

Artículo Original

Alteraciones emocionales y comunicativas del paciente hospitalizado Emotional and communicative alterations of hospitalized patients

José Manuel García Arroyo ¹

¹Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla

RESUMEN

Introducción: aunque se intenta que la hospitalización sea breve, esta se convierte en estresante para el paciente, por ser indeseada y por colocarlo en una situación de dependencia y obediencia. No lo deja indiferente, provocándole reacciones de diversa consideración, algunas de las cuáles pueden ser disfuncionales. **Objetivos:** la meta de este artículo consiste en estudiar dichas reacciones, especialmente cuando ocasionan problemas de comunicación con el médico. **Métodos:** se tomó una muestra de pacientes adultos que consultaron a la APPS (total: 14), a quienes se les aplicó el "Método de Abordaje de la Subjetividad" (MAS), consistente en realizar entrevistas no-directivas a través de las cuáles se obtienen las frases emblemáticas del enfermo, con las que reconstruir los fenómenos subjetivos. **Resultados:** se identificaron distintas emociones (miedo, ira, rabia, etc.), relacionadas con las exigencias que tenían que cumplir en el ingreso. Esto ha permitido definir dos reacciones disfuncionales: la "sumisa" y la "rebelde" y en ambas se produce un trastorno importante de la comunicación médico-enfermo. **Conclusión:** el médico debe conocer bien las reacciones disfuncionales expuestas, su origen y los problemas que ocasionan, ya que solo así puede intentar modificarlas. **Palabras clave.** Hospitalización. Sumisión. Rebeldía. Reacciones disfuncionales. Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS).

SUMMARY

Introduction: although the hospitalization is intended to be brief, it becomes stressful for the patient, because it is unwanted and places him in a situation of dependence and obedience. It does not leave indifferent, provoking reactions of various considerations, some of which may be dysfunctional. **Objectives:** this article aims to study these reactions, especially when they cause problems of communication with the physician. **Methods:** to this end, we took a sample of adult patients who consulted in the APPS (total: 14 subject), who were treated with the "Method of Approaching to the Subjectivity" (MAS), consisting of non-directive interviews through which we obtain the emblematic phrases from the patient which make possible to reconstruct the subjective phenomena. **Results:** different emotions (fear, anger, rabies, etc.) related to the requirements that patients had to undergo during the income were identify. This has allowed us to define two dysfunctional reactions: the "submissive" and the "rebellious", and in both there is an important disorder of medical-patient communication. **Conclusions:** the doctor should know well the dysfunctional reactions exposed, their origin and the problems that causes, since only then it will be possible to try to modify them. **Key words:** Hospitalization. Submission. Rebellion. Dysfunctional reactions. Method of Approaching to the Subjectivity (MAS).

Autor de correspondencia: José Manuel García Arroyo. c/ Luis Montoto, nº 83 – 3º C. 41018 SEVILLA
Teléfonos: 954574592 / 655774035 correo electrónico: jmgarroyo@us.es

Fecha de Recepción: 22 de enero de 2021

Fecha de Aceptación: 1 de abril de 2021

Introducción

La palabra “hospital” viene de hospites (“huesped”), refiriéndose a la persona necesitada de asilo. Se trata de una denominación que parte de las instituciones de caridad que, apoyándose en el Cristianismo, funcionaron durante toda la Edad Media; por entonces, lo importante no era curar sino cuidar de los enfermos y también de los necesitados e indigentes. En ese momento histórico se había olvidado el origen de estos establecimientos en los templos griegos dedicados al dios Asclepio.

Actualmente se considera al hospital como una unidad física y social operativa, cuya finalidad última consiste en devolver la salud al paciente hasta donde sea posible, intentando recuperarlo para la sociedad de manera que pueda continuar con sus actividades habituales. No siempre se consigue este objetivo, presentándose casos incurables en los que la hospitalización tiene fines más modestos. A la función asistencial se añaden las de docencia e investigación, como se da en cualquier parte de un sistema de salud moderno.

La diversidad de fines sanitarios y de estructuras asociadas originan distintos tipos de hospitales (Generales, Psiquiátricos, Maternales, Rehabilitadores, Asilares, etc). Los que aquí interesan son los Generales que se ocupan de patologías reversibles, interviniendo en el diagnóstico y tratamiento, así como en la protección del paciente de las exigencias del medio. Se intenta reducir al máximo la duración de las estancias, orientándose el ingreso a una incorporación social rápida (1), de manera que la antigua función de custodia prácticamente ha desaparecido (2). Eso hace que el hospital sea el prototipo de organización con fines complejos: un hotel, una escuela, un laboratorio y un lugar de tratamiento (3).

El Hospital General cuenta con una serie de personas, distribuidas en dos grupos: los “sanitarios” y los “administrativos”, pudiendo ambos entrar en conflictos de intereses (4) y en problemas de ejecución, debido al doble sistema de mando (2). Son características de cualquiera de ellos las siguientes: división del trabajo en grupos especializados, cohesión dentro de cada

grupo, ordenación jerárquica con asignación de roles y principio de autoridad con normas de funcionamiento claras.

El hecho de que el hospital muestre un régimen de autoridad que exige obediencia, tanto de profesionales como de enfermos, hace que no baste con que estos últimos cooperen, sino que deben comportarse de una determinada manera. En este sentido, existen mandatos que abarcan diferentes áreas funcionales: vestimenta, horario de comidas, sometimiento a pruebas e intervenciones, tiempos de visita, etc. Evidentemente, las normas se hacen más rígidas cuando el hospital tiene mayor tamaño, debido a la necesidad de control, con lo que disminuyen las iniciativas de los pacientes haciéndose la relación terapéutica menos espontánea (5).

Dadas las características citadas, el ingreso se constituye en un acontecimiento alienante, que se presenta como: extraordinario (no forma parte de la experiencia cotidiana), imprevisible (no suele estar programado), indeseado (salvo casos de gran molestia o dolor, nadie lo quiere) e incontrolable (obliga a ceder la dirección a los profesionales sanitarios). Así las cosas, la decisión del internamiento casi nunca recae en el paciente (se cifra solo en un 2 %) (6) y suele tomarse ante circunstancias muy particulares (enfermedades graves, necesidad de cuidados que no pueden dispensarse en el domicilio o fracaso de los tratamientos utilizados) (7).

La hospitalización en sí misma supone un cambio drástico en la vida de una persona, pues la lleva a asumir un nuevo rol en el que no tiene experiencia, al tiempo que se pierden los restantes (5). Dentro del desempeño hospitalario se encuentran en un lugar destacado la obediencia y la dependencia exigidas; de hecho, el ingreso coloca al paciente en una situación de máxima dependencia (5), asumiendo el personal los medios, recursos y movilidad del enfermo, mientras éste se torna en un “menor de edad” que está allí para ser curado (5). Se espera que actúe pasivamente frente a los cuidados médicos (2), no quejándose y prestando a cooperar (8). Del mismo modo, se produce lo que Coe (2) llama “proceso de desnudamiento”, consistente en separar al paciente de sus símbolos personales,

otorgándole otros que le dejan indefinido (uniforme, cama, número, trato impersonal, etc.). Esto se asocia a la despersonalización y deshumanización que sufre, si bien los más graves pueden no darse cuenta en el momento de la admisión, pero, durante la convalecencia, suelen apercebirse de ello (9).

Estas demandas específicas dan lugar a reacciones emocionales que el médico tiene que conocer muy bien pues, en última instancia, son las responsables de la perturbación de la relación con sus pacientes; de su reconocimiento va a seguirse la posibilidad de manejar adecuadamente la comunicación en dicha relación. Se añade un problema: que en los grandes hospitales se reduce la posibilidad de entender y manejar abiertamente las emociones de los internados (5).

El interés de la presente investigación consiste en estudiar en profundidad las respuestas de los enfermos y sus consecuencias comunicativas, intentando ir más allá de las explicaciones que se han dado hasta el momento; estas se han realizado desde puntos de vista que no tienen en cuenta la subjetividad del implicado. Considerar las experiencias íntimas del paciente viene muy bien a los presupuestos de la medicina contemporánea, basada en el modelo bio-psico-social (10), que invita al médico a considerar, además de los aspectos somáticos, los componentes psicológicos (léase “subjetivos”) de cualquier problema.

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha tomado un grupo de pacientes adultos que permanecieron ingresados por diferentes patologías y que, más tarde, fueron entrevistados. Con ellos se intenta conseguir: 1º) comprobar la existencia de reacciones emocionales, 2º) estudiar las posibles reacciones disfuncionales y las características que presentan, 3º) determinar cómo estas se sustentan en las manifestaciones emocionales, 4º) estudiar cómo las reacciones disfuncionales provocan alteraciones de la comunicación con el médico y 5º) comprobar cómo este último suele también responder a las actuaciones del enfermo, pudiendo alterar aún más la interacción.

Material y métodos

El material está formado por un conjunto de pacientes adultos que pasaron por un ingreso en diferentes centros hospitalarios de Sevilla y que fueron dados de alta (total: 14 casos). Estos presentaron “reacciones disfuncionales” desencadenadas por el ingreso y, posteriormente, acudieron a la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) a consultar por diferentes problemas (ansiedad, depresión, conflictos, separación, etc). De ellos se conservan los protocolos, contenidos en sus historiales clínicos, en los que se recoge abundante material verbal retrospectivo, compuesto por enunciados referidos al internamiento y a las circunstancias que lo acompañaron. Del extenso grupo tratado, aquí solamente se presentan cuatro casos, dado que los restantes muestran expresiones verbales parecidas y confirman los resultados finales; la selección realizada no desvirtúa las conclusiones, pues lo hallado puede transpolarse al resto. En el proceso se han cumplido las necesarias reglas éticas, a saber: anonimato, privacidad y consentimiento.

Los casos considerados son los siguientes:

*P-1. Varón, 57 años. Ingresado por pancreatitis aguda de etiología desconocida. Plantea problemas al personal sanitario.

*P-2. Mujer, 62 años. Ingresada por taquicardia paroxística supraventricular, no controlable con la medicación habitual. No se producen problemas con personal sanitario.

*P-3. Varón, 61 años. Ingresado por neumonía atípica. No plantea problemas al personal sanitario.

*P-4. Mujer, 68 años. Ingresada por fractura de cadera. Intervenida quirúrgicamente y dada de alta. Plantea problemas al personal sanitario.

El diálogo con ellos permitió que rememoraran la experiencia del ingreso, lo que resultó revelador de las correspondientes reacciones, tanto del paciente como del médico, al tiempo que se descubrieron los componentes (inter)subjetivos y comunicacionales implicados en el problema analizado. Se ha empleado el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS), que antes fue aplicado a la investigación de múltiples

patologías (distimia, hipocondría, reacciones ante el diagnóstico de cáncer, mastectomizadas, dismenorrea, etc.) con resultados bastante alentadores (11).

El MAS (11) utiliza entrevistas no-directivas en las que el paciente puede expresarse con naturalidad en un clima relajado, tranquilo y acrítico. Las preguntas que se le dirigen son abiertas, de manera que puede contestar con la amplitud y el tiempo que necesite, no entorpeciendo la libre expresión de sus sentimientos y emociones. El material obtenido es de naturaleza verbal y está compuesto por enunciados, si bien no todos pueden emplearse en la investigación debido a la intrascendencia de muchos de ellos para el asunto tratado. Esto hace que se separen dos formas de enunciados (11): a) los “útiles” o “tipo I”, que contienen la información que aporta las claves del problema estudiado y b) los de “tipo II” o “inútiles”, que son sistemáticamente desechados por no aportar ninguna información relevante y suelen referirse a asuntos baladíes (p. ej. “tengo pensado viajar a Italia”, “mi vecina ya tiene novio”, etc.). Se observa cómo, a lo largo de las entrevistas, los pacientes ganan en expresividad, logrando formular el problema sometido a análisis de una manera más clara y definida. Finalmente, los enunciados “tipo I” se agrupan por su similitud (“enunciados convergentes”), ya que muestran un sentido parecido (sinn) y se refieren a lo mismo (bedeutung) (12), mientras el contexto (consulta médica) permanece constante. Con dichos enunciados van a constituirse diferentes categorías, que dan cuenta de las alteraciones comunicativas y emocionales de los entrevistados.

Se desprende de lo expuesto que el método es cualitativo, ya que no emplea la numeración ni la estadística; además, en otro lugar quedó demostrado que la subjetividad no puede ser cuantificada (13,14).

Resultados

Los resultados incluyen las distintas categorías que se han separado a partir de los enunciados obtenidos, las cuales representan los componentes subjetivos del problema.

Manifestaciones emocionales en el ingreso.

Debido a las características particulares de este hecho singular, se producen numerosas reacciones emocionales. Las registradas de manera más constante son las siguientes:

-Miedo. Surge de la posible amenaza que le retrae y le deja inmóvil, ya que no puede escapar (P-2: “Estaba aterrada, pues no sabía qué me iban a hacer y no podía salir de allí”. “Me asusté mucho porque no sabía si saldría con los pies por delante”. P-3: “Cuando hablaban entre ellos y no comprendía lo que decían, solo pensaba en que tenía algo malo”).

-Ira, rabia. Supone el enfado fácilmente desencadenable (P-1: “Estos médicos no sabían ni donde tenían la mano derecha. Recuerdo estar siempre cabreado, porque yo no mejoraba y ellos tenían la culpa. No entendían lo que me pasaba y venga a hacerme pruebas”. P-4: “Recuerdo que no comprendía nada y tampoco me explicaban nada. Esto me ponía totalmente alterada y respondía”).

-Desconcierto. El paciente se siente perdido durante el ingreso (P-2: “No sabía qué pasaba, no entendía nada, no me informaban de nada”. P-4: “Intentaba atar cabos, pero eso para mí era imposible porque no sabía qué decían”). Suele relacionarse con la información deficiente que circula en la mayoría de los hospitales, aspecto señalado por numerosos autores (15) (P-1: “A mí no me decían absolutamente nada y eso me dejaba muy intranquilo”).

-Pena. Se asocia a la pérdida de las circunstancias habituales y a la soledad (P-2: “Muchas veces lloraba porque estaba fuera de mi casa, aunque mi hija se quedaba conmigo”. P-3: “Me sentía tremendamente solo y, aunque venían a verme, no era lo mismo que estar en la casa de uno”).

-Impotencia, fatalismo. Ambas relacionadas con no poder hacer nada en su favor (P-2: “No sabía por dónde tirar y lo mejor era no rechistar. Tenía un terrible presentimiento y yo no quería saber absolutamente nada de aquello”. P-3: “En ciertos momentos sentía que mi mundo se desmoronaba, pero no podía hacer nada. Tenía que estar allí y allí me quedaba”).

-Desconfianza. Pone en cuestión la competencia de los médicos, de sus buenas intenciones, de la

veracidad de las pruebas o de la eficacia del tratamiento, teniendo que estar en guardia (P-1: “No tengo muy buena opinión de los profesionales de ese hospital. Tenía que estar pendiente para que no me engañaran”. P-4: “A pesar de lo que a mí me dolía aquello, estaba al loro de lo que decían. Los médicos hacen experimentos con los pacientes”).

-Irritabilidad. Se encuentra alerta y responde con facilidad (P-1. “Yo siempre estaba enojado. No me podían decir absolutamente nada, porque saltaba a la primera”. P-4: “Constantemente me hacían saltar, aquello era un despropósito”).

-Ansiedad. Supone un nerviosismo o intranquilidad de carácter inespecífico (P-1: “Me intranquilizaba tener que estar allí encerrado y por las noches no descansaba”. P-2: “Si me ponía a pensar dónde estaba y qué hacía allí, me alteraba mucho y el corazón se me disparaba”). Las emociones se encuentran fuera de la comprensión y de la reflexión del internado, de ahí el difícil manejo por parte de este. Funcionan, en el sentido de Ewald, como un “cortocircuito afectivo” (16).

El origen de las reacciones emocionales. Como pudimos comprobar, estas se presentan en respuesta a la exigencia de adaptación al rol de paciente hospitalizado, concretamente a la solicitud de obediencia. Por lo general, señalaron que lo que más les afectaba era tener que asumir las normas hospitalarias (P-1. “Para mí aquello era inaceptable, me refiero a tener que sufrir una falta de libertad como esa”. P-3: “No sé cómo se puede aguantar tener que estar allí metido por cojones, en un sitio tan desagradable”. P-4. “Que te digan a tu edad lo que tienes que hacer, me parece excesivo, sobre todo cuando algunos de ellos son tan jóvenes”). Hay que decir que los pacientes estudiados fueron ingresados en grandes hospitales y que las normas de funcionamiento eran más rígidas, como antes se especificó.

Formas disfuncionales de reaccionar. Existen dos formas presentes en los enfermos tratados: a) “Postura sumisa” o de “sometimiento”. Se descubre en los casos P-2 y P-3, los cuáles muestran las siguientes características:

-Obedecen las órdenes del personal sanitario. Actúan haciendo lo que se les pide: P-2: “Hacía lo que me mandaban y no me planteaba nada más”. “Dejé que hicieran con mi cuerpo lo que ellos quisieran”. P-3: “No sé si rechisté cuando me llevaron a Rayos o me hicieron el TAC. Puedo decir ahora que no. No sé si debería haber actuado de otro modo, pero yo no quería problemas con nadie”.

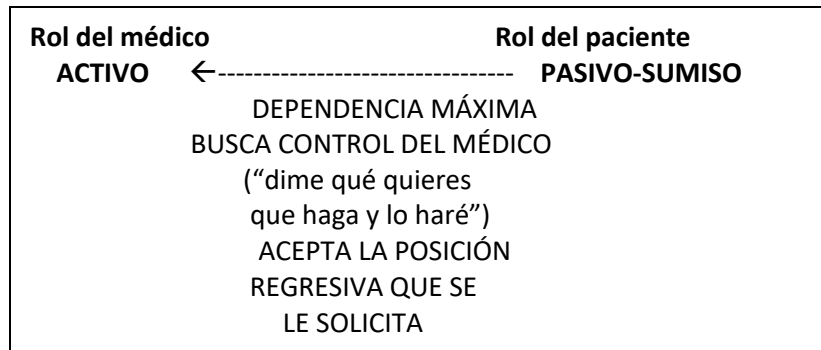
-Ausencia de quejas y de preguntas. P-2: “Nunca protesté durante todo el ingreso”. P-3: “Quisiera haberme quejado alguna vez, pero no lo hice. Creo que era allí un cero a la izquierda”. “Aunque entendía poco, no preguntaba”.

-No toman decisiones importantes. No lo hacen, aunque se trate de algo necesario: P-2: “Cada vez que me preguntaba el médico, yo le decía que me ponía en sus manos”. P-3: “No sabía qué hacer, pero tampoco quería hacer nada...Creo que colaboré muy poco con lo que pasó allí”.

-Inexistencia de dificultades con el personal sanitario. Este aspecto se deriva de los tres anteriores: P-3: “Yo nunca tuve ningún problema con los médicos o los enfermeros, ni ellos conmigo”. P-2: “Es triste, pero pasé por allí como si fuera un muñeco de goma, aún no lo entiendo”).

-Se trata de actuaciones que nada tienen que ver con el aprendizaje. Más bien son manifestaciones que no pasan por la conciencia ni por el pensamiento racional, asociadas a la forma concreta de sentir y vivenciar del enfermo (P-2: “Como me comportaba era algo automático. Ellos empezaban a hablar y yo simplemente me callaba y pensaba para mis adentros: haced lo que os de la gana”. P-3: “Lo que yo hacía y como me sentía no era ninguna forma de cavilar, lo más parecido a actuar sin conocimiento”).

Estas afirmaciones indican que no se trata, como se ha dicho, de que aprenden lo que se espera de ellos (colaboración, no entorpecer la labor del personal, respetar, etc.). Ante la situación indeseada que se les plantea actúan pasivamente, dejándose llevar y aceptando la dependencia-pasividad. Dado que el ingreso les desborda por completo, se colocan como un objeto en manos del Otro, que va a disponer de

Figura 1. El paciente sumiso.

ellos libremente. Esto implica que, ante la impotencia que el paciente siente, al no poder hacer nada por su enfermedad, le otorga toda la potestad a un Otro, considerado omnipotente. Si no puede curarse con sus propias actuaciones adopta la actitud sumisa, de manera que el Otro mágicamente va a arreglar el problema sin él hacer absolutamente nada y sin siquiera interesarse por lo que le está sucediendo. Al mismo tiempo, esta postura le salva de cualquier (temido) enfrentamiento.

Al ser personas fáciles de atender por los sanitarios, son malinterpretados: se piensa que son gente correcta, bien educada, que saben estar o que son fáciles de trato. Pero, tras las apariencias, ocurre algo muy distinto que el médico desconoce, sobre todo si no se interesa por saber cómo se encuentra realmente. Aparecen entonces espejismos interpretativos, que son los que han llevado a hablar del “paciente bueno” en estos casos y no es que sea “bueno”, sino impotente y rendido (“haz conmigo lo que quieras”). En realidad, estamos ante un sujeto que no interacciona, que realmente no asume ciertos componentes fundamentales del “rol de enfermo” porque tendría que interesarse por su patología, para colaborar con el médico en su curación, no haciendo nada para mejorar su salud.

Es corriente que el médico disponga del internado a su antojo, tomando la dirección de su estancia hospitalaria, desinteresándose muchas veces por él ya que “él mismo no se interesa por su caso” (P-3: “¿El médico? Un gran pasota, ni me hablaba siquiera”). Puede también chocarle la pasividad del paciente e intentar que reaccione (P-2: “El médico me decía: señora, hable, dígame

algo, por favor”). En la Figura 1 presentamos un grafo que da cuenta de la dinámica del paciente sumiso.

b) “Postura rebelde” o de “obstinación”. Aparece en los casos P-1 y P-4, en quienes se hallaron las siguientes características:

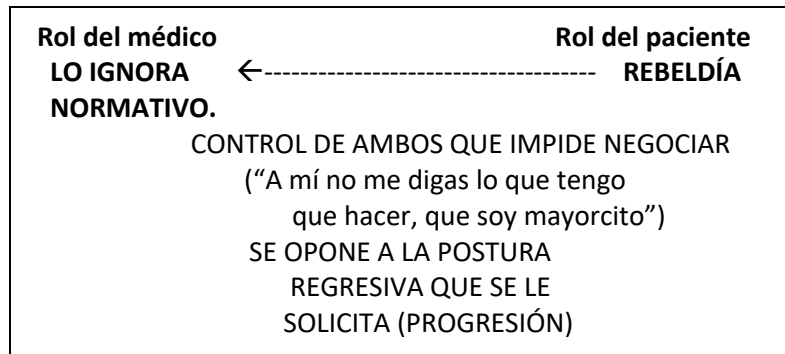
-Quejas y peticiones constantes. Son el producto de la no aceptación de la situación en la que se encuentra: P-1. “Yo no me iba a conformar en esa mierda de hospital, donde ni te echan cuenta”. “Pedía lo que era justo”. “Como actuaba, creo que me convertí en el pesado de la habitación 623”. P-4. “A mí nadie me atendía y me llevaba todo el tiempo llamando al timbre”.

-Oposicionismo y desafíos. P-1. “Desde luego a mí no me podían tener así, como si fuera un puto animal. Seguro que si ingresan a algún miembro de su familia le tendrían más consideración”. P-4. “Se ponían muy bien puestos, para no hacer nada. Me tuvieron mucho tiempo sin darme una solución”.

-Actitud defensiva. Están vigilantes debido a la falta de confianza: P-1. “Desde luego que no podía dejar de estar pendiente de lo que me hacían. ¿Usted se relajaría en una situación como esa?”. P-4. “Ellos decían que saltaba a la primera y que no les dejaba hablar y, si lo pienso bien, creo que tenían razón”.

-Dificultades con el personal sanitario. Se desprenden de las anteriores: P-1: “Aunque no me quiero acordar, tuve más de una con el médico. Quise que viniera su jefe para ponerlo al corriente”. P-4. “Sí, tuve problemas con los médicos, si ellos no querían saber nada de mí, yo tampoco de ellos”.

-No se descubre ningún aprendizaje en las actitudes que adopta el paciente. Más bien se

Figura 2. El paciente rebelde

trata de una actitud espontánea, como ellos mismos afirmaron: P-1: “Yo solo sé que a mi me salía la mala leche de dentro, sin pensar en nada”. P-4: “Quería estar bien con ellos, de verdad, pero lo que me salía era ser desagradable sin proponérmelo”.

Lo que sucede en estos casos es que, ante el desbordamiento del ingreso, la persona reacciona oponiéndose frontalmente a la conducta dependiente que se le exige. Se niega a convertirse en un simple objeto en manos del Otro y que este haga con él lo que quiera; eso sería desastroso, pues supondría perder el dominio de la situación. De ahí que las reacciones emocionales más registradas hayan sido: ira, rabia, disforia y desconfianza. No se puede decir que estén negando la enfermedad, sino una de sus consecuencias importantes: confiar y ponerse en manos de Otro, que pueda disponer de él en lo relativo al proceso patológico.

En realidad, no creen en la omnipotencia del Otro, no piensan que el médico lo sepa o lo conozca todo, por lo tanto, no pueden dejar de estar alertas, imposibilitando el dejarse llevar y ponerse en manos de alguien. A resultas de ello, se convierten en personas difíciles de atender y, como los “sumisos”, también son malinterpretados. Suele pensarse que son personas desagradables, maleducados, intransigentes, que no saben estar, groseros, etc.; de ahí que se les haya denominado “malos pacientes”. Debajo de estas apariencias (¡que engañan!) se halla un rechazo a la regresión, tomando una postura progresiva, en la que se enfrentan a una situación para la que realmente no están preparados, por eso no están conformes con nada y discuten, no cooperan,

etc. No se trata de un paciente “malo”, sino de alguien que no sabe cómo reaccionar para conservar su autonomía, la cual no está acostumbrado a perder (“a mí no me digas lo que tengo que hacer, que soy mayorcito”). Tampoco existe un verdadero asumir el “rol de enfermo” porque no entienden que dejarse llevar, en lo relativo a la enfermedad, las normas higiénicas o los tratamientos, no implica una pérdida de la autonomía.

Aquí existe un problema importante en la comunicación con el médico, que puede ser ignorado si este último no intenta saber qué le ocurre. La comunicación se altera porque es complicado contactar con una persona que está siempre vigilante, a la defensiva y responde a cuanto se le dice. Esta postura puede dar lugar a dos posibles reacciones en el médico: a) lo ignora por causarle molestias: lo evita, le dedica menos tiempo, no muestra interés por él más de lo preciso, etc. (P-1: “Los médicos pasaban de mí como de la mierda”; P-4: “No conseguía nada por más que insistía”) o b) se pone más normativo, con lo que aumenta la rebeldía del paciente (P-4: “el médico que me tocó era un mandón y eso no podía soportarlo, por eso me enfadaba con él”). En la Figura 2 se presenta un grafo que da cuenta de la dinámica del paciente rebelde.

Discusión

A pesar del intento actual de limitar el número de ingresos, dado que muchas pruebas e intervenciones se realizan fuera del hospital y se acortan las estancias (15), el internamiento puede ser necesario para una persona, en cuyo caso suele producirse un impacto psicológico (17,18). Este se asocia con verse, de repente,

introducida en un sistema autoritario que implica la existencia de actividades reglamentadas, como medio eficaz por el que un número escaso de personal controla a un gran número de pacientes. Las normas de este contexto les obligan a moverse en márgenes muy estrechos y exageran ciertas características de la relación médico-enfermo: dirección e iniciativa del profesional y obediencia del enfermo. Como señala Coe (2), el individuo hospitalizado se convierte en un “niño sometido” a una autoridad superior de la cual depende, para su propio bien. Evidentemente, no todos los internados van a responder de una manera favorable a estas exigencias, pudiendo aparecer “reacciones disfuncionales”. No se trata de algo nuevo, ya que estas fueron estudiadas desde distintos ángulos, pero no se ha planteado nunca la forma de vivir dichas circunstancias desde la subjetividad; esta es la novedad de la presente investigación.

Para alcanzar tal fin se invitó a un grupo de pacientes, previamente hospitalizados y que presentaron estas reacciones, a hablar libremente de sus experiencias. El hecho de que acudieran a consultar a la APPS (aunque fuera por un motivo distinto) dio la oportunidad de estudiar dichas manifestaciones psíquicas en profundidad. Se utilizó con ellos el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS) que ya ha dado abundantes frutos con distintas manifestaciones clínicas (11, 19-23). Este consiste en escuchar atentamente al paciente en el ambiente cálido y tranquilo de una consulta y recoger fielmente sus expresiones verbales, mediante entrevistas no-directivas. Un paso más allá, pretende seleccionar los enunciados adecuados para la investigación (los de “tipo I”) y formar con ellos categorías; estas últimas representan los componentes de la subjetividad buscados.

Podría achacarse al estudio que el material obtenido es retrospectivo, confiando en la memoria del paciente, y no de manera directa durante el propio ingreso. Ello no supone un problema, sobre todo si pensamos que los enunciados “tipo I” aparecen, en principio, acompañados de abundantes manifestaciones

emocionales, que representan formas expresivas que muestran como realmente se experimentó el ingreso. Recordemos que Freud conceptualizó el mecanismo de la “represión” a partir de darse cuenta de que los hechos revividos conservaban la misma vivacidad que cuando fueron experimentados; así, “vivir” y “revivir” eran fenómenos equivalentes para el médico vienés. Aquí se ha visto algo parecido, dado que el dolor se conserva intacto.

Como era de esperar, todos los sujetos estudiados presentaron reacciones emocionales, que pudieron filiarse; en ellas no intervino la voluntad del paciente y eran respuestas espontáneas a la presión que sufrieron al intentar adaptarse a las normas hospitalarias. A partir de ahí se aislaron dos formas disfuncionales en los pacientes:

1ª) “Postura sumisa” o “sometimiento”. Trátase de individuos que hacen lo que se les pide sin rechistar, no se quejan, no preguntan y no toman decisiones respecto a su salud. Actúan de modo pasivo y aceptan la dependencia requerida. Indica esto, más allá de las interpretaciones que los profesionales sanitarios hagan, que fácilmente se colocan como un objeto en manos del Otro, a quién le otorgan un poder maravilloso de curación, es decir que se le inviste de la máxima potencialidad. Entonces, el paciente no tiene nada que hacer, simplemente esperar y mágicamente se curará.

Las emociones que aparecen en estos casos son las de: miedo, temor, pena, impotencia y fatalismo, lo que sugiere que, muchas de estas personas, pueden haber tomado una postura de derrota ante algo inmanejable. De este modo, no asumen el “rol de enfermo” porque tendrían que: interesarse e investigar sobre su patología, motivarse para ponerse bien, hacer algo en su propio beneficio, etc., (24). Taylor (25) ha señalado que este comportamiento no es positivo, pudiendo ir en detrimento de la propia recuperación y también se ha apuntado el riesgo que tienen de “hospitalismo” (2).

Puede equipararse lo expuesto a una de las formas señaladas por Hollender (26): el prototipo de relación “madre-lactante”, con un médico activo y un paciente pasivo. Si tenemos

en cuenta el “control en la relación” (27), el médico lo mantiene alto y el paciente bajo, tomando el primero el papel de “cuidador”. Además, plantean un problema importante de comunicación, que se sustenta en la diada (médico-paciente) que se forma en estos casos: al comportarse de una forma “tan correcta”, hacen pensar que están colaborando y, al no quejarse, hacen creer que no necesitan nada. Entonces, el médico opta por desentenderse de ellos, pudiendo dejar de observar signos y síntomas capitales.

2ª) “Postura rebelde” o de “obstinación”. El sujeto se instala en la queja y en la demanda, llegando al desafío y al opositorismo, hallándose alerta y desconfiado, lo que ocasiona frecuentes choques con los sanitarios. Aquí hallamos una oposición frontal a la dependencia y a las normas que exige el ingreso, de manera que las emociones registradas son: ira, rabia, disforia y desconfianza; algunos autores han hablado de “reactancia” en estos sujetos (28). En los pacientes estudiados no se han encontrado casos extremos de este comportamiento, en los que se presentan agresiones verbales o físicas o grandes transgresiones (beber, flitear, abandonar el hospital, romper objetos, etc.).

Entonces, el sujeto no quiere ponerse en manos del Otro, que dispondría de él a su antojo, ni tampoco ser un simple objeto de estudio. El comportamiento tiene que ser activo, sin dejarse llevar, lo que se debe a que no creen en el poder del Otro sobre la enfermedad, teniendo que mantenerse vigilantes por lo que pudiera pasar. Si consideramos el “grado de control en la relación” (27) el paciente se niega a perderlo con lo que entra en una situación en la que intenta siempre tener el dominio. En el modelo de Hollender (26) hablamos del prototipo de relación “padre-hijo”, en la que el enfermo no acepta guiarse por el médico para poder curarse. Ocasionan un problema de comunicación importante, debido a que el internado es un desconocido para el médico; este último tiene dos opciones: a) lo ignora, pudiéndosele escapar algunas manifestaciones clínicas o dejar pasar una demanda importante (29), cuando no precipitar el alta (2) o b) intenta “meterlo en

vereda”, poniéndole límites más estrechos, sin prácticamente escucharlo; es una mala solución porque provoca más rebeldía e indignación al paciente.

Aunque las dos posturas parezcan extremas tienen ciertos elementos en común:

-En ambas las normas se encuentran implicadas. En el mundo contemporáneo, en el que las personas tienden al individualismo y a la preservación de la intimidad y libertad, la hospitalización se convierte en un fuerte choque.

-En ninguna el paciente asume realmente el “rol de enfermo”, aunque haya aceptado el ingreso, ya que no cumple sus características (buscar ayuda, desear la curación, confiar en el médico, etc.) (24). Realmente, se encuentra más interesado en el hecho de hallarse en el hospital, que en la patología que presenta. No puede decirse que esté negando la enfermedad, sino que muestra un conflicto respecto a una de las consecuencias de la misma: ponerse en manos del Otro.

-No tienen nada que ver con el aprendizaje, sino con una postura que no pasa ni por la conciencia, ni por el pensamiento racional y que puede asociarse a la forma de sentir y de experimentar propia de cada paciente (“efecto subjetividad”). De hecho, los sujetos estudiados definen su modo de actuar como un fenómeno “automático”.

-Las emociones desencadenadas plantean un importante problema de comunicación médico-paciente, común a las dos formas. En este la responsabilidad recae sobre los dos miembros de la relación: el enfermo, porque se comporta involuntariamente sin pensar en lo que hace, y el médico, porque no lo escucha e interpreta erróneamente sus comportamientos.

En consecuencia, la denominación de paciente “bueno” y “malo” deberían de desaparecer, por varias razones:

a) Se trata de términos morales, asociados tradicionalmente a premios y castigos.

b) Suponen una separación propia del pensamiento infantil: los “buenos” frente a los “malos” (como puede verse en las películas, cuentos, discusiones de pareja o de familia, etc.);

hablamos de un mecanismo defensivo denominado “polarización”,

c) Llevan a importantes paradojas dentro del pensamiento médico (2):

-“bueno” es el que no da la lata pero puede negarse a su recuperación, lo cual es contrario a la filosofía del hospital, entonces es “mal” paciente,

-el “malo” recupera antes su salud, por lo tanto, es un “buen” paciente,

-el “bueno” puede enquistarse en el hospital con lo cual ya no es tan “buen” paciente, etc.,

d) Conducen a espejismos interpretativos: al colocar un concepto sobre el paciente (significado) lo que se observa, cuando lo tenemos delante, es esa denominación y produce la ilusión de que se le conoce bien, lo que impide investigar a fondo el porqué de su comportamiento (o su enfermedad, dado el caso).

La actitud del médico resulta fundamental pues puede desviar el comportamiento del internado, acentuando más ciertas características de éste. De ahí que no pueda ubicarse exclusivamente en el plano biológico, pensando que lo psicológico no le concierne; tiene que entender por qué el enfermo se conduce como lo hace, cosa que únicamente puede conseguir dialogando con él, tras crear un clima distendido carente de autoritarismo, que facilite la expresión de miedos, temores, contrariedades, etc. De hacerlo así, puede poner freno a las posturas controvertidas aquí presentadas, dando lugar a la adaptación y al aumento de su participación en la enfermedad. Un factor añadido que puede jugar en contra de una mayor atención psicológica al paciente es el siguiente: que el personal sanitario se concentre más en la maquinaria que en aquel (30), pasando por alto sus preguntas y comentarios (31).

Conclusiones

El estudio retrospectivo de las reacciones emocionales habidas durante la hospitalización, empleando el MAS, que ha facilitado la colaboración activa de los pacientes, ha aportado los siguientes datos de interés: 1º) los sujetos estudiados presentaron reacciones emocionales

en el ingreso que han sido identificadas, 2º) tales reacciones aparecen en respuesta a la exigencia de adaptación a las normas hospitalarias, más rígidas y presivas en los grandes hospitales, 3º) se registraron dos posturas polares, claramente disfuncionales, sustentadas en las emociones: la “sumisa” (hacen lo que se les manda y apenas protestan, poniéndose incondicionalmente en manos del médico) y la de “rebelde” (marcada por el inconformismo y la actitud defensiva y vigilante, dificultando la atención sanitaria), 4º) ambas son malinterpretadas por el médico, 5º) no tienen nada que ver ni con el aprendizaje ni con la conciencia, lo que explica su persistencia e incontrolabilidad, 6º) provocan importantes problemas de comunicación en los que el médico se encuentra claramente implicado, 7º) los estereotipos “bueno” y “malo” caen tan pronto como se descubren de ciertas paradojas a las que dan lugar los comportamientos de los enfermos y 8º) en ninguna de estas posturas existe una verdadera participación activa del paciente en la enfermedad.

Como colofón puede decirse que, lo peor de todo es que el médico no sepa identificar los comportamientos de sus pacientes aquí estudiados, porque entonces, sin saberlo colabora en el desarrollo y/o mantenimiento de los mismos. Jeanmet (32) insiste en personalizar la relación con el enfermo, intentando explicar a este el sentido de lo que se realiza y permitirle tomar una actitud activa. Asimismo, se refiere este autor a “humanizar los hospitales”, lo que significa tener en cuenta las necesidades verdaderas de los enfermos, evitando que el hospital sea una fábrica para reparar órganos averiados (32). Dado que el objetivo de la presente investigación ha sido abordar las reacciones de los enfermos hospitalizados de una manera muy general, sería conveniente continuarla procurando relacionarlas con ciertos parámetros personales de aquellos (rasgos de la personalidad, nivel intelectual, aspiraciones, etc.).

Referencias

1. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 4th ed.. Madrid: Paraninfo, 2007.
2. Coe RM. Sociología de la Medicina. 3rd. ed. Madrid: Alianza Universidad, 1984.
3. Wilson RN. The Social Structure of the General Hospital. *Annals* 1963; 346: 67-76.
<https://doi.org/10.1177/000271626334600107>
4. Smith H. Two lines of authority are one too many. *Modern Hospital* 1955; 85: 48-52.
5. Rodríguez Marín J. El hospital como marco de cuidado de la salud. En *Psicología social y de la salud*. Madrid: Síntesis, 2001.
6. Greenley JR, Davidson BF. Organizational influences on patients health behavior. En: Cochman DS. editor: *Health Behavior emerging research perspectives*. New York: Plenum Press, 1988.
7. Moor L. *Elementos de Psicología Médica*. Barcelona: Toray, 1973.
8. Wessen A. The apparatus of rehabilitation: an organizationaal analysis. En Sussman MB. *Sociology of rehabilitation*. Washington: Americal Sociological Society, 1966.
9. DeLange WH. Patient role conflict and reactions to hospplization. *Journal of Health and Human Behavior* 1963; 4: 113-118.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136. DOI: 10.1126/science.847460
11. García Arroyo JM. El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad. *Punto Rojo*, 2016.
12. Frege G. *Estudios sobre semántica*. Barcelona: Orbis, 1984.
13. García Arroyo JM. Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Primera parte). *An Psiquiatr* 2001; 17(7): 319-324.
<http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?S=1&IESP=16&IR=26&IDNR=1065>.
14. García Arroyo JM. Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Segunda parte). *An Psiquiatr* 2001; 17(7): 325-332.
<http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?S=1&IESP=16&IR=26&IDNR=1065>.
15. Brannon L, Feist J. *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo, 2001.
16. Lersch P. *La estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia, 1968.
17. Hernández G et al. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chile* 2005; 133:895-902.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
18. Fullerton C et al. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital genreal. *Revista chilena de neuropsiquiatría* 2003; 41(2): 103-109.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200003>
19. García Arroyo JM. Subjetividad y duelo. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 2017; 4(3): 87-96.
<http://revista.medicina.uady.mx>
20. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2017; 82(3): 271-279.
<http://www.scielo.cl/revistas/rchog/eaboutj.htm>
21. García Arroyo JM. Análisis lógico de los estadios iniciales de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2017; 63(2): 79-87.
<http://www.acta.org.ar/>
22. García Arroyo JM, Domínguez, ML. Subjective aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. *Psychology* 2014; 5(18): 2064-2072.
<http://www.scirp.org/journal/psych/>
23. García Arroyo JM, Domínguez, ML. Estudio psicológico del trastorno

- distímico en la mujer. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2011; 39(5): 331-333. <http://actaspsiquiatria.es/larevista.php>
24. Parsons T. *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad, 1984.
 25. Taylor SE. Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues* 1979; 35: 156-184. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00793.x>
 26. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship. *Arch Intern Med* 1956; 97: 585-592. DOI: 10.1001/archinte.1956.00250230079008.
 27. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors*. Westport, Con.: Auburn House, 1992.
 28. Brehm JW. *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press, 1956.
 29. Lorber J. Good patients and problems patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health and Social Behavior* 1975; 16: 213-225. <https://www.jstor.org/stable/2137163>
 30. Weitz R. *The sociology of health, illness and health care*. Belmont CA: Wadsworth, 1996.
 31. Taylor SE. The impact of health organizations on recipients of services. En: Johnson AW. *Contemporary health services*. Boston: Auburn House, 1982.
 32. Jeammet P et al. *Psicología Médica*. 2nd. ed. Barcelona: Masson, 1999.