Catedrático de Psiquiatría que tiene que cumplir simultáneamente tres misiones: docente, investigadora y asistencial y resaltamos que éstas, aunque son muy difíciles, son cumplidas por Llorca a la perfección y con gran equilibrio.

Ginés Llorca nace hace 63 años en Alicante en una familia humilde donde su padre es un hombre de mar, que le enseñó a navegar y a pescar.

Después hace la carrera de Medicina en la Universidad de Granada, con brillantes calificaciones y elige vocacionalmente la Especialidad de Psiquiatría por el sistema de residentes con el profesor D. Luís Rojas Ballesteros que, a su vez, había recibido su formación de la psiquiatría alemana, la más destacada todavía desde la posguerra mundial.

En 1975 cuando era residente de 4º año, accedo yo a la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad de Granada. Enseñado aprecio que en medio de la plantilla de aquél departamento clínico docente y asistencial, era la persona con mejores cualidades académicas, clínicas y humanas. Comprendí que era un joven con gran futuro, que además de poseer una elevada inteligencia también poseía una elevadísima inteligencia emocional.

En un original y brillante preámbulo a su discurso Llorca nos introduce en bellas pinceladas su propia biografía que yo matizo en algunos aspectos pues dada su humildad no refleja su verdadero valor.

Vamos a ocuparnos de sus realizaciones curriculares aparte de las que realizó conjuntamente conmigo y de todas ellas con suma brevedad pues aunque, muchas de ellas son extraordinarias, a la vez son tan numerosas que nos desbordarían en el espacio y el tiempo de exposición.

Establece una conexión con la escuela catalana de alcoholismo y drogas (Prof. Freixa) que le convierte en un destacado especialista en drogodependencias, siguiendo en la actualidad vinculado a algunas de estas sociedades internacionales como asesor científico.

Es muy de considerar las relaciones que establece con D. Juan José López Ibor senior, uno de los psiquiatras más importantes de todos los tiempos de nuestro país y reconocido como máxima figura internacional. Precisamente realiza su

Tesis Doctoral sobre la obra científica del Prof. López Ibor y en ella yo colaboré como director, pero con toda sinceridad el mérito fundamental fue su trabajo y dedicación. En la actualidad, todavía está considerada como de absoluta necesidad para conocer en profundidad el pensamiento del insigne psiquiatra, y así ha sido reconocido al celebrar el Centenario de su nacimiento. Recientemente al crearse la Fundación “López Ibor”, Ginés Llorca, que ha continuado su buena relación con el hijo del maestro el Prof. Juan José López Ibor – Júnior, ha continuado realizando importantes colaboraciones en congresos, reuniones científicas y en diversas publicaciones.

Hay que destacar la formación con Pierre Marty en Medicina Psicosomática y en Psico-oncología habiendo realizado numerosas publicaciones sobre este tema, destacando las que ha realizado sobre psicoinducción y psicoconsecuencias del cáncer.

Ha recogido el pensamiento psiquiátrico japonés a través de la doctrina psicoterápica de Morita con la originalidad de haberla aplicado a la psicoterapia de la enfermedad cancerosa. Su estudio del Bovarysme tomado de la obra de Flaubert *Madame Bovary*, resulta muy original e interesante pues permite comprender ciertos modelos femeninos que según el ángulo bovárico que él denomina pueden llevar a la mujer al suicidio.

Ha establecido una importante colaboración con la psiquiatría Portuguesa que ha dado lugar a numerosas reuniones científicas, publicaciones y la realización de 20 Tesis Doctorales y numerosas Tesinas de Licenciatura.

Si nos ocupamos ahora de su currículum en sus relaciones conmigo, podemos observar a lo largo de su vida desde que le conocí en Granada en 1975 hasta la actualidad, una labor científica, docente y asistencial muy rica. En 1978 entra en el Departamento que yo dirigía en Salamanca, como Médico Adjunto

por oposición nacional. Desde entonces ha ido obteniendo puestos cada vez de mayor responsabilidad, desde Profesor Asociado, después como Profesor Titular, Catedrático de Psiquiatría y hoy es Director del Departamento de Psiquiatría Psicología médica Medicina Legal e Historia de la Ciencia.

Su labor asistencial ha sido continua, laboriosa y eficaz, llevando la Medicina Psicosomática del Servicio de Psiquiatría, asistiendo todos los problemas psiquiátricos de todos los enfermos hospitalizados en el Hospital Clínico Universitario a excepción de la planta específica de Psiquiatría.

La labor de investigación está reflejada en publicaciones, conferencias, ponencias y comunicaciones en congresos y reuniones científicas a nivel regional, nacional e internacional.

Sus intervenciones en las líneas de investigación del Departamento fueron extraordinariamente brillantes y originales. Anualmente se celebraban cursos sobre agresividad donde intervenían expertos de alto nivel nacional e internacional que dieron lugar a cinco libros. Se trató la agresividad como el problema más importante del hombre contemporáneo ya que el aumento de la capacidad de agresión por el progreso podía llevar a la autodestrucción de la humanidad. Se creó una nueva escala de medida de la agresión que se aplicó a la población de Salamanca y provincia, que permitió la realización de numerosas Tesis Doctorales.

Ginés Llorca, especialista de máximo nivel en Psicooncología en un grupo de Tesis Doctorales, midió la agresividad en la enfermedad cancerosa encontrando un claro aumento de los niveles de autoagresión, conocimiento que facilitó los tratamientos psicoterápicos del cáncer.

También se pudo demostrar por primera vez la existencia de una agresividad maternal en la especie humana pues antes sólo se había demostrado en animales, estos resultados fueron

presentados en un Congreso Internacional en Estrasburgo y publicados en el *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. También en colaboración con el Profesor Domínguez Gil-Hurlé, se estudiaron niveles plasmáticos de psicofármacos y respuesta clínica que fueron publicados en importantes revistas internacionales.

En colaboración con el Departamento de Anatomía, se estudió con microscopía electrónica los efectos de antipsicóticos en cerebros de animales confirmándose el descubrimiento del equipo del profesor Amat y cols. de la existencia de una modificación de la sinapsis llamada “Sinapsis abiertas” que podían modificar los conceptos de transmisión sináptica. Estos hallazgos fueron confirmados por los Profesores González Santander y Gómez Bosque y cols., suscitando polémicas en la comunidad científica. Dieron lugar a importantes publicaciones, siendo Llorca destacado investigador.

En colaboración con el Profesor de Anatomía, el Dr. Blázquez Arroyo, se han continuado las investigaciones con antipsicóticos en animales, observándose que éstos producían un aumento de los astrocitos, que sugerían un posible nuevo mecanismo de acción de los antipsicóticos y contribuía a la nueva consideración de la importancia de las células de Glia en el funcionamiento del sistema nervioso central, dando lugar a tesis doctorales y publicaciones. Todos estos trabajos con los anatomistas fueron recopilados en un libro cuyo editor fue Ginés Llorca.

Últimamente Llorca también ha colaborado brillantemente en sesiones científicas realizadas con destacados físicos cuánticos para comprender la mente y la conciencia humana. Hace unos años habíamos elaborado conjuntamente un modelo de mente humana que fue publicado en el *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*.



La creación y evolución de la física cuántica han supuesto una de las más grandes revoluciones en el pensamiento humano. El comportamiento de las partículas cuánticas es enormemente extraño. Por ejemplo, lo que ocurre en una galaxia lejana puede repercutir en la esquina del jardín de mi casa. Los físicos aceptan que la tercera parte de nuestra economía se debe a los descubrimientos realizados por la física cuántica. Destacamos el láser, los transistores, la resonancia nuclear magnética y otros muchos.

Los físicos cuánticos se han encontrado de bruces con la conciencia humana y aunque existen enormes controversias entre los físicos cuánticos, es imposible comprender la conciencia humana sin recurrir a la física cuántica.

Casi todos los filósofos y neurocientíficos aceptan que la realidad es un producto del cerebro, de la mente humana, modificación de algo preexistente, pero los descubrimientos de la física cuántica han llevado a mucho más. Dentro de grandes controversias, un grupo de físicos cuánticos acepta que el mundo real a su vez es modificado al ser observado por la mente humana (principio de indeterminación o incertidumbre de Heisenberg, salto cuántico), no existiendo como tal el mundo real al dejar de ser observado, lo que es radicalmente revolucionario.

La última sesión que hemos tenido con un grupo de Catedráticos de Física Teórica y Filosofía de la universidad española, ha dado lugar a una interesante publicación que está actualmente en prensa donde, entre otras, se recogen estas ideas que intentamos aplicarlas al modelo que hemos ideado con Llorca de mente humana.

Ginés Llorca ha creado una Sociedad de Ayuda al Enfermo Depresivo. Ha sido Presidente de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría, ha tenido numerosas intervenciones en Congresos, reuniones científicas, master de Criminología y ha organizado también numerosos Congresos y Reuniones, ha recibido premios,

distinciones y sería prolijo y farragoso detallar todas sus realizaciones docentes, asistenciales y de investigación.

No quiero terminar sin destacar las actividades que está realizando conjuntamente con su esposa Prof. María Ángeles Díez, Psicóloga y Profesora titular del Departamento, que aparte de numerosas realizaciones docentes, científicas y asistenciales, han creado una Unidad de Atención al Universitario para la Valoración de la Salud Mental de la Población Universitaria y concluyo, vuelvo a resaltar sus cualidades humanas, que puedo certificar: buen hijo, buen padre y esposo, buen abuelo y amigo, amigo fiel, leal, generoso. Aseguro que la Academia se verá honrada con aceptarle en su seno.

### *Pasemos al discurso*

Ha sido muy acertada la elección de este título. Conocer el significado de la enfermedad para el enfermo y el entorno es ineludible para ofrecer una buena atención médica, y es además un tema muy pertinente para darlo a conocer en un foro o academia médica. Se trata de algo muy trascendental, la dignidad de vivir con la enfermedad.

¿Qué es la dignidad? Como categoría existencial es un concepto confuso. La declaración universal de los derechos humanos establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. La libertad y dignidad humana es la base de todas las constituciones democráticas modernas, incluida la española. La dignidad constituye el valor intrínseco del ser humano, por encima de raza, nación, condición social o económica, edad, sexo, ideas políticas y religiosas. La dignitas del mundo romano estaba unida a lo moralmente intachable. Supone excelencia, realce, decoro en la manera de comportarse, bondad, superioridad, caballerosidad, deberse a sí mismo,

decencia, honor, honorabilidad, adecuación a las ofensas y humillaciones, al desprecio y a la falta de consideración, es honradez y respeto de sí mismo, hacer lo adecuado, lo conveniente.

Hay una dignidad ontológica, inalienable, y aun cuando el ser humano pierda belleza, juventud, poder, inteligencia, riqueza y otras cosas y sólo quede su condición de persona, aun en el sufrimiento queda su dignidad inalienable.

La investigadora Rocío Gómez Gallego en su tratado “La dignidad humana en el proceso de salud-enfermedad” recientemente plantea este problema como un nuevo paradigma que en el fondo es una forma de contribuir a la humanización de la medicina.

Ginés Llorca en su discurso contribuye muy brillantemente a este objetivo, tiene en cuenta que existen grados de dignidad. Ginés Llorca es un científico que lleva varias décadas observando de modo específico esta cuestión. Ya en su discurso de entrada como académico correspondiente de esta institución trató brillantemente del tema “La dignidad de morir”.

Es importante morir con dignidad, pero ahora en su discurso se ocupa de un tema menos conocido y más difícil, más intrincado, la dignidad de vivir con la enfermedad. Desde que en 1978 se incorporó al Hospital Clínico Universitario de Salamanca, en su puesto hospitalario tenía la función de ocuparse de los problemas psiquiátricos de todos los enfermos de dicho hospital. Más de treinta años, le han convertido en un máximo experto en esta cuestión. Esta especialización psiquiátrica y psicológica le ha permitido profundizar en cómo vive el enfermo cualquier clase de enfermedad para aplicarle su adecuado tratamiento, es una autoridad internacional en el campo de la Psico-oncología.

Si analizamos algún aspecto más relevante de su discurso dentro de los numerosos que plantea, ya que nuestro espacio y tiempo es limitado, vemos como discurre sobre la enfermedad como destrucción, como liberación o como desafío. Las especiales vivencias del enfermo crónico, considerando la cronicidad como destino, unas veces como amenazante de muerte, estigmatizante, deformante o invalidante.

Existe todo un abanico de posibilidades, pues evidentemente hay grados de dignidad. Se puede actuar más o menos dignamente, y esto le ocurre al paciente, al médico o al entorno. Un problema singular puede ocurrir en el enfermo mental. Existen enfermos mentales, muy graves incluso, que no tienen conciencia de enfermedad. Esto puede plantear problemas de enorme dificultad terapéutica. Actualmente esto está planteando problemas éticos, legales, y de afectación a la dignidad del enfermo, de muy difícil solución. En España está resuelta legalmente la obligatoriedad de hospitalización de enfermos mentales, pero no de tratamientos ambulatorios obligatorios y aquí está una de las claves en la afectación de la dignidad del enfermo. No es banal, por la grave peligrosidad que puede tener el enfermo en colisión con la agresión a su dignidad personal. Esto ha provocado incluso discusiones en el Parlamento español y en otros foros, que no han llevado a su total solución. Este discurso del profesor Llorca puede ser de gran ayuda a la resolución de esta cuestión.

Llorca, reviviendo sus vivencias de la infancia y primera juventud, recoge la original idea de la enfermedad como naufragio. Efectivamente, en ocasiones, podemos imaginarnos al enfermo como un naufrago que culmina en la muerte o en la salvación provisional, pues la muerte siempre será el naufragio final.

Señala en el discurso sus estudios sobre psicoinducción y psicoconsecuencias de la enfermedad cancerosa. A pesar de

todos los estudios sobre biología molecular del cáncer, siendo un destacado investigador el profesor Eugenio Santos, compañero académico de esta corporación, unido a numerosos investigadores, algunos premios Nóbel, que lo consideran la vía regia del conocimiento de la oncología, existe un cuerpo de doctrina que piensa que ciertas variables psicológicas como estrés, características de la personalidad, intensos traumas psicológicos, pueden influir en la aparición y desarrollo del cáncer. El profesor Llorca se mantiene prudente en su discurso, estableciendo que no hay resultados concluyentes todavía, pues faltan estudios bien controlados.

Ginés Llorca ha dirigido numerosas tesis doctorales evaluando algunas variables psicológicas y la agresividad en la enfermedad cancerosa. El resultado más uniforme fue la existencia de auto-agresividad aumentada en comparación con los valores normales de la población. También estudia las psicoconsecuencias de la enfermedad cancerosa, señalando la frecuencia de depresiones y ansiedad con sus peculiares características en la enfermedad cancerosa.

Un tema interesante dentro del discurso se aprecia cuando se ocupa del concepto de resiliencia, que implica resistencia frente a la adversidad (en este caso la enfermedad), y por otro lado la posesión de una buena capacidad de sortear las dificultades y aprender de las derrotas y salir fortalecido de la situación.

Esto es observado en muchos de los que fueron internados en los campos de concentración nazi. Llorca define las personas con estas capacidades de resiliencia, encontrando razones de porqué no enferman los que no enferman, y es importante que el médico conozca estas cuestiones como prevención y terapia.

Una cuestión importante que ha suscitado numerosos debates es si se debe decir la verdad al enfermo y cómo decirselo, de

hecho, hemos presidido el Tribunal de una Tesis Doctoral dirigida por Llorca donde se trató este tema. Es una cuestión extremadamente delicada, pues hoy día el consentimiento informado, escrito o verbal, obliga a decirle al enfermo y a veces también a sus familiares esta verdad clínica. Cada enfermo es singular y en ocasiones una verdad puede llevarle al suicidio, y si no se le dice la verdad puede ocasionar graves perjuicios de todas las clases: económicos, matrimoniales, etc...

Una cuestión central en el discurso es el problema del dolor, del sufrimiento. El dolor y el sufrimiento humano han producido ríos de tinta y polémicas aceradas y continuas, y a veces ha llevado al enfermo a negar a Dios y al suicidio. El dolor oncológico no tiene ningún sentido, sobre todo en situaciones donde no puede realizarse ninguna terapia, salvo la del propio dolor. Se sabe, sin embargo, que la existencia de una enormidad de receptores, fibras nerviosas, neurotransmisores y centros procesadores del dolor ha sido una gran ventaja evolutiva. En la inmensa mayoría de enfermedades en un aviso decisivo para tratar y curar la causa del dolor.

En el discurso se recoge un interesante estudio de un hijo del Dr. Llorca, el psicólogo Llorca Díez, conjuntamente con el profesor Muriel, máximo experto en dolor (anestésista, Catedrático de Dolor y Académico Electo de esta Corporación), donde encuentran que la variable que se ve más afectada por el dolor es la calidad de vida del paciente, y es precisamente ésta la que eleva la vulnerabilidad hacia la depresión o ansiedad.

Se ha dicho que el enfermo que más sufre es el depresivo. No se trata de dolor físico, se puede hablar de dolor moral que en algún enfermo con depresión grave es casi infinito. El enfermo depresivo grave muchas veces nos dice que prefiere cualquier enfermedad o dolor por grave que sea que este sufrimiento moral, casi siempre nos dice que prefiere morir a estar así. En

numerosas ocasiones hace tentativas de suicidio o suicidio consumado (éste en una cifra de 15%). La enfermedad con mayor riesgo de suicidio es la depresión grave.

Otro aspecto importante es la incertidumbre, y en esta, en la enfermedad cancerosa, llega a una situación límite, existiendo siempre una espada de Damocles. Es fundamental que el paciente sepa afrontar la incertidumbre.

Llegamos al final y contemplamos al ser humano como un ser necesitado en la enfermedad, que debe mantener siempre su dignidad y recordamos el pensamiento del gran filósofo alemán Heidegger, cuando establece los tres hechos radicales de DASEIN (del ser ahí), específicos del ser humano. Primero, que nos encontramos arrojados en el mundo sin haberlo decidido nosotros. Segundo, que nos encontramos aprisionados en un cuerpo y en una mente que obligatoriamente nos han sido impuestos, y que estamos abocados a la muerte, a la finitud y a la nada. Estos tres hechos radicales no son fenomenales, sino existenciales, somos así hablando con plena radicalidad existencial. Aparte se pueden tener creencias religiosas o de otro tipo. Esto implica una negatividad existencial según el pensamiento de Heidegger y conduce a una culpabilidad existencial que obligaría, señala Heidegger, ante esta situación a decretar el suicidio voluntario, pero esto no sería una actitud auténtica de DASEIN, pues sería acabar con todos los posibles, señala Heidegger. Ante esta situación la actitud auténtica sería, ante la muerte inexorable, la espera continua de ella. Y esta actitud auténtica puede equipararse a la actitud más digna, la máxima dignidad ante la inexorabilidad de la muerte.

Concluyo felicitando a Ginés Llorca por su magnífico discurso, a su esposa María Ángeles, su hijo Ginés e hija María Angeles y demás familia, y estimo que la Academia se verá enriquecida por haberle acogido en su seno.

He dicho.