

ESTRÉS, ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN



Escuela Andaluza
de Salud Pública

*Jesús Rodríguez Marín
Rosario Zurriaga Llorens*



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

ESTRÉS, ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN

Jesús Rodríguez Marín

Catedrático y Director

Departamento de Psicología de la Salud

Facultad de Medicina

Universidad de Alicante

Rosario Zurriaga Llorens

Doctora en Psicología

Catedrática de Psicología Social

Escuela Universitaria de Psicología

Universidad de Valencia

1997



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud



Escuela Andaluza
de Salud Pública

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús

Estrés, enfermedad y hospitalización/ Jesús Rodríguez y Rosario Zurriaga Lloréns. -Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997. (Monografías; 17)

1. Estrés. 2. Enfermedad. 3. Hospitalización. I. Zurriaga Lloréns, NLM Classification QZ 160

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-37-0



Depósito Legal: Gr-556/97

Cubierta: *Vincent Van Gogh: Hospital de Arles, Arles 1881*

Fotocomposición: Miguel Salvatierra

Imprime: Copartgraf, S.C.A.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
I. EL MARCO HOSPITALARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONES.....	9
A. Sociedad y salud	9
B. Los diversos contextos del cuidado de salud.....	12
C. El marco hospitalario	16
II. ENFERMEDAD: ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO	37
A. Estrés	37
B. Respuestas al estrés.....	46
C. Afrontamiento de la enfermedad.....	52
III. EL HOSPITAL Y LA HOSPITALIZACIÓN: SU IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE.....	85
A. Características generales	85
B. La acción psicosocial del hospital sobre el paciente	94
C. La respuesta del paciente a la hospitalización	98
IV. EL HOSPITAL COMO ESTRESOR.....	113
A. Las organizaciones sociales como estresores.....	113
B. El impacto estresante de la hospitalización.....	115
C. Fuentes de reactividad en el paciente hospitalario	122
D. Percepción de los pacientes sobre los eventos estresantes asociados con la hospitalización.....	124

V. UN MODELO EXPLICATIVO.....	129
VI. CONCLUSIONES.....	143
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	159

INTRODUCCIÓN

Este libro ofrece un análisis psicosociológico de una de las piezas fundamentales de la asistencia sanitaria: el hospital. El centro de su atención son los procesos que tienen lugar durante la hospitalización y los efectos psicosociales que produce sobre el ajuste del paciente, sobre su calidad de vida y la calidad de su cuidado.

Lo escrito es el resultado de una revisión de multitud de trabajos sobre los diferentes aspectos de la hospitalización, considerados desde el punto de vista psicológico. La tesis fundamental que vertebra lo escrito es la idea de que la hospitalización constituye un acontecimiento vital estresante.

Para articular esa idea hemos comenzado analizando el marco hospitalario como una organización de servicios. Ciertamente el hospital general que conocemos está sufriendo importantes cambios. Algunos de los servicios que han sido propios de los hospitales están siendo asumidos por otro tipo de centros quirúrgicos independientes o centros de cuidados ambulatorios, de corta estancia (incluso de un sólo día). Cada día se extiende más la atención domiciliaria para problemas como la nutrición parenteral o la diálisis, que hasta ahora debían ser tratados en los hospitales. Pero, al mismo tiempo, los hospitales expanden sus actividades a áreas antes no consideradas, o al menos no atendidas centralmente, como los servicios de rehabilitación y la hospitalización domiciliaria.

Por otro lado, económicamente los hospitales se han convertido en grandes empresas de servicios y forman parte de una de las industrias más importantes: la de los servicios sanitarios, en muchos sentidos. La tensión entre la empresa pública y la privada se ve ejemplificada aquí en muchos sentidos y probablemente aumentará en el futuro, impulsando una necesaria revolución en la gestión hospitalaria, y cambios en la estructura organizativa y en los modos de comportamiento de los diferentes profesionales que trabajan en los hospitales.

La primera parte de este libro pretende reflejar la organización del hospital tal como es actualmente, como una empresa de prestación de servicios

sanitarios. Muy probablemente los cambios que en futuro le aguardan son decisivos para los efectos psicosociales sobre los pacientes; pero eso es el futuro y resulta difícil predecirlo, aún a corta distancia, hasta que se aclaren las líneas de cambio.

La segunda parte se dedica, por un lado, al análisis de los conceptos del estrés y del concepto de afrontamiento del estrés; por el otro, se analiza la enfermedad como un acontecimiento vital estresante que prelude la hospitalización. Las nociones de estrés y afrontamiento se han incorporado al lenguaje y al pensamiento de los profesionales sanitarios. Naturalmente su uso generalizado ha puesto de relieve la importancia de determinadas cuestiones. Su evaluación, sus efectos sobre la salud y el bienestar de las personas, su limitación, su uso como instrumentos de intervención, por ejemplo, son problemas planteados y discutidos una y otra vez. Uno de los principales objetivos de esta parte es explicar estos conceptos, señalar sus principales características y llamar la atención sobre sus interrelaciones dinámicas. Tratamos el denominado paradigma transaccional del estrés, que se ha utilizado muy frecuentemente en la investigación sobre los acontecimientos vitales estresantes. En ese contexto, el estrés es un proceso que tiene lugar en una "transacción" entre los recursos de afrontamiento y la potencialidad estresora de la enfermedad y de la hospitalización. Creemos haber puesto de manifiesto que tanto la como la otra, suponen, efectivamente, un acontecimiento vital estresante (de mayor o menor cuantía dependiendo de diversos factores). A esa demostración se dedican las dos últimas partes.

En la tercera parte se analizan los efectos psicosociales que produce la hospitalización. El proceso de "socialización" del paciente en la organización hospitalaria es muy semejante a la socialización que se produce en otras subculturas organizacionales. Esta socialización tiene mucho que ver con el proceso de "conformar" a la persona, es decir de acomodarla, de ajustarla, al hospital. Es, insistimos, un proceso semejante al de la transformación del hombre en persona, en animal social. Esa socialización tiene como consecuencia la tensión entre los valores asociados a la individualidad y los asociados al conformismo. En el caso de la hospitalización, la persona se encuentra viviendo la tensión entre los valores asociados a su individualidad, los asociados a su pertenencia a la sociedad civil, y los asociados a la cultura hospitalaria.

Se trata, pues, de un proceso que es necesario para que el hospital funcione adecuadamente, pero que en muchos casos se produce "desajustando" psicológicamente al paciente. La acción psicosocial del hospital sobre el pacien-

te es, pues, una acción "mecánica" del funcionamiento de la institución. Pero puede tener efectos secundarios negativos.

La cuarta parte del libro se dedica al análisis de esos efectos secundarios negativos, importantes. En ella presentamos al hospital como una institución potencialmente estresante, y a la hospitalización como un acontecimiento vital estresante. Analizamos cuáles son las características de uno y la otra que les dan esa potencialidad, y analizamos cuáles son las respuestas de las personas cuando se transforman en pacientes hospitalizados.

La quinta parte presenta un modelo explicativo y dedicamos una breve parte final a las conclusiones. Somos conscientes de haber dejado planteado el problema sin indicar las soluciones. Su análisis y propuesta debe ser objeto de una reflexión más larga; sobre todo depende de intervenciones experimentales (lo que en otros contextos serían "ensayos clínicos"), que hoy por hoy no se han realizado, que sepamos, en ningún hospital. Hay intentos nacientes de cambiar la forma de tratar a las personas hospitalizadas que nada tienen que ver con la pretendida operación de "humanización de la asistencia" planteada y realizada, las más de las veces, desde una perspectiva burocrática y ordenancista, que se puede incluir en la tradición de "cambiar la realidad por decreto".

Para prevenir los efectos secundarios negativos de la hospitalización, mejorar la calidad de vida del paciente y la calidad de los cuidados que se le ofrecen, debemos diseñar y realizar los suficientes estudios empíricos que permitan confirmar, o no, muchas de las intuiciones que hemos puesto de manifiesto en las páginas que siguen.

Agradecemos la ayuda que hemos recibido para escribir este libro por parte de muchas personas e instituciones:

Al Comité Conjunto Hispano-Norteamericano, y a la Consellería de Educació i Ciència, de la Generalitat Valenciana, que permitieron al primer autor disponer del tiempo necesario, en diferentes momentos, para leer, analizar, y reflexionar sobre, gran parte del material utilizado, en el marco del Departamento de Psicología de la Universidad de California, en Los Ángeles.

Al Director en esos momentos del mencionado Departamento, Prof. Bertram Raven, por su inapreciable ayuda personal y profesional, por su amistad, y por sus comentarios críticos.

Agradecemos, igualmente, la lectura del manuscrito y sus valiosas críticas a los profesores Vicente Masiá Pérez, Jesús Aranaz y José Joaquín Mira.

La colaboración de Maricécili Mora, en la revisión final del texto y de la bibliografía, permitió que pudiéramos acabarlo en un plazo razonable. La discusión con nuestros estudiantes de doctorado de algunas de las partes hizo posible clarificar muchos aspectos y mejorar las ideas expuestas.

Finalmente, este libro no hubiera sido posible sin la paciente colaboración de nuestras familias, que han renunciado, sin queja, a muchas horas de convivencia.

I. EL MARCO HOSPITALARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONES

A. SOCIEDAD Y SALUD

Ninguna organización, compleja por esotérica y sofisticada que sea la tecnología que utilice, puede ser entendida eficazmente si la consideramos en el vacío, al margen del sistema social en que necesariamente se inserta, que posibilita su existencia y su mantenimiento.

Dentro del sistema social, y por mor de la íntima relación existente, las funciones que desempeña cada organización se cumplen de acuerdo con lo que pudiéramos llamar el "paradigma vigente", que afecta igualmente a los procesos teóricos (científicos y técnicos) que constituyen la plataforma de la práctica organizacional, es decir, de los modos reales según los cuales se intentan conseguir las metas de la organización. Estas metas son, naturalmente, función del sistema social, aunque en el caso de la profesión médica en nuestros días parece existir una notable independencia y plasticidad a la hora de establecer los fines de la organización.

Aunque han existido otros paradigmas de cuidado de salud, el que rige ahora en la sociedad post-industrial occidental es el llamado "biomédico". Dentro de la estructura de ese paradigma, la práctica médica tiende a ser considerada como una tecnología aplicada (Mishler et. al., 1981). El cuidado y el tratamiento médicos se estructuran en términos de criterios técnicos (validez del diagnóstico, precisión del tratamiento, alivio de los síntomas y terminación del proceso de enfermedad). Esta perspectiva tecnológica domina la medicina contemporánea. Además se autoperpetúa en cuanto está incorporada en los currícula médicos estándar y los estudiantes son introducidos en tal orientación desde el comienzo de sus estudios. En el nivel preclínico queda claro para el estudiante de medicina que tratar a los pacientes será una aplicación del conocimiento y de las destrezas científico-técnicas (lo cual es verdad, aunque no sea toda la verdad). En la etapa de entrenamiento clínico la tendencia se ve incrementada, puesto que básicamente tal entrenamiento se realiza en grandes hospitales, en los que el uso de tecnología médica en gran escala acentúa esa tendencia (Reiser, 1978). Aunque básicamente el uso de criterios científicos y de la tecnología que se deriva de ellos es correcto y necesario, sin embargo, la creciente dependencia de la tecnología ha producido su sutil pero significativo deslizamiento hacia una evaluación basada en la competencia desplegada en la reali-

zación. Es decir, el foco de atención se ha desplazado del fin a los medios: "La operación fue un éxito, pero el paciente murió".

Por otro lado este énfasis tecnológico (que es el mismo vigente para muchas otras actividades organizacionales dentro del sistema social) subraya sólo unos aspectos físicos, biológicos o fisiológicos, por decirlo de alguna manera. Se descuidan, en cambio, los aspectos psicosociales que inevitablemente concurren "en tal problema. La definición de la salud que hizo la Organización Mundial de la Salud pretendía asumir esos aspectos al proclamar que la salud implicaba el estado de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, el papel de los psicólogos y de los científicos sociales, en general, dentro de las organizaciones sanitarias no se ha incrementado gran cosa. La verdad es que mientras no se demuestre lo contrario, se trataba de una declaración retórica, que de alguna manera reflejaba ese "imperialismo medicalizador" a que nos hemos referido antes. Sin embargo la situación está cambiando en los últimos años y la intervención de científicos de la conducta y científicos sociales en las organizaciones de cuidado de salud es cada vez mayor. Un ejemplo interesante lo constituyen las leyes de compensación para trabajadores del estado de California, conforme a las cuales la palabra "médico" incluye doctores y cirujanos, psicólogos, optometristas, dentistas, pediatras, osteópatas y quirópractas con licencia en el estado de California.

Además, esta perspectiva paradigmática que da primacía a los aspectos biotécnicos de la medicina, se refleja también en el campo más amplio de las discusiones de política sanitaria. Por ejemplo, las diferencias en los niveles de salud entre la población se ven como una función de las diferencias en la organización de la tecnología científica de la medicina. El concepto que se tiene de desarrollo señala los indicadores que los describen. Aquí los indicadores han sido, casi siempre, número de médicos por habitantes, habitantes por cama hospitalaria, camas por cada 100 médicos, y fondos destinados a servicios de médicos por habitante (Collado, 1976). Como consecuencia las desigualdades en la distribución geográfica de los médicos, o el gasto en equipo sofisticado para el diagnóstico y tratamiento, son problemas básicos que ocupan la atención de los legisladores, políticos y administradores preocupados por el problema sanitario. A menudo parece que la meta general de la política sanitaria sea asegurar la distribución equitativa de los recursos técnicos de la medicina moderna a todos los sectores de la población. Sin embargo, las cuestiones de educación sanitaria, de medicina preventiva, de salud ambiental y de promoción de salud en general, reciben considerablemente menos atención.

Además como señala J. De Miguel (1985), más recursos no significan un acceso mejor a esos recursos sanitarios; y el acceso no supone una utilización racional de los recursos. Aunque esto se consiguiera no se produciría automáticamente un nivel igual de salud en la población, entre otras razones porque ello requeriría una utilización desigual.

El énfasis en la medicina como una tecnología aplicada se asocia con el supuesto de que todo incremento de los niveles de salud en los últimos cien años ha dependido del crecimiento de la medicina científica. Pero los análisis históricos recientes prueban que las mejoras generales en las condiciones sociales y ambientales proporcionan una explicación más adecuada de estos cambios que la aparición de la medicina científica. Lo cual no quiere decir sino lo que escuetamente dice: que el incremento en el nivel de salud se ha producido básicamente por la mejora general de las condiciones sociales y ambientales, sin que ello quiera decir que el progreso del conocimiento y de la técnica en las ciencias médicas no contribuya en alto grado. Ahora bien, las formas en las que se proporciona el cuidado médico, tanto como sus resultados, no puede entenderse sin más como la aplicación del conocimiento, de técnicas y procedimientos científicos; son actos sociales muy complejos que implican una división del trabajo pormenorizada entre muchos especialistas, que requieren la coordinación e integración de información de muchas fuentes, que reflejan la estratificación de las instituciones de salud, y que dependen de los estándares normativos que regulan las relaciones entre los médicos y los pacientes. "El ejercicio de la medicina se sitúa siempre en un contexto organizado y se puede pensar que éste tenderá hacia formas más y más estructuradas. Desde esta perspectiva, el estudio de los lazos y formas de organización del grupo profesional se convierte en un tema central" (Herlich, 1970, 160). Otra cuestión, igualmente central será: ¿cómo resulta afectada la práctica clínica por los rasgos particulares de la organización social?

Entre otras cosas, las normas ideales que pretenden guiar la representación del rol, tales como universalismo, neutralidad efectiva, etc., (Parsons, 1951) no se ven realizadas en la práctica. Dicho de otra forma, las realidades de la práctica clínica médica no van a la par con la formulación ideal (Vanoss y Marín et al., 1983). El sistema de servicios de cuidado sanitarios se caracteriza por desigualdades muy pronunciadas; los servicios se proporcionan de forma diferente a los diferentes grupos socioeconómicos dentro de la sociedad, de tal modo que el sistema se describe a menudo como un sistema de cuidado de la salud dual: uno para ricos y otro para pobres. Es claro que la norma ideal de

los criterios universalistas en la selección de pacientes no se aplica en la práctica. En el caso de España, por ejemplo, los desequilibrios en el acceso y utilización de los servicios sanitarios se producía no sólo a nivel de clases sociales, sino también de diferencias regionales y de estratos rurales y urbanos (De Miguel, 1985), quizás porque por debajo de los tres tipos de diferencias subyace, la diferencia en "riqueza". En todo caso, como apuntaba Jesús De Miguel (1985): "Esta pauta de desigualdad sanitaria es inversamente proporcional a la necesidad de esta asistencia por parte de la población, y a menudo proporcional al nivel económico de la población. La burguesía se beneficiaba no sólo de la mejor medicina privada sino, a menudo, de la mejor medicina pública". Esta pauta parece común en una gran mayoría de países.

A pesar de que en algunos casos adopten una perspectiva crítica ante tal situación, la mayoría de los investigadores tienden a aceptar como supuesto el modelo biomédico. Por ejemplo, los estudios sobre hospitales pueden subrayar cómo las formas burocráticas y jerárquicas de organización interfieren con el "buen cuidado y tratamiento médicos", pero asumen implícitamente que el "buen cuidado médico" es el que refleja el modelo biomédico de la salud y de la enfermedad. Esos estudios no cuestionan las definiciones médicas del tratamiento adecuado. No ponen en cuestión ni el modelo biomédico de enfermedad que subyace, ni las normas ideales para representación del rol médico. Aún así, tales estudios sobre la organización social de la práctica médica demuestran la inadecuación de una concepción de la medicina como mera aplicación de procedimientos biotécnicos. Las diferentes formas de actuación de los médicos dependen tanto de los rasgos de las instituciones sanitarias en cuanto sistemas sociales, como de sus niveles de conocimientos y destrezas biotécnicas. El conocimiento completo de los efectos de práctica clínica en la salud de los paciente requiere el conocimiento de las formas particulares en las que se organiza socialmente.

B. LOS DIVERSOS CONTEXTOS DEL CUIDADO DE SALUD

En el análisis de la práctica médica podemos distinguir tres contextos: macrocontexto, mesocontexto y microcontexto (Mishler et al., 1981).

El sistema de cuidado de salud no es autónomo: refleja la estructura de la sociedad. El cuidado de la salud, como el acceso a otros tantos recursos, se distribuye a lo largo de las líneas principales de la estratificación social. Como se ha dicho antes, las tasas de utilización de servicios sanitarios son una fun-

ción compleja de muchas variables diferentes, que incluyen la incidencia de la enfermedad, la disponibilidad de los servicios y las actitudes hacia el uso de tales servicios. Así, por ejemplo, los resultados de la investigación epidemiológica sugieren que las tasas de enfermedad pueden ser generalmente más elevadas para clases socioeconómicas más bajas; sin embargo, los servicios sanitarios parecen ser menos accesibles para ellos que para las clases socioeconómicas más elevadas. Además, las clases sociales pueden variar en su disposición para buscar cuidados médicos. Ya hemos mencionado que este fenómeno ha sido documentado en España. También ha sido claramente establecido en Estados Unidos, en donde los datos apoyan la conclusión de que el uso de los servicios de salud, basado en la decisión de los consumidores, está directamente relacionado con el estatus socioeconómico: cuanto más bajo es el estatus social de la persona, menos probable es que utilice los servicios de salud (Dutton, 1986).

Estudios clásicos han proporcionado abundantes materiales sobre los tratamientos diferenciales en enfermedad mental según la clase social: los pacientes de clase social baja tendían a recibir cuidados más puramente custodiales que psicoterapéuticos (Faris, 1939; Hollingshead y Redlich, 1958; Srole et al., 1962). El hecho mismo de que un individuo con síntomas se encuentre entre la subpoblación paciente o no paciente es una función de variables tales como clase social o educación. Además el papel de la familia en el proceso de remisión al médico y de tratamiento puede influenciar el hecho de que la persona entre o no en el marco médico. Por último, el diagnóstico y el tratamiento que se reciben pueden variar como una función de los estilos étnicos a la hora de presentar las quejas y de informar de los síntomas. Incluso lo que el paciente espera del médico en el proceso de consulta tiene que ver con el nivel educativo, la edad, la clase o la etnicidad (Castro y Rodríguez, 1988).

En segundo lugar, los efectos del sistema de cuidado de la salud sobre la práctica clínica a menudo son indirectos y mediatizados por otro nivel de organización al que cabe denominar "mesocontextos". Son las instituciones de cuidado de salud tales como hospitales, clínicas y otros marcos semejantes, dentro de los cuales se produce el trabajo de diagnóstico, cuidado y tratamiento.

Los estudios de hospitales como organizaciones sociales representan un área de investigación importante en la sociología, como demuestra el hecho de que todos los manuales de sociología médica contengan un capítulo destinado a hospitales. Las referencias al respecto son muy numerosas sobre todo en la década de los 60.

Naturalmente, el hospital está íntimamente relacionado con muchas organizaciones del sistema social, que constituyen otros "mesocontextos". Así, el hospital recibe unos apoyos económicos que pueden provenir del gobierno (estatal, autonómico o local), de instituciones de caridad, de empresas, o de individuos particulares que invierten en él su dinero como negocio. Por otro lado, todo tipo de leyes y reglamentaciones promulgados por los órganos correspondientes de la comunidad, influyen en las prácticas hospitalarias.

Algunas instituciones educativas, especialmente las facultades de medicina, tienen una importante influencia directa en los hospitales. El prestigio de un hospital a menudo se relaciona directamente con el grado de afiliación que tiene con una facultad de medicina, con el prestigio de ésta. Eso afecta a su vez a la calidad del personal del hospital. Por último, los hospitales se influyen unos a otros de muchas y variadas maneras.

Sin duda los rasgos organizacionales de los hospitales tienen un impacto significativo en la práctica médica, en el cuidado del paciente, en la respuesta a la enfermedad de éste, que a veces no es directamente evidente para los que trabajan en ellos. Como esa es la tesis mantenida en este trabajo y su temática central, queda para después la caracterización y el análisis de la estructura y función de los hospitales. Ahora acabaremos con esta breve exposición de los contextos sociales del cuidado de la salud. Queda tan sólo un tercer tipo: los microcontextos.

El ámbito más reducido en el que se produce una acción de cuidado de salud sistemática es el definido por la interacción entre el profesional de la salud y el paciente. Aquí, también, el número de estudios realizados sobre el tema es muy numeroso y, dado que esa interrelación se produce no sólo fuera del hospital, sino también dentro de él, también constituye una pieza de interés en el análisis del impacto psicosociológico de la hospitalización, razón por la cual dedicaremos más adelante un capítulo a ella. Tan sólo queremos apuntar ahora que el carácter de la interacción está determinado por el conjunto del sistema social en el que se incluye, y del mesocontexto en el que tiene lugar, y que, por tanto, tiene una función transmisora y moduladora de la influencia del hospital sobre el paciente. Por otro lado, el análisis de las relaciones de poder en el seno del hospital puede ofrecer una visión clara de la mencionada función transmisora y moduladora que la relación profesional de la salud-enfermo tiene respecto a los efectos de la hospitalización de este último.

El estudio de los tres diferentes contextos se ha realizado con una relativa independencia. En la investigación sobre los rasgos institucionales (como el tamaño o estratificación de las salas hospitalarias) se han descuidado los rasgos macro y micro-contextuales. Por ejemplo, un problema que sigue sin examinar es si los estímulos de interacción médico-paciente tienden a ser consistentes con los diferentes grados de estratificación en los servicios hospitalarios.

Sin embargo, entre los diferentes contextos puede haber relaciones significativas. En realidad se trata de un conjunto de contextos donde los más pequeños se ajustan dentro de los grandes y los grandes sirven como "supracontextos" para los más pequeños. Cuando se ponen al lado estudios de macro y meso-contextos, un tema general parece claro: el sistema de cuidado de la salud es altamente estratificado y autoritario en su modo de funcionar. Además, los contextos más amplios son de especial importancia y significación para entender los hallazgos de los estudios microcontextuales acerca de la interacción médico-paciente. Como ya mencionamos, el examen médico y la entrevista clínica son parte de un contexto institucional que, a su vez, es un componente del sistema total de cuidado de salud. Estos marcos de trabajo, y sus normas constituyentes, sus valores, sus rasgos estructurales, son tan significativos para la actuación clínica de los profesionales de la salud como sus niveles de entrenamiento, conocimiento y pericia técnicos.

El sistema funciona de forma integrada. El sistema actual, además, depende del modelo biomédico. Al subrayar la importancia de la experiencia técnica y del conocimiento biomédico para mejorar los niveles de salud, los políticos, los educadores médicos y los administradores sanitarios apoyan la persistencia de la dominación de la profesión médica. En este sentido, y como ya quedó dicho al comienzo de este capítulo, los cambios que se proponen en el sistema de cuidado de la salud están guiados primordialmente por preocupaciones instrumentales, como por ejemplo, asegurar una distribución más efectiva de recursos médicos tecnológicos. Sin querer restar mérito al papel que en la recuperación de la salud, incluso en su mantenimiento, juegan tales recursos o la disponibilidad de profesionales de la medicina, una perspectiva diferente podría centrarse en la organización social de los sistemas de tratamiento, prestando, por ejemplo, una mayor atención a la educación sanitaria, de tal modo que los pacientes fueran más capaces de participar en las decisiones de tratamiento y en el control del mismo. Los médicos pasarían de ser expertos técnicos, con la autoridad final sobre las decisiones médicas, a ser considerados, primordialmente, como consultores sanitarios y educadores de salud, por tanto, un papel

de primer orden en equipos interdisciplinarios cuya misión fundamentalmente sería no sólo reparar, ni, sino, sobre todo, promover la salud.

Evidentemente este cambio de mentalidad implica cambiar la manera en que pensamos acerca de la salud y de la enfermedad, apartarse del modelo biomédico que expresa y refuerza el sistema vigente, sobre todo por lo que respecta a la doctrina de la etiología específica de la enfermedad. Sin duda, esa doctrina ha permitido la consecución de éxitos notables en la lucha contra la enfermedad; lo que ocurre es que, hay muchos otros factores además de los exclusivamente fisiobioquímicos que tienen que ver con el enfermar, con el modo de enfermar, y que tienen consecuencias significativas para el cuidado del paciente.

Uno de los ejemplos más evidentes de cómo las variables organizacionales ejercen su influjo lo constituyen, sin duda, las instituciones hospitalarias.

C. EL MARCO HOSPITALARIO

La última relación que, como ya hemos expuesto, existe entre el hospital y el sistema sanitario total, primero, y el sistema social, después (lo que quiere decir, también, al mismo tiempo), se ve explicada con mayor claridad cuando llevamos a cabo un análisis histórico. Por eso, la mayoría de los trabajos que estudian el hospital desde una perspectiva sociológica suelen contener una amplia referencia histórica. Evitaremos, sin embargo, el análisis histórico, primero porque nuestra perspectiva es más psicológica que sociológica, y segundo porque poco podríamos decir al respecto que ya no haya sido dicho en innumerables ocasiones. Asumiremos, sin más, que el sistema hospitalario que tenemos mantiene importantes elementos de sistemas normativos que, en alguna ocasión, a través de la historia pueden haber sido preeminentes en la estructura y funcionamiento de los hospitales. Así, los hospitales, en general, guardan todavía recuerdos de su primera naturaleza sagrada. Todavía mantienen, también, ciertos rasgos derivados de haber sido, dentro de la tradición cristiana medieval, instituciones de caridad (que en la actualidad se traduce en las funciones de custodia). Además, los hospitales han llegado a ser centros para la promoción de las normas científicas de verdad y validez empírica, autocrítica, comunicación de ideas e información, y, quizás, un cierto escepticismo organizado, todo ello propio del impacto de la transformación científica de la medicina en la segunda parte del siglo XIX.

Desde muy temprano las normas profesionales ocuparon su lugar en el hospital moderno: el gremialismo y el proteccionismo asociado con él, las demandas de autonomía, el "no dar explicaciones", el empresarialismo de élite, son rasgos, que, entre otros, se asocian a la "invasión" de la profesión médica en los hospitales al filo del cambio de siglo. Con esta invasión, que se produce al tiempo de la tecnificación de la medicina, se hacen presentes en el hospital las normas técnicas que rigen el ejercicio de la profesión médica: universalismo, predecibilidad, mantenimiento de la neutralidad afectiva en las relaciones humanas, y objetividad, que, en algunos casos, bordea la desatención afectiva. Más tarde aparecen, y se incorporan, las reglas burocráticas de racionalidad, orden, predecibilidad racional y cálculo, una tendencia a expandir sus dominios y al auto-perpetuamiento.

El hospital tiene actualmente una orientación fundamental hacia la colectividad general, que también proviene de la tradición cristiana (Coe, 1970), y que ahora se inscribe en el proceso de democratización externa, en el marco de un pluralismo político y social, al menos en las sociedades industriales de occidente, en general. Además, "el hospital moderno ha producido el mayor impacto hasta la fecha en la historia de la sanidad sobre la división del trabajo médico; por un lado, la invasión de la tecnología sanitaria ha supuesto la creación de numerosas sub-profesiones en el ámbito sanitario y ha dividido el monopolio médico. Por el otro, ha hecho depender al paciente no tanto del arte-diagnóstico del médico y su tratamiento de pobre tecnología, sino de una industria y equipamiento complicado que rebasa la preparación de una sola persona" (De Miguel, 1983).

El papel del hospital ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas. Ya no es el lugar en donde se va a morir aunque en España mueran en hospitales la cuarta parte del total de fallecidos, el 25'4%, (De Miguel, 1983, p. 111), y sí el lugar en donde habitualmente se va a nacer, a ser diagnosticado y tratado de múltiples enfermedades. Unos pacientes se hospitalizan simplemente para que se les puedan practicar pruebas o procedimientos exploratorios que sería imposible realizar sobre bases ambulatorias; otros son internados porque su tratamiento exige un equipo sofisticado y caro, que sólo el hospital puede adquirir y mantener; algunos son llevados al hospital a causa de la naturaleza impredecible o grave de su enfermedad.

Nos encontramos, pues, ante una situación muy compleja con una importancia social de la que dan buena cuenta los mínimos datos aportados.

Hay que notar, sin embargo, que en general hablamos del "hospital" como si todos fueran iguales lo cual no es cierto. En realidad los hospitales presentan grandes diferencias entre sí, no sólo en el tipo de edificios, en su tamaño y en sus posibilidades económicas, sino también en sus programas y en la clase de medio ambiente social que presenta a los enfermos, al personal y al público (Coe, 1970. p.315). Hay hospitales grandes y pequeños; públicos y privados; generales y monográficos; benéficos y de pago; docentes; de maternidad; pediátricos y geriátricos. La lista podría alargarse, quizás, pero basta decir que las diferencias entre los hospitales son tantas como sus semejanzas. Esta diferencia estructural es función de dos procesos básicos: el de la densidad de población, por una parte, y el del desarrollo tecnológico, por otra. Cuando la población es lo suficientemente grande y variada como para soportar hospitales altamente diferenciados, y cuando existe, a la vez, una tecnología y una división del trabajo compleja en el seno del cuerpo médico mismo, entonces puede existir la gama variada de hospitales que hoy tenemos en las zonas metropolitanas.

Todas esas características tienen que ver con la calidad de la asistencia al paciente y con la satisfacción de este. Por ejemplo, el tamaño de una organización o grupo, en términos de número de miembros, es una característica muy visible y diferenciadora. Además influye significativamente en las formas de organización, los procesos de comunicación y coordinación, las actitudes y percepciones de los miembros, y los niveles de productividad. El tamaño es uno de los factores más importantes en la determinación de la cualidad de las relaciones entre los empleados. Igualmente, el crecimiento en tamaño se asocia usualmente con un aumento de absentismo, accidentes, problemas laborales, y un descenso de la satisfacción con el empleo y de la productividad. En el caso de los hospitales, se han sugerido varias formas en las cuales el incremento del tamaño afecta el clima social de una sala: 1) Crea presión hacia el establecimiento de una estructura más rígida; 2) Incrementa las necesidades de control del personal hospitalario; 3) Disminuye el grado de independencia y de responsabilidad del paciente, y el total de apoyo que el personal es capaz de ofrecer al paciente; 4) Conduce a una relación menos espontánea entre los pacientes, y entre pacientes y personal hospitalario; y 5) Produce un énfasis menor en el entendimiento de, y preocupación por, los problemas personales de los pacientes y en la posibilidad de manejar abiertamente sus sentimientos de ira.

Volviendo a la idea central de este apartado, aún con todas las diferencias los hospitales son organizaciones que tienen fines, actividades y estructuras

sociales similares. Implican, además, un modelo cultural reconocido, una "institución-tipo". Son organizaciones complejas que incorporan las tendencias históricas y las innovaciones actuales. Son unidades de custodia, centros de tratamiento, instituciones de enseñanza, centros de investigación y laboratorios. Tienen funciones tan diversas que ningún individuo puede supervisar todas sus tareas, aunque básicamente, tiene una meta organizacional: el cuidado del paciente. Además tiene todos los atributos de una sociedad: numerosas unidades, cuerpo gobernante, métodos para socializar y entrenar a nuevos empleados, y facilidades para trabajar y representar los roles correspondientes. Dentro del hospital se da el tradicional agrupamiento de pacientes por salas, sobre la base de edad, sexo, y tipo de enfermedad. Hay unidades especiales, como las de crónicos, de infecciosas, de rehabilitación y centros de tratamiento especial para propósitos especiales de diagnósticos. Hay unidades de cuidado rutinario, de cuidados de emergencia, y de cuidados intensivos. Algunos hospitales, sobre todo en los Estados Unidos, han establecido unidades de autoayuda para pacientes ambulatorios, en donde tales pacientes realizan por sí mismos sus propios cuidados rutinarios. Tan gran diversidad de necesidades implica la necesidad de un enorme número de diferentes tipos de personas y empleos (Wilson, 1963).

Toda organización tiene unas metas que alcanzar y una estructura de poder que, supuestamente, que la capacita para alcanzarlas. La meta general del hospital, como ha quedado dicho, es proporcionar cuidado médico a sus clientes o pacientes. Para alcanzar esa meta el hospital debe realizar una variedad de otras funciones, y, en esencia, "es a la vez un negocio, una universidad, una agencia de servicios sociales, etc., a través de la larga lista de funciones que (el hospital) está llamado a cumplir. Los hospitales parecen un negocio o factoría por la rápida fluencia del trabajo, por el énfasis en los resultados rápidos y quizás en la tangibilidad de los niveles de buena calidad del resultado" (Wilson, 1963).

Para alcanzar sus metas y cumplir sus funciones tan eficientemente como sea posible, el hospital adopta una estructura formal burocrática, es decir, un ordenamiento de oficios y posiciones para la coordinación racional de las tareas y roles que conducen a la obtención de los objetivos del grupo. La burocracia del hospital está diseñada de una forma racional (racionalidad instrumental). Cada una de sus divisiones principales es responsable de un aspecto particular en el funcionamiento del hospital y dentro de cada una de ellas, las tareas y roles se subdividen en departamentos y luego se asignan específicamente a individuos. Eso permite que cada individuo funcione tan eficientemente

como es posible. Además, el lazo de autoridad dentro de y entre los departamentos y divisiones, hace posible un funcionamiento más eficiente de todo el hospital. La estructura burocrática del hospital es semejante a la de las fuerzas armadas o la de las grandes corporaciones. Pero como Coe (1970; 1973) señala existen dos diferencias importantes: por un lado, la burocracia hospitalaria está mucho más diferenciada horizontalmente (5 divisiones), pareciéndose más a un "peine" que las burocracias de otras organizaciones formales, que se asemejan más a "árboles"; por otro lado, en las fuerzas armadas o en las grandes corporaciones, las líneas de autoridad vienen directamente de los grados superiores, e indirectamente a través de todos los grados intermedios, hasta el nivel de los individuos del escalón más bajo; en cambio, en el hospital estas líneas llegan a los rangos más bajos sólo indirectamente, especialmente en los que están implicados roles que no suponen relación directa con la asistencia al enfermo (Twaddle y Hessler, 1977).

Ahora bien, en el caso de la organización hospitalaria la situación se complica por la presencia de lo que se denomina el caso especial de las profesiones. La naturaleza especial de la autonomía profesional, sobre todo en el caso de los médicos, y la especial posición de "ministros de la salud" otorgada a esos profesionales (Freidson, 1970), hacen que su posición dentro del organigrama del hospital sea tan peculiar que da origen a un "sistema de diferentes líneas de autoridad" dentro del hospital.

En la cima de la estructura del hospital en Estados Unidos está el comité de dirección, en el seno del cual se toman las decisiones importantes que tienen que ver con la expansión del edificio, compra de equipo y estructuración de servicios. A partir del núcleo de dirección la cadena de autoridad se separa en diferentes líneas independientes: una, la línea administrativa; la otra línea es la técnica o médica, y la otra la de enfermería.

En un sentido burocrático formal el médico está sometido al gerente y al director médico, pero en la práctica el médico es independiente del comité cuando se trata de un asunto médico. E incluso también en asuntos administrativos. No existe prácticamente ninguna rutina administrativa, establecida en los hospitales, que el médico no pueda violar, y no viole, a menudo a causa de una urgencia médica cuyo único juez es el médico mismo, individual o profesionalmente. Así pues, aunque el organigrama los sitúe fuera de la jerarquía y en paralelo con ella, o, incluso, en algunos casos, dentro de ella con cierta subordinación, los médicos ejercen su autoridad a todos los niveles de la estructura

del hospital: sobre el personal de enfermería, el personal de servicios e incluso, en ocasiones, sobre el gerente mismo.

Existen, pues, al menos dos líneas de autoridad en el hospital: una profana y la otra profesional. Los médicos están en la cima de la línea profesional, que se basa en la experiencia y en la destreza respecto del objetivo fundamental: el cuidado del enfermo. Se les atribuye un estatus alto porque necesitan un considerable entrenamiento para obtener sus destrezas, porque son los principales responsables del tratamiento del paciente. En la estructura hospitalaria norteamericana, y a despecho de su posición central en el hospital, el médico viene a ser como un invitado sumamente valioso (Taylor, 1986). No es un empleado del hospital, sino que es pagado directamente por los pacientes. El hospital necesita al médico para tratar a los pacientes y se le ofrece los servicios técnicos, el equipo, el espacio de investigación y facilidades de enseñanza y aprendizaje. Como consecuencia el hospital invita al médico para que ejerza en el marco hospitalario (Wilson, 1963). Este es un arreglo que, como se verá, crea frecuentemente problemas. Hay, por otra parte, muchos casos en los que el propio hospital ha sido creado por un grupo de médicos practicantes en una localidad o zona determinada.

Una segunda línea de autoridad es la de la administración hospitalaria. Lo usual en los gerentes o administradores de hospital es que carezcan de destrezas técnicas precisamente en el área que supervisan, es decir en el cuidado de los pacientes, lo cual hace su posición en el escalón superior de la jefatura algo incómoda. Ahora bien, tienen a cambio una visión general del funcionamiento del hospital que los médicos no tienen, y destrezas técnicas en el campo de la gerencia y de la organización. Su compromiso con el hospital es que su conjunto funcione con suavidad y armónicamente, y que las personas y las cosas estén donde se supone que deben estar en cualquier momento, y haciendo y usándose para lo que se supone que deben hacer y ser usadas. Es decir, el gerente debe conseguir que el hospital alcance su meta organizacional básica con la mayor agilidad, eficiencia y economía de medios.

Este caso especial de la burocracia dentro del hospital ha sido etiquetada como una burocracia "colegial" combinada con la burocracia administrativa tradicional común a la mayoría de las organizaciones (Coe, 1973). Sin embargo, Goss (1963) sugirió el término de "burocracia consultiva" como más apropiado. Goss se centró en el hecho de que en las burocracias administrativas tradicionales el personal consultivo actúa como especialista técnico, aconsejando

sobre el manejo de los pros y de los contras en cada situación, y el posible resultado de las diversas decisiones. La gerencia, entonces, toma su decisión. En las burocracias consultivas, de las que la organización social del hospital es una muestra, es el personal consultivo, (el personal médico, en este caso) el que posee y ejerce la autoridad para tomar todas las decisiones que están directamente relacionadas con las cuestiones del cuidado de los pacientes y con las "emergencias médicas". Como resultado, en una burocracia consultiva el papel de la gerencia formal se reduce a proporcionar las formas y medios para la ejecución con éxito de las órdenes del médico. Así pues, en el hospital el personal médico tiende a dirigir la actividad del resto del personal del hospital, mientras que las funciones del personal administrativo de los escalones superiores se reduce a encontrar o idear las fórmulas más eficientes y económicas de cumplir las peticiones de los médicos.

Hay, además, sectores del hospital que están implicados en diversas líneas de autoridad, como el personal de enfermería, los servicios de farmacia, patología, radiología, y de documentación clínica. En ellas es donde con mayor probabilidad surgirán los inevitables "conflictos de autoridad".

El sistema expuesto es el resultado, pues, de la complejidad de la organización hospitalaria, ligada a la coexistencia de dos principios de autoridad diferentes en el interior de una misma institución. Tal como un análisis detenido de la situación nos puede hacer comprender, el problema propio de un hospital es, precisamente, que se trata de una estructura administrativa que debe englobar a profesionales "carismáticos", rebeldes a ser dirigidos por reglamentos "profanos". En consecuencia, administradores y médicos se encuentran dotados igualmente de autoridad, pero por razones diferentes y fundamentales opuestas. El tipo de actividades que lleva a cabo el hospital sólo se puede realizar a menudo en un contexto autoritario: las órdenes han de ser cumplidas sin discusión y sin retraso. El propósito de la jerarquía rígida en la estructura administrativa, de los canales de autoridad claramente definidos, y de las reglas procedimentales escritas es asistir al personal para manejar las situaciones que se van presentando. Se trata aquí de una autoridad de tipo racional-legal (Gerth y Mills, 1958). Pero la autoridad de los médicos es de naturaleza carismática, sólo que en este caso es una autoridad que se otorga a la persona no a causa de sus probadas cualidades sobresalientes, sino a causa de las probables cualidades sobresalientes que le proporciona el mero hecho de pertenecer a una profesión, al grupo profesional.

No es sorprendente que los dos conjuntos de metas y las dos líneas de autoridad puedan entrar en conflicto. Lo que a un médico le parece bien puede que sea malo desde el punto de vista administrativo. No es nada fácil resolver tales conflictos. La línea administrativa no posee la experiencia técnica que le permite exigir el respeto de los profesionales, y los profesionales, por lo general, no están bajo las órdenes de la administración.

Este conflicto se expresa básicamente en un doble sistema de valores. Ya señalamos que un hospital es muchas cosas a la vez. Estas diversas metas del hospital, (custodia, tratamiento, docencia-aprendizaje, e investigación), raramente se resumen en un sólo símbolo dominante. Los empleados del hospital tienden a justificar su actividad según dos sistemas de valor o símbolos dominantes: "dinero" y "servicio". Lo cual significa que un hospital no sabe muy bien que tipo de organización es o debería ser. ¿Una institución de servicios o una empresa?, o ¿ambas cosas? En su conjunto, la administración se ve en la obligación de preocuparse por las contingencias financieras y el médico aparece, generalmente, como la persona consagrada a la función de "servicio" en el hospital, aunque con frecuencia cambien de campo. Los empleados del hospital que se ven cogidos entre las exigencias del "dinero" y del "servicio" se encuentran de nuevo en presencia del conflicto permanente existente en el hospital.

Esta duplicidad de la autoridad en el nivel superior de la estructura hospitalaria crea, pues, problemas en los escalones inferiores de la línea de autoridad. Un personal especialmente afectado por el conflicto de autoridad existente es el personal de enfermería. Tal personal es considerado por el médico como su ayudante en el cuidado del paciente, pero realmente es un empleado del hospital. Se ve, por tanto, específicamente sujeto a las directrices de ambas líneas de autoridad, y, a menudo, su papel es muy conflictivo por cuanto se ve en la necesidad de desobedecer las órdenes de una autoridad para satisfacer las necesidades de la otra (Coser, 1962). Así, el personal de enfermería se ve "cogido entre dos fuegos" y sufre la tensión que se produce en el seno de la burocracia consultiva hospitalaria. Se encuentra en una situación que se ha denominado de "subordinación múltiple". Aunque la subordinación múltiple no es mala, los problemas se plantean cuando los múltiples superiores no están de acuerdo sobre lo que debería hacer el subordinado en un momento dado y sobre cómo debería hacerse. En un momento dado, el médico puede determinar que un problema es una emergencia médica y pedir a la/al enfermera/o que lleve a cabo acciones que suponen una violación de los procedimientos establecidos por la

administración, se encuentra así en un dilema, por lo demás harto frecuente, en el que obedecer a un superior implica desobedecer al otro. El conflicto de subordinación múltiple puede ser un factor importante en el rápido cambio de los equipos de enfermería de hospital a hospital y de departamento a departamento dentro del mismo hospital. En cualquier caso, el conflicto de subordinación múltiple produce una considerable cantidad de tensión, porque frecuentemente fuerza al personal de enfermería a elegir entre líneas diferentes de autoridad: la médica, la de enfermería, y la administrativa.

También otros especialistas dentro del hospital tienen problemas en la definición de sus papeles. Así sucede, por ejemplo, con los trabajadores sociales y los dietéticos, que son vitales para el hospital, pero cuya posición en la jerarquía hospitalaria no está nada clara. Muchos médicos todavía los consideran como puros "elementos decorativos" porque su contribución a la salud del paciente suele ser indirecta más que directa. Un problema adicional es que los médicos son, hasta ahora, en su mayoría hombres, mientras que los trabajadores sociales, personal de enfermería y dietéticos, suelen ser en su mayoría más mujeres que hombres (Taylor, 1986). En el año 1979 en España la proporción de mujeres médicos era sólo de un 15%, mientras que en el caso del personal de enfermería se elevaba al 69%. Así este tipo de profesionales tienen que afrontar el sexismo tanto como la ambigüedad de rol y la denigración de su capacidad profesional.

Al final de la línea técnica de autoridad están los técnicos y auxiliares, empleados del hospital y responsables de buena parte del cuidado del paciente. También este personal está sujeto a las directrices de varias direcciones (Coser, 1962), es decir sometidos a la mencionada "subordinación múltiple", por lo que no es sorprendente que haya mucha frustración profesional y gran cantidad de problemas en estos niveles más bajos.

En España, la estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, vienen regulados por el Real Decreto número 521/1987 de 15 de Abril del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en el Boletín Oficial del Estado, el 16 de Abril de 1987. A su vez, las diferentes Comunidades Autónomas tienen regulados estos aspectos en diversos decretos publicados en sus respectivos Boletines Oficiales, en los que no se observan variaciones sustanciales respecto al Real Decreto 521/1987, ya mencionado.

En dicho Real Decreto se establece que los servicios y actividades de los hospitales se estructuran en cuatro divisiones:

1. Gerencia.
2. División Médica.
3. División de Enfermería.
4. División de Gestión y Servicios Generales.

Le corresponden al Director Gerente las funciones de: a) la representación del hospital; b) la ordenación de los recursos humanos, físicos y financieros del hospital; c) la adopción de medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis o emergencias; y d) la elaboración de informes periódicos sobre las actividades del hospital, así como presentar la memoria anual de hospital.

Al frente de la División Médica del hospital existe un Director Médico cuyas funciones son: a) la dirección, supervisión, coordinación y evaluación del funcionamiento de los servicios médicos y otros servicios sanitarios del hospital; b) el proponer, dirigir, coordinar y evaluar las actividades y calidad de la asistencia, docencia e investigación; c) el asumir las funciones del Gerente en el caso de que no exista dicho cargo en el hospital, y d) el sustituir al Director Gerente.

Por lo que respecta a la División de Enfermería, al frente de la misma se encuentra el Director de Enfermería, al que corresponden las siguientes funciones: a) el dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en los mismos; b) el promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería; y c) el asumir las funciones que expresamente le encomiende el Director Gerente en las diferentes áreas asistenciales de las actividades de la enfermería.

Finalmente, la División de Gestión y Servicios Generales tiene al frente de la misma al Director de Gestión y Servicios Generales. La titulación necesaria para poder acceder a este cargo es la de diplomado o licenciado universitario en áreas de economía, jurídica, empresarial o similares. Al Director de Gestión y Servicios Generales le corresponden las funciones de: a) dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Gestión y Servicios Generales y las actividades del personal integrado en

los mismos; b) proporcionar al resto de la Divisiones del hospital el soporte administrativo, técnico y de servicios generales necesarios para el cumplimiento de sus objetivos; y c) asumir las funciones de carácter no asistencial que expresamente le encomiende o delegue el Director Gerente.

Asimismo, en el mencionado Real Decreto se especifica que: "Cuando las necesidades de la gestión así lo aconsejen, podrán crearse los puestos de Subdirector Gerente y Subdirectores de División" (Art. 16). Por otro lado, en la Sección III del Real Decreto se especifican los diferentes órganos colegiados de participación y asesoramiento del hospital. Estos son:

1. Como órgano de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de gestión de la calidad de la asistencia que corresponde al hospital se crea la Comisión de Participación Hospitalaria.
2. Como órganos colegiados de asesoramiento a los órganos de Dirección del hospital existen las siguientes comisiones: Junta Técnico-Asistencial; Comisión de Bienestar Social, y Comisión Central de Garantía de la Calidad.

Como puede observarse, en la estructura hospitalaria española existen algunas diferencias respecto a la de los Estados Unidos, aunque los problemas de funcionamiento mencionados anteriormente pueden ser aplicados en la mayoría de los casos.

Como muchas otras organizaciones sociales complejas, el hospital se caracteriza por tener una extrema división del trabajo, con miembros que se especializan en diferentes tareas y un sistema de autoridad y control. Las organizaciones varían mucho de una a otra en las formas específicas en que cumplen las tareas de diferenciación, coordinación y control de las actividades de sus miembros, como también varían en metas y propósitos. Naturalmente las formas específicas que adopte la división del trabajo en el plano horizontal y las líneas de autoridad en el plano vertical son función de las metas organizacionales. Por otro lado, dentro de la común caracterización de un tipo de organización pueden darse considerables variaciones. En un hospital, por ejemplo, el ejercicio de la autoridad puede ser coercitivo y autoritario, en otro las decisiones pueden ser tomadas de forma más participativa e igualitaria.

En el seno de esta división del trabajo que implica una diferenciación jerárquica y de roles, la lucha por el reconocimiento de cada posición, y sus

competencias correspondientes, invade todos los niveles de la jerarquía hospitalaria. El personal de enfermería, sobre todo, desea que los médicos reconozcan su importante papel, no meramente adyacente, en el cuidado de los pacientes, mientras a nivel académico intentan elevar su nivel para alcanzar una línea en paridad con la de profesiones más reconocidas. En Estados Unidos ya lo han conseguido, en España todavía no. Por el contrario el médico intenta a toda costa mantener una posición dominante en la cima de la jerarquía. Los trabajadores sociales desean ver integrada en el cuidado del paciente su experiencia y técnicas especiales, así como sus informes. Además, las oportunidades de progresar dentro de la jerarquía son muy pocas y el paso a cada nivel está determinado por un entrenamiento diferente (que implica una carrera académica diferente). En España sobre todo esto es particularmente enfatizado. Así, no es de extrañar que cada uno de los diferentes profesionales que trabajan en el hospital desarrollen diferentes metas respecto a su trabajo, metas que sólo en ciertos aspectos son compatibles unas con otras.

Taylor (1986) ha analizado con perspicacia las diferentes tareas, y metas correspondientes, que se desarrollan dentro del hospital, proponiendo una tipificación muy sugerente. Una de las metas es curar al paciente, y es el médico el que está fundamentalmente encargado de llevar a cabo cualquier acción de tratamiento que pueda restablecer la salud del paciente, es decir, curarle. Por el contrario, el equipo de enfermería se orienta básicamente al cuidado del paciente, y se supone que implica un aspecto humano del tratamiento. Por último, la administración del hospital se preocupa de la gestión del hospital de forma que funcione con fluidez en cuanto a recursos, servicios y personal. Si el objetivo básico es reintegrar al paciente a su vida normal con la salud restablecida, con la mayor rapidez y eficacia y sin costos (físico-psíquico-socio-económicos) adicionales, las tres metas mencionadas son simplemente aspectos del mismo objetivo. No es claro que ocurra así siempre.

Las tres orientaciones señaladas: cura, cuidado y gestión entran en conflicto a menudo (Mauksch, 1973). Pongamos, por ejemplo, la decisión de administrar radioterapia o quimioterapia a un paciente de cáncer con un claro dictamen de terminal, que implica un conflicto entre curar y cuidar. O el hecho de mantener durante un tiempo indefinido, o casi, a un paciente en una unidad de cuidados intensivos, que supone un conflicto entre curar y gestionar. También el cuidado y la gestión pueden entrar en conflicto cuando, por ejemplo, una enfermera determina que debería pasar más tiempo hablando con los pacientes pero la gerencia le exige que pase ese tiempo rellenando formularios de todo tipo.

Coe (1970) resumía los principales hallazgos sobre las características más sobresalientes de la estructura social del hospital como sigue: 1) un sistema múltiple de autoridad en el cual la organización administrativa está basada en los principios de una burocracia y tiene una autoridad racional-legal, mientras que el personal médico está organizado a lo largo de líneas colegiales y tiene una autoridad carismática; 2) una gran división de trabajo, no sólo entre los miembros del personal médico, sino también en el sector administrativo; 3) un tercer rasgo del hospital moderno es su naturaleza autoritaria" (p. 329. trad. cast.).

En general, la sociología médica ha dedicado más esfuerzos a confirmar estas amplias generalizaciones que a verificar las consecuencias que tal sistema tiene para sus miembros y para los pacientes, es decir, cómo funciona el hospital como sistema de cuidado de salud. Algunos sociólogos han examinado los problemas generados por el sistema dual de autoridad (Goss, 1963); otros han discutido la inadecuación de una pauta colegial de autoridad para mantener los estándares adecuados de realización y de imposición de sanciones (Freidson, 1970); en otros casos se han estudiado los efectos de tales sistemas altamente estratificados sobre las pautas de contacto y comunicación entre los diferentes grupos (Mishler y Tropp, 1956), y también se ha investigado la importancia de la negociación entre los diferentes grupos bajo condiciones de "subordinación múltiple" con una elaborada división de poderes y responsabilidades, en situaciones de toma de decisiones con alto riesgo y mucha incertidumbre (Strauss et. al., 1963).

En 1961, Seeman y Evans, compararon los efectos de las diferencias en el grado de estratificación de las salas hospitalarias sobre varios índices de actuación médica. Trabajaron con una muestra de ocho salas quirúrgicas y seis salas médicas de un gran hospital general asociado a la Universidad. Para medir la estratificación se tomaron en cuenta las respuestas de las enfermeras a una serie de preguntas que registraron dimensiones tales como el grado de concentración de poder sobre las decisiones que tenía el médico de sala, la distancia social entre el personal, y el énfasis sobre distinciones de prestigio hecho por el médico de sala. Sobre tal base se establecieron las diferencias entre las salas de la forma siguiente: salas de estratificación alta eran aquellas en las que el médico jefe tiende a maximizar estas diferencias de estatus entre él mismo como ocupante de la posición clave y los ocupantes de otras posiciones en la sala; en el caso de que el médico jefe tuviera la tendencia opuesta se hablaba de salas de estratificación baja. Los investigadores pidieron a los internos, que rotaban por las salas (un mes en cada una) que describieran su propia actua-

ción en la calidad del cuidado médico en la sala, cuando acababa el período de asignación a ella.

Además, los investigadores usaron las puntuaciones de la actuación de los internos dadas por los residentes, jefes y por el equipo médico "senior", Seeman y Evans encontraron que las salas diferían en cuanto al grado de estratificación también diferían en los juicios sobre la actuación y el cuidado médicos, es decir, la variación en la estratificación estaba relacionada con la calidad del cuidado médico. Desde la perspectiva de los internos, las funciones de comunicación y docencia se ven significativamente afectadas por la estratificación: "Donde la estratificación es baja, la comunicación con el paciente y sobre el paciente parece ser, relativamente hablando, total y clara y se dice que la función docente se realiza bien. Lo inverso, naturalmente se da en las salas de estratificación alta" (Seemans y Evans, 1961, 73).

Además de estas y otras medidas "subjetivas" de la actuación médica, Seeman y Evans examinaron registros médicos para establecer indicadores objetivos del tratamiento del paciente y de los resultados. Es interesante subrayar dos de sus resultados: primero, las tasas de errores en la medición (registradas por las enfermeras) fueron significativamente más altas en las salas médicas igualitarias; en las salas quirúrgicas las diferencias no fueron significativas; segundo, las diferencias entre pacientes privados y no privados en longitud de estancia estaban relacionadas con la estratificación: había diferencias significativamente mayores en las salas con estratificación baja. En su conjunto, los pacientes no privados (pacientes "clínicos", que no pagaban, y que no dependían de ningún médico ajeno a personal de la casa) estaban más tiempo que los privados, pero en las salas con estratificación social alta se mantenía hospitalizados un tiempo significativamente mayor a los pacientes privados.

En resumen, Seeman y Evans afirman que han demostrado un conjunto importante de relaciones entre la estructura y el funcionamiento del hospital como sistema de cuidado de salud y, sobre todo, que aspectos importantes en el cuidado del paciente, como los errores en la medicación y la longitud de hospitalización, se asocian significativamente con diferencias en grados de estratificación.

Así pues el hospital es una institución cuya organización social es muy compleja, con unas características específicas, y en el seno de la cual ejerce una especial dominación la profesión médica, como puso de relieve Freidson (1970). ¿Por qué los médicos no pueden ser excluidos por entero, si no quieren comprometerse?

terse totalmente con el hospital?, se pregunta ese autor, hablando naturalmente de los hospitales "comunitarios" ("community hospitals") en los Estados Unidos. Y la respuesta es: "obviamente, dejando aparte el hecho de que los médicos muy a menudo proporcionan los clientes necesarios al hospital, son necesarios porque se cree que tienen virtualmente la posesión exclusiva de las destrezas; sin ellos las tareas esenciales del hospital no pueden realizarse adecuadamente, no pueden alcanzarse las metas esenciales de la organización.

La autoridad de la experiencia, del conocimiento técnico, no puede dejarse de lado, excepto a expensas de sacrificar la meta. "En este sentido, sigue diciendo Freidson, incluso si el hospital empleara a todos sus médicos (como ocurre frecuentemente en otras naciones) y tuviera un estatuto más liberal que lo independizara del control de la comunidad, podría ser igualitario o terapéutico, pero no ambas cosas. En la medida en que las metas terapéutica se mantienen y se apela a los médicos para saber como se consiguen, habrá que mantener a estos un lugar de privilegio y "autoridad" en virtud de su conocimiento técnico, bastante independientemente del oficio burocrático, y los pacientes tendrán un lugar de subordinación en virtud de su desempeño e ignorancia" (Freidson, 1970, 175-176).

La contraposición poder absoluto-igualitarismo absoluto, que Freidson plantea aquí es tan patética como la dialéctica del "todo o nada". Hay evidentemente, muchas matizaciones que hacer, y algunas de ellas no son como para desarrollarlas aquí. Las iremos exponiendo a lo largo de este trabajo. Pero procede anotar ahora algunas ideas.

En primer lugar, no todas las situaciones ni todos los tiempos son iguales, plantean exigencias diferentes. Un momento de urgencia exige toma de decisiones inmediatas, y ahí el médico ejerce un poder absoluto que no puede ni debe ser discutido, otra cosa es que la experiencia sea discutida después por todo el equipo médico para que la opinión de cada uno sea tenida en cuenta desde su posición cualificada y para que todo el equipo aprenda de ella. Fuera de los momentos de urgencia no parece tan claro que el poder del médico tenga que ser de tal tipo.

En segundo lugar, el médico no es el único profesional dentro del hospital con experiencia y conocimientos técnicos relativos a la cura y cuidado del enfermo. Hay, como es sabido, bastantes más. Y otros que no están todavía, deberán estar en el futuro. A saber: farmacéuticos, personal de enfermería, dietéticos, rehabilitadores, psicólogos, sociólogos, etc.

En tercer lugar, hay aspectos importantes en relación con la salud del enfermo que, aunque no sean biológicos, tienen repercusiones importantes en la salud física, además de las que naturalmente tienen en la salud mental. En la consideración y tratamiento de tal tipo de disfunciones psicosociales el médico no tiene ni experiencia ni conocimiento técnico, y su actuación debe complementarse con la de otros profesionales que sí las tienen.

Al parecer, las cosas empiezan a cambiar en este sentido. Utilizando el concepto de dominio, Perrow (1963) describió tres períodos distintos en la historia hospitalaria: el primero (1885-1929), el hospital está dominado por el consejo de síndicos. Un segundo período, después de 1930, en Estados Unidos, en el que aparece la dominación médica. El médico posee y utiliza la autoridad en un marco determinado por tres factores: a) la orientación filantrópica o altruista es sustituida por una orientación comercial (pago por servicios); b) la calidad del cuidado médico mejora considerablemente; c) al tener mejores médicos en sus equipos los hospitales comienzan a adquirir un mayor prestigio. Durante este período el hospital se convierte más en el reino de los médicos que en un lugar dedicado al cuidado del paciente. Además, el hospital busca el prestigio en los términos que la profesión médica reconoce: a través de la investigación.

Los avances técnicos hacen de los hospitales un lugar para ser curados más que cuidados, por lo cual los pacientes que pueden pagar para que los cuiden comienzan a utilizar cada vez más los hospitales para ser curados. Hay un cambio de metas evidente, que significa a su vez un cambio de intereses u de estatus del médico. Esta concentración de poder en manos del personal médico produjo bastantes efectos negativos, sobre todo en la situación habitual de médico-no empleado por el hospital. Como señalaba Perrow (1963, 123), "el médico es un empresario individual, que vende sus servicios para obtener un beneficio. Sus ingresos se ven afectados por los servicios de que puede disponer en el hospital, libertad de escrutinio, y por el precio que debe pagar por los servicios en forma de deberes recíprocos, tales como la enseñanza o la asistencia y trabajo en diferentes comités". La confianza en la ética profesional no parecía suficiente base para garantizar un punto de vista ético desinteresado, aunque estuviera arropada por las actividades de docencia e investigación.

Parecía, pues, necesario un sistema "constitucional", como dice Perrow (1963), que limitara el poder, y permitiera establecer criterios razonables para promoción dentro del propio personal médico, así como una representación efectiva de los intereses de los pacientes y de los intereses de la organización

como un todo. Así, en un tercer período hacia la mitad de la década de los años cuarenta, aparece la figura del gerente del hospital, que transforma la situación desembocando en un período de "liderazgo múltiple".

Dado el incremento de los costos de la industria médica parece que vamos hacia un período de contención del gasto y responsabilidad fiscal, lo cual implica una tendencia o un deslizamiento hacia un período de "liderazgo del gerente del hospital", en el cual éste llegará a ser más influyente que el médico.

Así pues, en los ochenta podemos contemplar una reducción del conflicto entre las dos líneas de autoridad dentro del hospital, porque su gerente o administrador tiene la responsabilidad y la autoridad para conseguir (o, al menos, intentar) que la cura y cuidado del paciente se haga a un costo razonable. El enorme crecimiento de los costos hospitalarios es, quizás, uno de los factores primordiales del cambio que está produciendo. Con la proliferación de nuevas tecnologías, los gastos de tratamiento de los pacientes en los hospitales han crecido hasta el punto de que todas las agencias sociales implicadas en el tema, empezando por los propios gobiernos, se han visto fuertemente limitadas a su actuación en el terreno hospitalario. Por otro lado, grandes hospitales, muy sofisticados, están ahora regentados por corporaciones lucrativas más que por instituciones benéficas, públicas o privadas, como había venido ocurriendo en el pasado. De hecho ambos factores, pero sobre todo el incremento de los costos, están provocando una tendencia a volver a un sistema de niveles en el que los que pueden pagar recibirán un cuidado sofisticado y los que no puedan pagar tendrán que apañarse con los servicios disponibles, mal dotados y saturados de público, que no pueden proporcionar los últimos avances en el tratamiento a un público amplio.

Un segundo factor que implica cambios en el sistema de autoridad dentro de la jefatura hospitalaria es la perspectiva de trabajo en equipo que algunos hospitales comienzan a adoptar. En tal equipo el grupo de profesionales compuesto por médicos, enfermeros/as, psiquiatras/psicólogos, trabajadores sociales, dietéticos y otros, puede discutir los casos en conjunto. Un efecto inmediato de tal perspectiva es el cambio en la autoridad tradicional del médico. Esta actuación en equipo se ve reforzada porque todo el equipo tiene el mismo estatus de empleado por el hospital y lo pone en conjunto bajo las directrices y la autoridad de los administradores.

En tercer lugar, el propio paciente ha cambiado de actitud, adoptando una posición más activa y beligerante como cliente y consumidor de los servicios

de cuidado de salud. En general, el interés y el deseo de tomar parte en el cuidado de su salud crece cada día más entre la gente. Este creciente movimiento de autoayuda hace que los pacientes-clientes planteen cada vez más cuestiones acerca del tratamiento y deseen evaluar alternativas, en vez de quedar satisfechos con explicaciones ininteligibles unas veces, o absolutamente triviales e inútiles que, por lo general, han venido recibiendo. El aumento paralelo en el número de pleitos planteados por mala práctica ha producido un aumento correspondiente en la cantidad y en la calidad de la información que médicos y hospitales proporcionan a sus clientes. Dado que una gran parte de la población hospitalizada lo es para la realización de pruebas clínicas diversas, observación o tratamientos de corta duración, su estado físico le permite atender con mayor cuidado los procesos a que se ve sometido y considerar nítidamente el tratamiento que se le impone.

A todo ello habría que añadir trabajos que serán considerados más adelante, y que, como el que presentamos, sugieren que el hospital constituye un marco psicológico cuyos efectos pueden ser negativos para la salud.

Parece innecesario subrayar especialmente que las características organizacionales que hemos considerado van a tener un efecto marcado en las interacciones que se produce dentro de él. Algunos aspectos de estas interacciones han sido inevitablemente aludidos ya al hablar de la organización social del hospital, por cuanto en muchas ocasiones resulta difícil separar la consideración de ambas facetas. Ciertamente, como señala Taylor (1986), dada la inusual estructura organizacional del hospital y su diversidad de metas (aunque formalmente sólo tenga una) es sorprendente que funcione siquiera. Para añadir mayores dificultades, el hospital no trabaja con un material estandarizado ni homogéneo. Los pacientes son nuevos cada día y cambian constantemente, de forma que los problemas se renuevan constantemente.

Dado el permanente cambio de las demandas que se produce en el marco hospitalario, el orden social en el que se produce el cuidado del paciente es continuamente "negociado" por los actores sociales intervinientes (Strauss et al., 1963). Esta negociación es compleja por cuanto el personal en el hospital comparte sólo una meta un tanto ambigua y vaga: devolver al paciente al mundo exterior en las mejores condiciones posibles, tal como repetidamente hemos mencionado. Esta meta es el símbolo de unión de todo el personal. El problema se plantea cuando el personal se encuentra ante un paciente en concreto e intenta su recuperación. Entonces es cuando aparecen los desacuerdos y cuan-

do comienza necesariamente un complicado proceso de negociación y regateo (Strauss et. al., 1963, 154).

Dado que cada grupo de profesionales implicados en la tarea de curar y cuidar al paciente (en el contexto de la mayor eficacia y economía) tiene sus propias metas subsidiarias y razones de trabajo, es fácil comprender que la negociación se lleva a cabo en muchos frentes, uno de los cuales estará en determinados casos constituido por el propio paciente. Dicho de otro modo, aunque existen unas expectativas generales sobre lo que un/a médico/a, una/un enfermera/o, o un/a auxiliar de sala, deben hacer en las situación inesperada de emergencia, sin embargo, la situación real no siempre se cumple. En cada uno de estos episodios se establece implícita o explícitamente una meta respecto a lo que hay que hacer con el paciente y se negocia, implícitamente, cómo se ha de alcanzar esa meta, por quién y cuando. Una vez acabado el episodio, cada actor reasumirá su papel habitual dentro de las líneas jerárquicas usuales. El cómo cada uno pone su papel en escena depende de su posición en la jerarquía (internista, enfermera, anestesista, etc.); de las expectativas comportamentales asignadas al papel, y de las relaciones informales que mantiene con otros miembros del personal.

Como Strauss y sus colegas afirman (1963, 159-161), también el paciente está comprometido en el regateo, en el proceso de negociar. Aunque a veces en el caso del hospital no lo parezca, los clientes también forman parte de la estructura organizacional. Parte esencial de su intervención en el proceso de negociación es la cantidad de información que proporcionan sobre ellos mismos y que constituye una pieza importante en el diagnóstico y el tratamiento. Aún dentro de la considerable limitación de su libertad de acción que supone el hecho de estar hospitalizado (lo que en una mayoría de casos implica, incluso, guardar cama), el paciente parece tener cierta capacidad para adecuar el cumplimiento de algunos aspectos de las recomendaciones y órdenes médicas a su propia visión de los acontecimientos.

El conjunto de metas, medios y motivaciones cuyo juego constituye la médula de la dinámica intrahospitalaria produce diferentes modelos de atención al paciente; Coe (1973) sugiere que puede haber tres modelos distintos, que los tres pueden ser comparados el uno con el otro en términos de sus metas, presupuestos, motivaciones del paciente, y modelos institucionales resultantes. Tales modelos serían básicamente tres: el custodial, el clásico y el de rehabilitación.

El modelo custodial del cuidado del paciente está muy relacionado con la orientación original del hospital, en la que los hospitales presentaban primordialmente un servicio social. Es decir constituían lo que hoy denominaríamos un "hospicio", una casa de beneficencia en la que se custodiaba a los menos afortunados o a los elementos indeseables de la sociedad. En el modelo custodial, el hospital sirvió como una "institución total" de la manera en que Goffman (1961) nos ha descrito a la institución mental.

El modelo clásico es el que está asociado más estrechamente con el hospital general de agudos, que sirve como muestra de nuestra concepción típica del hospital actual. Es usualmente el lugar al que los médicos llevan a sus pacientes con la esperanza de curarles. En él la preocupación central es la terapia médica (terapia fundamentalmente, y casi exclusivamente biológica). En consecuencia el factor motivante, y por tanto, la autoridad última, es la "orden del médico", al contrario de las "reglas institucionales" que constituyen las pautas de autoridad en el modelo custodial de asistencia al paciente.

El modelo de rehabilitación se relaciona más con un hospital general de asistencia a largo plazo, cuya principal tarea es devolver al paciente a un funcionamiento normal en la mayor medida posible, ayudándole a manejar sus problemas producidos generalmente por la enfermedad crónica (diabetes, leucemia, etc.) o por algún traumatismo con secuelas permanentes (amputación de un miembro, por ejemplo). En este tipo de modelo el énfasis se pone precisamente en la capacitación, lo cual, como es obvio, implica un cuidado del paciente bastante más prolongado y, generalmente, trata con situaciones crónicas más que con agudas o de emergencia.

Desde la perspectiva psicosocial cada uno de estos modelos plantea diversos problemas al enfermo hospitalizado aunque hay, como expondremos más adelante, efectos generales al margen de qué modelo se trate. Sin embargo, este estudio se centrará fundamentalmente en los dos últimos modelos: clásicos y de rehabilitación y excluirá, salvo para algunas referencias, el estudio del modelo custodial cuya expresión más específica parece ser hoy, todavía, el hospital psiquiátrico.

II. ENFERMEDAD: ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

A. ESTRÉS

La enfermedad se ha definido usualmente como una "falta de salud", y ello nos indica su constitutiva característica de "cambio" en la vida ordinaria de la persona. Lo usual es estar sano, al menos en una gran mayoría de personas; lo anormal es estar enfermo, al menos por un largo período de la vida. Por ello, "ponerse enfermo" constituye un cambio de vida. Hay una gran cantidad de información que ha demostrado las amplias implicaciones que los cambios de vida tienen para la salud física y para la salud mental (Dohrenwed y Dohrenwed, 1974). En particular, se ha realacionado la cuantía de los cambios de vida recientes con el desarrollo de condiciones que van desde los infartos de miocardio al cáncer (Sabbioni, 1991) o a la depresión (Perlin et al., 1981).

Se supone que la relación entre los cambios de vida y el estatus de salud está mediado por el estrés. La investigación psicológica al uso entiende por estrés un proceso dinámico de intercurso entre la extensión y el tipo de los estresores que impactan sobre el individuo y los recursos adaptativos o de apoyo en los cuales la persona se enfrenta con sus circunstancias.

En general, se puede hablar de estrés refiriéndose a un estímulo o acontecimiento externo que provoca una respuesta de tensión. Usado de tal manera es una clara extensión de principios físicos. Sin embargo, aquí nos referiremos a tal tipo de estímulos o acontecimientos que se denominan de estresores, en cuanto que desencadenan el estrés, que son fuentes de estrés. En algunas ocasiones se ha hecho un énfasis especial en situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina médica de una persona (Holmes y Rahe, 1967). En ellos se incluyen acontecimientos deseables e indeseables. Los acontecimientos deseables, sin embargo, han sido excluidos en tendencias posteriores que definen el estrés sólo como "aquellas circunstancias o condiciones de los roles sociales diarios que son considerados generalmente problemáticos o indeseables" (Ilfield, 1977, 61). Parte de la investigación más reciente indica que los acontecimientos indeseables se asocian más con la dificultad psicológica subsiguiente (Paykel, 1974; Sarason, Johnson y Siegel, 1978; Vionokur y Selzer, 1975).

Sin embargo, una masa también considerable de la investigación ha puesto énfasis no en el estímulo sino más bien en la respuesta, o en la interacción estímulo-respuesta y factores mediadores. Janis (1958), por ejemplo, considera al

estrés como una reacción ante la amenaza y describe 3 fases de estrés: una primera fase de amenaza en la que la percepción del peligro activa el miedo anticipatorio; una segunda, de impacto de peligro valorado en relación al escape posible y/o las defensas que puedan ser empleadas. La última fase es la fase de victimación post-impacto en la cual se perciben las pérdidas y se siente deprivación. Selye (1956) utilizó una concepción similar, aunque con un énfasis más fisiológico, y dividió también la reacción (cuando se produce la adaptación máxima) y, finalmente, si la situación de estrés persiste, cansancio que puede ser con un estado de enfermedad física y/o psicológica. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta.

Desde una perspectiva más psicosocial, Lazarus y sus colaboradores han subrayado fuertemente la interacción entre los agentes estresores y el sistema humano de valoración y evaluación. Lazarus y Folkman (1984) han venido presentando una teoría que define el proceso del estrés como un proceso de interacción dinámica, en los términos de un modelo que se puede denominar "modelo transaccional", porque su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios, o transacciones, entre la persona y su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona-entorno. "Estrés psicológico es una relación particular entre la persona y el entorno que es apreciado por la persona como planteándole excesivas demandas o excediendo a sus recursos y poniendo en peligro su bienestar".

Dentro del modelo transaccional, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo aprecia (evalúa) y construye una relación con el entorno. En esta relación las demandas del entorno, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que cada una afecta a las otras. El estrés resulta de la interacción de los factores que se supone que juegan papeles causales. El modelo representa una separación de la perspectiva tradicional de estímulo-respuesta que subrayaba un orden singular de los acontecimientos (por ejemplo, donde las condiciones ambientales se identifican como antecedentes específicos que ejercían una influencia de una dirección en como respondía el individuo).

La concepción de Lazarus sugiere, pues, que nada es estresante a menos que el individuo lo define como tal. No hay acontecimientos universalmente estresantes. El estrés sólo existe cuando una persona lo define como tal.

Lo que Lazarus afirma es que la medida en que el estrés es experimentado resulta de una valoración cognitiva que la persona realiza. Esta noción de valoración o evaluación ocupa un lugar prominente en la literatura sobre el estrés. De una forma general, valoración refiere valoraciones de juicios sobre los acontecimientos y nuestras reacciones a tales acontecimientos. Se supone que los individuos realizan una valoración de su propia conducta en respuesta a aquellos acontecimientos; y se dice, entonces, que las evaluaciones que un individuo hace de los acontecimientos y acciones juegan una parte determinante en la experiencia del estrés psicológico.

La valoración cognitiva es considerada por Lazarus como la continua revaloración de sus juicios que una persona hace respecto de las exigencias y limitaciones que le imponen las transacciones con el entorno y sus propios recursos y opciones para manejarlas (Lazarus y Folkman, 1984).

El proceso de valoración cognitiva tiene para Lazarus dos formas básicas: valoración primaria y valoración secundaria, aunque él mismo ha afirmado que tales denominaciones fueron desafortunadas por dos motivos: 1) estos términos sugieren que uno es más importante que el otro, o que uno precede al otro en el tiempo, y no ha pretendido decir ninguna de las dos cosas. 2) estos términos no dan ninguna información sobre el contenido de cada una de las formas de valoración. Teniendo en cuenta estas matizaciones, se entiende por valoración primaria el juicio de una persona sobre la de un estresor. Es la evaluación de las implicaciones directas que un acontecimiento vital tiene para nuestro bienestar. Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984), distingue tres clases de valoración primaria: irrelevante, positiva y estresante.

La valoración positiva de un acontecimiento se acompaña de emociones placenteras: alegría, amor, felicidad, apaciguamiento, etc. La valoración estresante consiste en una interpretación del acontecimiento como capaz de producir o ser, daño, pérdida, amenaza y desafío. En el caso del daño/pérdida, la persona sufre algún perjuicio, como una herida o enfermedad incapacitante, un daño a la auto-estima o estima social o pérdida de una persona valiosa o ser querido. En el caso de amenaza, los daños o pérdidas todavía no han ocurrido pero son anticipados. Por último, en el caso del desafío se centra en la garantía potencial inherente a un encuentro y se caracteriza por emociones agradables, mientras que la valoración de amenaza se centra en el daño potencial y se caracteriza por emociones negativas (miedo, ansiedad e ira). Amenaza y desafío no son excluyentes.

La valoración secundaria consiste en el juicio de la persona acerca de los recursos y opciones asequibles para afrontar transacciones estresantes, de las limitaciones en el uso de tales recursos, y de las consecuencias de su uso. La valoración secundaria es, como señalan Lazarus y Folkman (1984), un rasgo crucial de cada encuentro estresante porque el resultado depende de qué es lo que puede hacerse, si es que puede hacerse algo, tanto como de aquello que constituye el problema. La diferencia básica entre valoración primaria y secundaria parece estribar en el contenido de lo que se evalúa. Al margen de esta distinción los dos procesos son altamente interdependientes, conformando el grado de estrés, la fuerza y la cualidad (o contenido) de la reacción emocional.

Las formas en que una persona afronta los acontecimientos que ha valorado como estresantes son determinadas parcialmente por la valoración secundaria, que es guiada por factores tales como la experiencia anterior en situaciones similares, creencias sobre el yo y el entorno y la disponibilidad real de recursos para responder con efectividad. Así pues, el hecho de que una persona interprete o no un acontecimiento o situación en concreto, como estresante depende de cosas como su experiencia previa en situaciones semejantes, de si sus respuestas anteriores a tales situaciones fueron eficaces o no, de si los recursos de afrontamiento que utilizó en tales ocasiones son utilizados ahora o no, de si la persona cree que las exigencias de la situación pueden ser satisfechas, y de si la persona cree que puede manejar el estrés o no.

En cualquier caso, en el modelo de Lazarus el estrés es el resultado de un proceso de interacción entre la valoración primaria de un estresor y la valoración secundaria de los recursos de apoyo y de afrontamiento, en cuanto a su disponibilidad y efectividad. La relación entre los individuos y su entorno es siempre cambiante, fluida y dinámica. Dado que esta relación no permanece idéntica en la secuencia temporal, las condiciones cambiantes de la relación requieren que el individuo vaya modificando sus aspiraciones cognitivas conforme varíen tales condiciones. Este proceso de cambio en los juicios del individuo es lo que Lazarus llama revaloración. Describiéndolo, básicamente, como un proceso que toma dos formas: una que implica un procesamiento de la nueva información acerca de las formas en las que la relación persona-entorno ha cambiado, y acerca de hasta qué punto los cambios son significativos para nuestro bienestar. La otra forma es la "revaloración defensiva" que consiste en un esfuerzo para reinterpretar el pasado más positivamente, o tratar con los daños y amenazas presentes considerándolas de formas menos perjudiciales y/o amenazante (Lazarus y Folkman, 1984, 138).

Así pues, el estrés es un proceso de valoración de los acontecimientos en cuanto perjudiciales, amenazantes o desafiantes, y de valoración de los recursos disponibles y eficientes para afrontar tales acontecimientos; esto da lugar a respuestas que pueden incluir cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y comportamentales que, por su parte, pueden actuar de alguna forma en el entorno y cuya consideración constituye una revaloración de la situación conjunta.

Numerosos estudios han intentado relacionar el estrés psicológico (sobre todo en relación con los acontecimientos vitales) con reacciones tanto psicopatológicas como no psicopatológicas. Es evidente que muchas personas se adaptan bien incluso a acontecimientos graves, mientras que otras son incapaces de adaptarse a acontecimientos menos problemáticos. Como hemos visto, esto se explica bien puesto que juegan en el proceso las características de la situación, las características del individuo (sobre todo su peculiar "estilo preceptivo") y la característica del entorno del propio individuo, que en el momento del "encuentro" se solapan para ser el mismo.

Lazarus y Folkman (1984, 82) han hecho una reseña muy sistemática de tales características, y nos vamos a limitar a resumir su presentación, que recoge características formales de las situaciones que crean la potencialidad de la amenaza, el daño o el desafío. Las características son las siguientes:

1) Novedad. Una situación es nueva cuando la persona no ha tenido ninguna experiencia previa de ella. Si una situación es completamente nueva y ningún aspecto de ella ha sido conectado previamente con un daño, no será evaluada como amenaza. Sin embargo, la mayoría de las situaciones no son completamente nuevas. Excepto en circunstancias extremas, en las que nuestro conocimiento preexistente no tiene ninguna relevancia, la novedad absoluta es bastante rara. Normalmente tenemos algunas bases para inferir el significado de una situación con la que todavía nunca nos habíamos enfrentado. En cualquier caso, una situación nueva es estresante sólo si hay una asociación previa con daño, peligro o falta de destreza para manejar. En ese caso, la novedad puede llegar a ser por sí misma una fuente de amenaza. Además, aunque el conocimiento general pueda bastar para interpretar un acontecimiento nuevo, sin embargo, puede ser inadecuado para plantear un afrontamiento adecuado. En mi opinión, sin embargo, la novedad, incluso la absoluta, puede producir por sí misma una valoración de estrés, por cuanto implica desconocimiento, impredecibilidad, incapacidad (al menos momentánea) de control y ambigüedad.

- 2) Impredictibilidad. Implica que hay características ambientales predecibles que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Cuando tenemos algún tipo de aviso de que algo doloroso o perjudicial nos va a ocurrir parece que tal acontecimiento se aprecia como menos estresante, bien porque permite la posibilidad de un afrontamiento anticipatorio (hipótesis de la respuesta preparatoria), o bien porque proporciona al sujeto informes de cuándo están a salvo del estresor (hipótesis de la señal de seguridad). Parece que ambas hipótesis implican dos factores que explican los efectos de la predictibilidad: control sobre el entorno e información a partir de la transacción con el entorno sobre lo que se puede o no se puede hacer y la fiabilidad de que existan cualesquiera contingencias ambientales.
- 3) Incertidumbre acerca del acontecimiento. Hace referencia a la posibilidad de que un acontecimiento ocurra. La incertidumbre del acontecimiento introduce la noción de probabilidad. En circunstancias naturales condiciones de máxima incertidumbre son altamente estresantes. Un campo en el que se nota mucho el papel jugado por la incertidumbre del acontecimiento amenazante es el de la enfermedad y la incapacidad física. Cohen y Lazarus (1979) han señalado que tratar con la incertidumbre es una de las tareas adaptativas más importantes en las personas que tienen que afrontar el estrés producido por la enfermedad física. Tal como Lazarus y Folkman (1984) señalan, una de las razones más importantes por la cual la incertidumbre del acontecimiento puede ser estresante en la vida real es que tiene un efecto inmovilizante sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento.
- 4) Factores temporales. Incluyen la inminencia, la duración, y la incertidumbre temporal. La inminencia se refiere a cuánto tiempo pasa antes de que ocurra el acontecimiento, el intervalo durante el cual el acontecimiento es anticipado. Cuanto más inminente es el acontecimiento, más intensa se torna su valoración (naturalmente siempre que haya claves que nos indiquen daños, peligro, etc.). Cuanto menos inminente es un acontecimiento, tanto menos urgente y más complejo se torna el proceso de valoración. La duración se refiere a la cantidad de tiempo durante el cual persiste el acontecimiento, lo cual se considera como un factor importante en la enfermedad. Los estresores crónicos tienen efectos sumamente negativos física y psicológicamente, ya como puso de relieve Selye (1956) con el desarrollo de su modelo de Síndrome de Adaptación General al Estrés. Sin embargo, es importante recordar que la valoración de un acontecimiento crónico no es estática; fluctuará en el curso del acontecimiento como una función del afrontamiento

y de los procesos de revaloración, y como una función de los cambios de entorno. Además de los acontecimientos persistentes crónicos, existen también acontecimientos intermitentes crónicos (por ejemplo, problemas financieros), y acontecimientos agudos limitados en el tiempo (por ejemplo, una operación quirúrgica menor). Por último, la incertidumbre temporal hace referencia a nuestra ignorancia acerca de cuando tendrá lugar el acontecimiento. Parece que la incertidumbre temporal sólo es estresante cuando una clave indica que un acontecimiento amenazante o perjudicial va a ocurrir, es decir, sólo en presencia de la inminencia.

- 5) Ambigüedad. Cuando la información que necesitamos para nuestra valoración no es clara o no es suficiente, entonces la configuración del entorno nos aparece ambigua. La ambigüedad crea la condición de los tests proyectivos en los que la persona infiere significados sobre la base de disposiciones, creencias, o experiencias personales. Si hay ambigüedad, entonces los factores personales conforman la comprensión de la situación, y se interpreta la situación más en función de la persona que de los estímulos objetivos. Además, cuando un acontecimiento, estresor potencial, es ambiguo el individuo no tiene oportunidad para llevar a cabo una acción, por cuanto queda varado en el estado de definición de problemas. La ambigüedad puede intensificar la amenaza limitando el sentido individual de control y/o incrementando un sentido de desamparo ante el peligro. No siempre es así, porque depende de que exista en la persona la disposición para ser amenazada.
- 6) Programación de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital. Un acontecimiento estresante no ocurre en el vacío, sino en el contexto del ciclo de la vida del individuo y en relación con otros acontecimientos, distantes, recientes o concurrentes. Estas propiedades contextuales específicas definen la programación de un acontecimiento. Las personas tienen un concepto del ciclo de la vida normal que incluye expectativas de que ciertos acontecimientos ocurrirán en ciertos momentos. Las cosas puede ocurrir "en su momento" o "fuera de lugar" (que aquí significa "fuera de su momento"). Un acontecimiento que ocurre "fuera de momento" puede significar que nos veremos privados del apoyo de nuestros iguales compatibles; puede significar que nos veamos privados del sentido de orgullo y satisfacción que acompañarían al acontecimiento si hubiera ocurrido en su momento; puede significar que nos veamos privados de la oportunidad de preparar un nuevo rol, o afrontamiento anticipatorio.

Hay que observar que tales características son relevantes siempre que el acontecimiento sea una amenaza, daño, pérdida o desafío potencial, lo cual supone que el acontecimiento tiene una valencia. Por ello, quizás, habría que añadir que el signo del acontecimiento (lo que podríamos llamar su "valencia") también es una característica a tener en cuenta. (Sarason, Johnson y Siegel, 1978).

Además de los factores situacionales aludidos que afectan la evaluación de los acontecimientos en el proceso del estrés, existen también factores personales, que, aunque para los propósitos de este trabajo no son especialmente relevantes, sin embargo no cabe dejar de mencionar. Tales características incluyen la inteligencia, las destrezas en lenguaje, las defensas, psicológicas o estilos de afrontamiento propios, las variables de personalidad en general, la experiencia previa, el estilo perceptivo, los variables de estatus socio-económicos, y variables sociales que incluyen la posición social, la extensión y disponibilidad del apoyo social, medios económicos, servicios de salud y la eficacia personal, es decir de la infraestructura social de apoyo en general. Según Lazarus y Folkman (1984) dos de los factores personales más importantes son: los compromisos y las creencias. Estos factores influyen la valoración de tres formas: 1) determinando lo que es relevante para el bienestar en un momento dado; 2) moldeando la comprensión que una persona tiene de un acontecimiento, y, en consecuencia, sus emociones y esfuerzos de afrontamiento; y 3) proporcionando las bases para evaluar los resultados.

Los compromisos expresan lo que es importante para la persona, lo que tiene significado para ella, y fundamentar las elecciones que las personas hacen, o están preparadas para hacer, con el fin de mantener ideales valorados y/o alcanzar metas deseadas. Aunque tal definición de compromiso contiene componentes cognitivos (elecciones, valores y/o metas), sin embargo contiene también una cualidad motivacional vital. Los compromisos afectan la evaluación de los acontecimientos de varias formas: a) guiando a las personas dentro de las situaciones que les amenazan, dañan o benefician; b) modelando la sensibilidad de las personas hacia unas u otras particulares facetas de una transacción; c) a través de su impacto en la vulnerabilidad. Los autores en cuestión definen la vulnerabilidad al estrés psicológico como determinada no sólo por un déficit en recursos sino también por "la relación entre las pautas de compromisos del individuo y sus recursos para prevenir y soslayar amenazas a tales compromisos" (Lazarus y Folkman, 1984, 51). En cierto modo, también se puede pensar en la vulnerabilidad como en una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa cuando aquello que uno valora es expuesto a pérdi-

da o peligro en una transacción particular. Por tanto, en ese sentido, la vulnerabilidad se refiere a la susceptibilidad para reaccionar ante amplias clases de acontecimientos con estrés psicológico que es moldeada por una gama de factores personales, incluyendo compromisos, creencias y recursos. En suma, cuanto mayor sea la fuerza de un compromiso, más vulnerable será la persona al estrés psicológico en el área de ese compromiso. Ahora bien, esa misma fuerza del compromiso que crea vulnerabilidad, también puede impulsar a la persona a un curso de acción que pueda reducir la amenaza y ayudar a mantener esfuerzos de afrontamiento frente a los obstáculos.

Por su parte, las creencias son nociones preexistentes acerca de la realidad que sirven como una especie de "lente perceptiva". En otro sentido, son configuraciones cognitivas formadas personalmente o moldeadas culturalmente. En el proceso de valoración, las creencias determinan, "cómo son las cosas" en el entorno, y modelan la comprensión de su significado. A menudo operan a nivel tácito y, por tanto, puede ser difícil observar su influencia en la valoración. Su impacto se puede observar mejor cuando hay una súbita pérdida de creencia o una conversión a un sistema de creencias diferentes. Particular interés para la teoría del estrés tienen las creencias sobre el control personal y las creencias existenciales.

Las creencias generales acerca del control, que tienen que ver con la medida en que la persona cree que controla acontecimientos y resultados importantes. La formulación más conocida es la del concepto de control interno/control externo (Rotter, 1966). Este tipo de creencia sobre el control es más probable que afecte a la valoración en situaciones ambiguas.

Las creencias situacionales acerca del control se refieren a la medida en que una persona cree que puede modelar o influenciar una relación persona-entorno especialmente estresante. El miedo es una manifestación de esta valoración estresante específica.

En estresores referidos a la salud, Moos y Tsu (1977, 9) mencionan una serie de tareas adaptativas, que implican un objeto de control, unas relaciones específicamente con la enfermedad (como actuar respecto a/dealing with/ el dolor y la incapacitación, el entorno hospitalario y los procedimientos especiales de tratamiento), y otras generales (como, conservar un equilibrio emocional razonable, una auto-imagen satisfactoria, relaciones con la familia y los amigos, y prepararse para un futuro incierto). Parece claro que las creencias

acerca del control juegan un importante papel en la determinación del grado en el que una persona se siente amenazada o por un acontecimiento estresante. Las creencias sobre el control pueden integrarse, dentro del marco más general de la teoría atribucional, de un modelo atribucional de respuestas de estrés.

B. RESPUESTAS AL ESTRÉS

Como hemos visto, la valoración del acontecimiento es un paso integral para mover el individuo hacia la adaptación a condiciones percibidas como estresantes, es decir aquellas en las que las exigencias fuerzan demasiado o exceden de los recursos adaptativos del individuo. Una vez que el acontecimiento o la situación es juzgada estresante se produce, en primer lugar, una consecuencia fisiológica: la activación, una serie de reacciones del sistema nervioso y reacciones endocrinológicas. Tales reacciones pueden mostrar algún grado de especificidad como una función del estresor particular y de la interpretación que el individuo hace de él. En segundo lugar, se producen unas reacciones emocionales negativas en una gama amplia, como ansiedad, depresión, ira, enfado, etc.

Además encontramos una serie de procesos de respuesta a tales condiciones o situaciones a los que colectivamente cabe referirse como respuestas al afrontamiento, que consisten básicamente en respuestas cognitivas y respuestas comportamentales, y como resultado de las cuales se pueden producir también respuestas emocionales como las citadas: el miedo, la ansiedad, la excitación, el embarazo, la ira, la depresión, el estoicismo o la negación. Naturalmente las respuestas de afrontamiento, como indicaremos más adelante, pueden tener consecuencias, incluso un incremento de la activación fisiológica mencionada, que a su vez tendrá una influencia en las respuestas de afrontamiento. Es un sistema dinámico cerrado como trataremos de hacer ver. De hecho, el afrontamiento puede seguir tanto como preceder a las reacciones fisiológicas y a las emocionales.

La mayoría de las definiciones de afrontamiento lo consideran como una respuesta que puede ser una cognición o una conducta (Lazarus, 1966; Mechanic, 1966; Lipowski, 1970; Pearlin y Schooler, 1978; Weisman y Worden, 1976; Lazarus y Launier, 1978; Lazarus y Folkman, 1984) Rodríguez-Marín, 1992; Peiró y Salvador, 1993). Lazarus y Launier (1978, 311) definían afrontamiento como: "los esfuerzos, tanto orientados a la acción como intrapsíquicos, para

manejar (es decir, dominar), tolerar, reducir, minimizar) las exigencias internas y ambientales, los conflictos entre ellas, que excedan a los recursos de una persona". Hay que subrayar, pues, que, además de su característica de respuesta comportamental o cognitiva, se habla de afrontamiento cuando se trata de algún problema serio que causa en el individuo un considerable distrés (estrés negativo) emocional y que requiere respuestas a la situación problemática de formas nuevas e inusuales. Si los problemas pueden ser tratados automáticamente mediante el uso efectivo de conductas de solución de problemas, entonces se dará poco afrontamiento real, porque los recursos de la persona no han sido suficientemente forzados. Así pues, el afrontamiento es un concepto reservado para la adaptación bajo condiciones difíciles, percibidas como estresantes.

Más recientemente Lazarus y Folkman (1984, 141) han definido afrontamiento como "esfuerzos comportamentales y cognitivos constantemente cambiantes para manejar exigencias específicas internas y /o externas que se aprecian que fuerzan demasiado o exceden los recursos de la persona". Esta definición añade simplemente algunos matices: Primero, expresa un concepto de afrontamiento más como proceso que como rasgo ("constantemente cambiantes"); segundo, implica una distinción entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada; tercero, salva el problema de confundir el afrontamiento con el resultado del mismo; cuarto, al usar la palabra manejar evita igualar afrontamiento con maestría, como dominio.

A la hora de describir las respuestas de afrontamiento se puede simplemente establecer una lista de tales respuestas, organizarlas dentro de una estructura categorial. Una mayoría de investigadores ha categorizado las respuestas de afrontamiento sobre la base del propósito de la respuesta. Como hemos visto, existen dos propósitos esenciales para la mayoría de investigadores, el de la reducción del distrés emocional y el de la solución del problema que causa tal distrés. Sobre esa base podemos encontrar diversas clasificaciones de las respuestas de afrontamiento. Pearlin y Schooler (1978) clasificaron las respuestas de afrontamiento en: 1) respuestas que cambian la fuente del estrés; 2) respuestas que controlan el los sentimientos de desagrado producidos por el estrés; y 3) respuestas que controlan el significado de la situación.

Lipowski (1970), en cambio, sugiere cuatro tipos: 1) respuestas para preservar la integridad corporal; 2) respuestas para preservar la integridad psíquica; 3) respuestas de recuperación de la función dañada y 4) respuestas de compensación de daños irreversibles.

Lazarus (1977) clasificó, en cambio, las respuestas en dos formas solamente: 1) las respuestas dirigidas a manejar o alterar el problema que causa el estrés: afrontamiento centrado en el problema, y 2) respuestas dirigidas a regular la respuesta emocional al problema: afrontamiento centrado en la emoción. Los pensamientos o acciones cuya meta es reducir el impacto emocional del estrés pueden ser considerados como modos paliativos de afrontamiento. Se llaman paliativos porque hacen que la persona se sienta mejor sin cambiar realmente las circunstancias estresantes. En cualquier caso, son esfuerzos de afrontamiento que sirven a una función: ayudan a regular emociones. Y como Lazarus (1977) notó, algunas veces las acciones directas centradas en el problema se ven afectadas por una emoción que interfiere con la claridad del pensamiento. Cuando uno experimenta una fuerte ansiedad, es muy difícil concentrarse. Por tanto, algunas veces es necesario reducir la intensidad de una emoción de cualquier forma posible para facilitar los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar la relación estresante persona-entorno. Puede ser necesario reducir el nivel de ansiedad antes de afrontar el problema mismo que la causa.

Esta distinción de dos funciones importantes del afrontamiento, que hacen Lazarus y Folkman (1984), está implícita en los modelos sugeridos por Mechanic (1974), Pearlin y Schooler (1978) y Billings y Moss (1981).

En cualquier caso, y dado que hay varios problemas para categorizar las respuestas de afrontamiento (muchas respuestas pueden servir para más de un propósito; los esquemas organizacionales usados son aprióricos), parece preferible considerar las respuestas de afrontamiento sin intentar ninguna categorización previa (Stewart, 1982).

De hecho, el mismo Lazarus (Cohen y Lazarus, 1979) ha categorizado las formas de afrontamiento de forma distinta, naturalmente desde otra perspectiva, distinguiendo: búsqueda de información, acción directa, inhibición de la acción y procesos intrapsíquicos y cognitivos.

Un modelo conceptual para el entendimiento de la relación estrés-afrontamiento

La estructura básica del modelo que presentamos coincide con el construido (aunque para propósitos diferentes) por Cervantes y Castro (1984), que trabajan desde la perspectiva de la teoría de sistemas. La Teoría General de Sis-

temas es un marco teórico que se ha utilizado para la consideración del estrés, del afrontamiento, y de los procesos de adaptación (Cervantes, 1984). Como es sabido, desde esa perspectiva se subraya la interacción y el intercambio de información entre un sistema vivo y su entorno.

El modelo que Cervantes y Castro (1984) han construido recoge la conciencia creciente de la importancia de las variables mediadoras en la defensa y protección ante los cambios de vida importantes y ante la tensión crónica (Fleming, Baum y Singer, 1984), y que ha tenido una expresión constante en la concepción que Lazarus (1966) siempre nos presentó del estrés, dentro de la tradición psicosocial, subrayando la interacción de los agentes estresantes con el sistema humano de evaluación y valoración. Al irse incorporando progresivamente la consideración de mediadores tales como el apoyo social, la valoración del estrés y las respuestas de afrontamiento a la investigación relacionada con el estrés, el paradigma estrés-mediación-resultado se ha formado, como señalan Cervantes y Castro, más sensible a las diferencias individuales y grupales.

El modelo que estos autores proponen es un modelo multivariado con *feedbacks* dinámicos, que de alguna manera está inscrito, como el que acabamos proponiendo, en la tradición de los modelos transaccionales de Lazarus.

El modelo comprende un conjunto de siete componentes interactivos que operan en una secuencia temporal. Además de esos componentes claves, mediante las líneas continuas se indica una relación entre estos componentes de forma que podamos seguir un acontecimiento estresante a lo largo de toda la secuencia. Desde un punto de vista clínico, por ejemplo, deberíamos identificar primero los estresores potenciales para luego intentar entender la valoración que el individuo realiza de tal fuente del estrés. Esta valoración depende de factores de mediación internos y externos. Para los autores mencionados, los mediadores internos incluyen elementos como lenguaje, cultura, personalidad, estatus socioeconómico, inteligencia y funcionamiento emocional. Aquí hay ciertas diferencias. En primer lugar, el concepto de mediador interno sin mayor refinamiento, siquiera sea categorial, parece un poco "cajón de sastre". Proponemos una mínima diferenciación intraconceptual. En segundo lugar, contiene elementos que difícilmente pueden ser considerados "internos", al menos en nuestra opinión, como es el caso del estatus socioeconómico. Otros modelos que también hemos considerado para nuestra propuesta, también lo establecen como un elemento externo (Hough, 1981). Los mediadores externos, incluyen presencia o ausencia de apoyo social, familiar, afiliaciones religiosas, relacio-

nes laborales de apoyo, y disponibilidad de servicios sociales o de atención sanitaria accesibles. Aunque, como se verá, también aquí nuestra propuesta introduce una mínima categorización, básicamente los elementos son los mismos.

Cuando el individuo mediado por estos factores internos y externos aprecia que una situación potencialmente estresante exige un ajuste, establece una forma de afrontamiento. Las flechas bidireccionales entre la respuesta de afrontamiento y los mediadores internos y externos, indican la influencia recíproca entre ambos, y que la conducta de afrontamiento puede influenciar la disponibilidad futura de otros factores de mediación. Dependiendo de la eficacia de la respuesta de afrontamiento, se producirá un resultado positivo, negativo o neutral. Acto seguido, el individuo percibe una reducción, un incremento o, incluso, la desaparición de la situación del estrés. Sobre la base de esa percepción puede comenzar otro ciclo de afrontamiento.

En la mayoría de las situaciones estresantes se requieren numerosas respuestas de ensayo y error, por tanto, el individuo experimentará una serie de resultados a corto plazo hasta el momento en que el estresor original no plantea ya una exigencia de ajuste. Naturalmente, respuestas que pueden ser efectivas en la reducción del estrés a corto plazo, pueden resultar negativas para la salud, física o mental, a largo plazo. Por ejemplo, la ingestión de alcohol o drogas.

Como es obvio, los resultados tienen un papel fundamental puesto que proporcionan la retroalimentación necesaria para que el individuo verifique su capacidad de afrontamiento y la efectividad de las estrategias que está poniendo en juego. Los resultados a largo plazo están distanciados temporalmente, y son la consecuencia de numerosos ciclos de ensayo y error en el afrontamiento de las situaciones estresantes hasta que se ha conseguido eliminar la condición de estresante del estresor o hasta que el individuo ya no dispone de estrategias o mecanismos de afrontamiento de tal situación y sucumbe ante ella, apareciendo la depresión, la conducta neurótica, o la enfermedad física.

El modelo que proponemos recoge, como ha quedado expuesto líneas básicas del modelo de Cervantes y Castro (1984), pero asume explícitamente, además, la hipótesis básica de que las respuestas de estrés psicológico y fisiobiológico mantienen una relación de interdependencia (Manderscheid, 1981). Es decir, se espera que el incremento de unas eleve las otras, y viceversa, hasta que se consigue un cierto equilibrio. Este proceso incrementa la proba-

bilidad de que un individuo realice intentos de afrontar el estrés y, en un sentido amplio, constituye en si mismo una respuesta de afrontamiento.

Tal como se presenta en el modelo, un estresor es un elemento en la experiencia de un individuo, que conduce a niveles más altos de reacciones de estrés psicológicas y/o fisiobioquímicas. A la inversa, un recurso es un elemento de la experiencia (o de la herencia) de un individuo que reduce o bloquea las reacciones de estrés psicológicas o fisiobioquímicas. Aunque el individuo puede percibir varios elementos como estresores o recursos, ni los estresores ni los recursos necesitan estar a un nivel de conocimiento consciente, para funcionar en sus respectivas capacidades. Sin embargo, los estresores y recursos no percibidos pueden entrar en el nivel de conciencia, principalmente a través de los estados fisiobioquímicos o psicológicos que acompañan a los aumentos o disminuciones del estrés muy pronunciados. Es decir, el conocimiento consciente no es una variable interviniente necesaria entre los estresores y las reacciones al estrés. Más aún, el conocimiento consciente de los estresores puede ser un subproducto del proceso del estrés. Para indicar eso de forma gráfica hemos hecho la distinción entre adaptación fisiobioquímica, adaptación psicológica, por un lado, y la respuesta de afrontamiento propiamente dicha; dentro de esta hemos mencionado al aspecto cognitivo y el aspecto conductual, ambos obviamente conscientes (asumiendo, claro está, que las respuestas de adaptación fisiobioquímica y las de adaptación psicológica no conscientes constituyen igual, en cuanto respuestas, una forma de conducta).

El modelo que proponemos intenta incorporar la gama posible de estresores estructurales, sociales, psicológicas y físicas. La clasificación vale para estresores y recursos (Rodríguez-Marín, 1995).

Sobre la base de este modelo intentaremos presentar el acontecimiento de la hospitalización por enfermedad física (dejando aparte el caso de la hospitalización por enfermedad mental y hospitales mentales) como una experiencia de la persona que es posible clasificar dentro de, prácticamente, los cuatro tipos presentados de estresores, y que, además, constituye un contexto y una situación que plantea graves obstáculos para que el individuo pueda poner en juego los recursos correspondientes que posea, con lo cual su funcionalidad estresora se potencia muy considerablemente. Si, como repetiremos muchas veces, la relación entre estrés y enfermedad es solidaria, es fácil inferir la cualidad yatrogénica del hospital, en su estructura actual. Además, existen situaciones especiales (como la de permanecer en una unidad de cuidados intensivos) o acon-

tecimientos (como el de ser intervenido quirúrgicamente) que aparecen como elementos estresantes suplementarios al acontecimiento mismo de la hospitalización y a la situación misma de estar hospitalizado.

En el modelo que utilizamos, y de acuerdo con Manderscheid (1981, p. 247), las variables culturales se refieren a las normas, valores, creencias y símbolos generales, que son transmitidos de generación en generación a través del proceso de socialización; las variables sociales se refieren a la interacción social real y al entorno social que rodea los encuentros interactivos; las variables psicológicas se refieren a los estados afectivos y cognitivos del individuo; las variables físicas al entorno físico real y a las características generales del cuerpo de un individuo.

Esta categorización interna de los recursos y de los estresores es del mayor interés para nuestros objetivos, puesto que el establecimiento de un modelo de relación estrés-afrontamiento juega en este trabajo solo un papel instrumental: proporciona el marco de organización y discusión de los datos.

La consideración de los efectos psicológicos de la hospitalización tendrá lugar dentro del marco que proporciona el modelo, de forma que el hospital y el acontecimiento de la hospitalización serán examinados en cuanto estresores/recursos, para seguir el ciclo de afrontamiento y tratar de establecer los efectos a corto y a largo plazo; esto permitirá analizar las posibles vías de intervención que, obviamente, se ubicarían de forma principal en el campo del incremento de los recursos.

C. AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad como estresor

La percepción que cada individuo tiene de un síntoma de enfermedad varía, así como su aceptación del mismo. El cuadro final de una enfermedad que la persona construye es, como se deduce del marco teórico en el que nos estamos moviendo, el resultado de la experiencia pasada, de las características de personalidad, del entrenamiento que el individuo haya tenido previamente respecto a la enfermedad, y del contexto general y sistema social en el que la enfermedad se produzca. La naturaleza o tipo de los síntomas o enfermedad constituyen la influencia fundamental para que las personas los tomen en

uenta o las consideren nada más que una molestia simplemente (Lipowski, 1975). Así, una hemorragia, o un dolor agudo es difícil que sean ignorados, mientras que un dolor de cabeza o una irritación de la piel posiblemente no serán considerados como enfermedad. La importancia que atribuimos a un síntoma dado depende en buena medida del conocimiento que tenemos de la medicina y de los síntomas corporales, de nuestra resistencia a continuar nuestra conducta normal a pesar de los síntomas, y de nuestra situación vital que puede que nos permita tomar en cuenta que algo va mal.

Una vez reconocida como tal por el paciente, la enfermedad tiene todas las características que, como mencionamos anteriormente, hacen que un acontecimiento sea estresante. Constituye un daño y/o una pérdida (material y/o funcional), es impredecible las más de las veces, y también (al menos desde la perspectiva del enfermo) incontrolable. El enfermo debe confiar el control de los acontecimientos a otra persona: el médico.

Aunque, como señala Nichols (1984), el estrés psicológico asociado con la enfermedad es muy difícil de evaluar, por cuanto es muy frecuente que el enfermo ponga en funcionamiento la negación; sin embargo su existencia, en mayor o menor cuantía, es innegable en una gran mayoría de enfermos, dependiendo de la gravedad, no sólo individual sino también socialmente asumida para cada enfermedad.

En general, si se aprecia la enfermedad como una forma particularmente grave de estrés, entonces las respuestas pueden incluir la formación de una emoción negativa, o de una secuencia de ellas, como ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira. Lipowski (1967) señaló tres estadios de reacciones a la enfermedad que se dan comúnmente:

1. Reacción ante la amenaza de la enfermedad sospechada o diagnosticada, en la cual la ansiedad y el miedo son dominantes.
2. Toma de conciencia de la enfermedad como pérdida real o simbólica y sentimiento de aflicción que puede llegar a ser un síndrome depresivo. No tiene porqué ser maladaptativo; por el contrario, puede ser necesario para la aceptación y el ajuste a la enfermedad.
3. Beneficios obtenidos después del ajuste.

El tipo de reacción que una persona desarrolla ante la enfermedad viene matizado por el nivel de gravedad de la enfermedad, al menos por el nivel de

"gravedad percibida". Goldman y Schwad (1965) distinguieron: 1) Pacientes gravemente enfermos, a menudo terminales, que tienen actitudes de negación altamente rígidas y actitudes poco realistas; 2) Pacientes moderadamente enfermos, que aprecian su enfermedad sólo como una molestia que no implica el total de su vida, y que consideran con realismo su incapacidad o problema temporal, lo cual les capacita para afrontar mejor la enfermedad; 3) Pacientes con reacciones vagas que se quejan de su enfermedad pero que niegan la ansiedad. A menudo son ambivalentes, contradictorios y menos específicos sobre su enfermedad que los otros pacientes; 4) Pacientes extremadamente ansiosos y desesperados por ponerse bien, que casi cabe catalogar como psiquiátricamente enfermos, y que a menudo expresan deseos (poco realistas) de cambiar radicalmente su pauta de vida si se considera terapéutico.

Por otro lado, hay toda una tradición en la investigación que considera que ciertas enfermedades pueden producir, con mayor probabilidad, reacciones emocionales y complicaciones psicológicas que otras.

Lipowski (1967) comprobó que las infecciones virales (por ejemplo la hepatitis) suelen ir seguidas de depresión. Asimismo Castelnuovo y Tedescu (1961) reseñaron muchos otros tipos de enfermedad ligados significativamente con la depresión: problemas cardíacos, colitis ulcerosa, asma, neurodermatitis, anemia, desórdenes endocrinos y tumores malignos (malignancias). Starret (1961) asoció las enfermedades crónicas con reacciones emocionales varias, y en una revisión de la literatura sobre el tema, Neary (1976) indicó que los datos existentes sugieren que la depresión es la reacción más común al fallo renal; en un tercio de los casos de urémias crónicas se produce ansiedad e irritabilidad.

Existe también, amplia evidencia de que el cáncer de mama y la mastectomía producen altos niveles de estrés en muchas mujeres. Morris (1979) realizó una revisión muy extensa de estudios de los 60 y 70, que demuestran la existencia de altos niveles de distrés psicológico en proporciones significativas en pacientes de este tipo. Maguire et. al. (1978) encontraron que un 31% de mujeres mastectomizadas (n=75) se mostraron deprimidas y/o ansiosas en un nivel que precisaba tratamiento antes de la operación, y un 25% se mostraba todavía afectada un año más tarde. Por el contrario, en el grupo de control (n=50) de mujeres con un tumor de mama diagnosticado como benigno sólo el 12% desarrolló tales síntomas. Morris encontró que el 22% de pacientes con cáncer de mama (n=69) presentaban depresión moderada o grave dos años después de ser mastectomizadas, y que el 32% de ellas informó de un empeo-

ramiento en sus relaciones sexuales durante ese período. Hay igualmente datos que indican altos niveles de estrés en personas sometidas a colostomía (Wirschins et.al.1975), o en pacientes con fallo renal y que están siendo sometidos a hemodiálisis (Kaplan De Nour, 1981; Nichols, 1984).

Este tipo de respuestas es resultado de la valoración de un acontecimiento como estresante. Tal valoración puede evocar estados afectivos negativos entre los cuales la depresión y la ansiedad son los más habituales. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la valoración del estrés, sino también en fases posteriores respecto de la adecuación y afectividad de los ajustes que se han realizado o respecto a la posibilidad de recurrencia del acontecimiento, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la pena (Wilson y Barnett, 1979). De hecho ansiedad y depresión se describen colectivamente como estados de ánimo o respuestas negativas, refieren experiencias subjetivas y son los principales conceptos usados cuando se describe el estrés emocional.

Spielberger (1972) definió la ansiedad como el estado emocional transitorio o condición caracterizada por sentimientos de tensión y aprensión y por una actividad intensificada del sistema nervioso autónomo. Y en general, se reconoce que está relacionada con un complejo de otras emociones tales como miedo, culpabilidad, sorpresa, y fatiga, Spielberger (1972) distinguió además la ansiedad como rasgo de la personalidad y la ansiedad como estado que responde a un acontecimiento o situación específica. Naturalmente ambas pueden darse conjuntamente. Los concomitantes físicos de la ansiedad son bien conocidos y están muy relacionados con la activación general causada por la estimulación del simpático: tensión muscular, intranquilidad y agitación, incoordinación sensación de frío, como efectos iniciales; si la emoción se prolonga se pueden producir sofoco, sudoración, anorexia, hiperventilación, palpitaciones y diarreas, así como reducción de la concentración, distraibilidad, fallos de memoria, despiste, irritabilidad, insomnio y perturbaciones perceptivas.

La depresión es igualmente un estado de ánimo disfórico o emoción negativa que puede resultar de episodios estresantes. Igualmente la depresión se acompaña de síntomas físicos, como la fatiga, la anorexia, el insomnio, las complicaciones digestivas y la pérdida de peso (Paykel, 1974).

Es interesante señalar que, como en el caso de otros estresores, no hace falta que padezcamos de hecho la enfermedad para sufrir estrés por ello. La antici-

pación de la enfermedad puede ser tan estresante como su ocurrencia real y, a menudo, lo es mucho más. Por otro lado, el estrés provocado por la enfermedad (también como en el caso de otros estresores) no sólo tiene efectos a corto plazo sino que tales efectos persisten hasta mucho tiempo después de que el evento estresante mismo haya dejado de actuar. Incluso, estos efectos pueden ser peores que los que produce la enfermedad mientras ocurre. Hay evidencia de que a largo plazo se producen efectos de este tipo en respuesta a una gama muy amplia de estresores (Cohen, 1980). Eso no debe resultar muy sorprendente. Como señaló Selye (1976), en su investigación sobre el síndrome general de adaptación, la exposición al estrés puede ser acumulativa.

Además no se puede olvidar que la misma situación de enfermedad hace problemática la puesta en marcha de los mecanismos tanto fisiológicos como psicológicos de ajuste a la situación, y de las respuestas de afrontamiento correspondientes. Los enfermos, como los niños, viejos y pobres, son una población particularmente vulnerable ante estresores que en otras poblaciones producen pocos efectos negativos (Cohen, Glass y Singer, 1973). Quizá porque esos grupos tienen muy poco control sobre sus entornos y están ya sometidos, o pueden estarlo, a un alto nivel de estrés.

Por otra parte, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece, sino que tiene un alto efecto estresante en los familiares del enfermo. Como ya se señaló, la dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad (y, en su caso, por la hospitalización) de uno de los miembros de la familia, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles por sí mismo es una fuente de estrés, que se suma a la propia situación del enfermo.

Cuando la enfermedad es crónica se potencian sus características estresantes, y su impacto de perturbación social. Así, las enfermedades de larga duración pueden conducir a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos o con reluctancia por parte de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo, si éste permanece en la casa. (Lipowski, 1975; Copeland, 1988; Wright y Leahey, 1987).

Hay una evidencia clara de que el estrés psicológico se produce entre las personas seriamente enfermas, en un 30% ó más de los casos en el momento de la hospitalización y durante el primer año después del acontecimiento. La enfermedad y la lesión o herida implican: experiencia de amenaza y experiencia de pérdida.

La amenaza es compleja porque tiene que ver con problemas más inmediatos de dolor y de inmovilización, pero también con la pérdida de control de acontecimientos que afectan a nuestra vida. La pérdida del control y el desconocimiento de lo que ocurrirá caracterizan a un acontecimiento estresante, como ya indicamos. La falta de información y de control sobre la amenaza desencadenan la ansiedad. Por lo que se refiere a las pérdidas producidas por la enfermedad dependen, claro está, del tipo de enfermedad y del contexto vital en que se sufren. Podemos perder una parte del cuerpo (el apéndice por ejemplo), o una función (como el habla), o ambas cosas (el útero y la capacidad reproductora); o ambas más una pérdida de energía física (por ejemplo en el caso del fallo renal). Además, la enfermedad, sobre todo la crónica, conduce a una pérdida de roles claves en la vida de la persona, roles ocupacionales, sociales, familiares, sexuales. Esta pérdida provoca una aflicción muy potente que puede cambiar a una persona y significar para ella un tiempo prolongado de profunda perturbación psicológica.

La potencialidad estresora de la enfermedad es un punto central del interés de este trabajo, ya que la enfermedad es el prelude de la hospitalización, en la gran mayoría de los casos; por ello consideraremos ahora las respuestas de afrontamiento en relación con la enfermedad misma.

Afrontamiento de la enfermedad

Una vez ha quedado establecido que la enfermedad es un acontecimiento estresante para una mayoría de las personas, en mayor o menor grado. Repasaremos las diferentes formas mediante las cuales habitualmente intentamos afrontarla.

Tal como se ha presentado aquí, el afrontamiento es un proceso dinámico con líneas de retroalimentación, lo cual significa no sólo que las respuestas de afrontamiento son función de la naturaleza de la enfermedad como acontecimiento estresante de los recursos que el individuo tienen disponibles, y de la situación misma en la que se produce la enfermedad, sino que también son función de las propias respuestas del afrontamiento que se vayan dando a lo largo del proceso (Justice, 1988 ; Perez y Reicherts, 1992) Como ya señalamos en el apartado anterior, parece existir bastante evidencia según la cual la negación es una respuesta muy común en las primeras fases de enfermedad, sobre todo en el caso de las enfermedades graves (Lazarus, 1979; Moos,

1977). Después sigue una fase de reconocimiento y reorganización en la cual la persona se enfrenta con la nueva situación y reorganiza su vida en función de ella (Moos, 1977), que termina en una adaptación y ajuste, o en un fracaso. En este último caso el propio resultado es juzgado como un acontecimiento estresante y potencia el proceso de estrés, sobre todo unido a la conciencia de la ineficacia de los recursos disponibles y de las respuestas dadas.

Por otro lado, el modelo con el que trabajamos constituye una expresión del marco contextual en el que se produce el proceso de afrontamiento de la enfermedad. La valoración de una enfermedad como estresante puede ser función de las propias características fisiológicas de los síntomas que presenta (como estresor físico); de los estados afectivos y cognitivos del individuo que en ocasiones determinan la aparición de la enfermedad misma (estresor psicológico); de la interacción social real (como estresor social), por cuanto determinadas enfermedades tienen consideración social de tales, y otras son estigmatizantes, y, en consecuencia "más estresantes". A modo de caricatura, podríamos decir que para que la enfermedad resulte tal, y, por tanto, tenga una potencialidad estresora tiene que existir en el índice social el rol de enfermo, y, aunque en todos los sistemas socioculturales que conocemos existe tal papel social, sin embargo caben, dentro de su diseño, muchas diferencias, y, desde luego, cabe imaginativamente pensar en un sistema socio-cultural que carezca de tal papel parcial (para algunas dolencias) o absolutamente. Por último, el carácter estresante de la enfermedad depende de las normas, valores, creencias y símbolos generales sobre la enfermedad que se trasmite de generación en generación (estresor cultural).

También los diferentes recursos de afrontamiento de la enfermedad se pueden categorizar de modo semejante. En primer lugar, los factores de personalidad, factores internos, median, sin duda, la experiencia de la enfermedad como estrés y al igual que los estados emocionales y cognitivos pueden considerarse recursos psicológicos.

Una de las dimensiones de la personalidad que más se relaciona con la salud es el "sentido de control". El sentido de control personal ha sido mencionado en términos de ocurrencia de acontecimientos vitales: el *locus* de control interno (la creencia de que uno tiene el control de los acontecimientos) se opone al *locus* de control externo (la creencia de que el control de los acontecimientos lo tienen otras personas poderosas, el azar o el destino). Averill (1973) distinguió dentro del control personal tres tipos posibles de control: 1) La capacidad

de dar una respuesta que pueda influir directamente las características objetivas del acontecimiento amenazante (control comportamental), y que se refiere a un control personal sobre los acontecimientos aversivos de forma que quedan minimizados, independientemente de que la persona tenga un control personal real de acontecimiento; 2) La oportunidad de elegir entre varios cursos de acción, (control decisonal). Como señala Stewart (1982) es más probable, sin embargo, que la oportunidad de tal elección sea más indicativa del contexto sociocultural de la persona que de su sentido psicológico de control; 3) El control cognitivo, que ha sido mencionado por Taylor (1983) como uno de los pivotes sobre los que centra el proceso de reajuste de una persona que ha experimentado un acontecimiento personalmente amenazante. Esta autora señala que tal proceso se centra en una búsqueda de significado por la experiencia, en un intento por reasumir el dominio sobre el acontecimiento en particular y sobre su vida en general, y en un esfuerzo por aumentar la autoestima.

El tema puede ejemplificarse mediante las creencias acerca del control personal. Parece que muchos pacientes de cáncer resuelven la cuestión del dominio de los acontecimientos creyendo que personalmente pueden hacer retroceder la enfermedad. En general, en este tipo de pacientes la creencia en un control directo del cáncer es bastante fuerte, y algunos pacientes llevaban a cabo esfuerzos mentales para controlarlo o pensar en él de forma diferente; otros adoptan esfuerzos comportamentales para luchar contra la enfermedad (cambios de dieta, eliminación de ciertos medicamentos, etc.); otros intentan asumir el control sobre aspectos del cuidado del cáncer, por ejemplo adquiriendo información, de forma que pudieran participar en su cuidado.

Es evidente que el control real del cáncer por parte de los pacientes no es posible, pero se puede adquirir un sentido de dominio sobre los acontecimientos, creyendo que podemos controlar el cáncer, dando una serie de pasos activos que son percibidos como capaces de controlar la enfermedad o aspectos relacionados con el cáncer o con su tratamiento. Se trata pues de un control cognitivo (Taylor, 1983, 1164).

Naturalmente la creencia en que nuestra conducta afecta más o menos directamente a nuestra salud o a nuestra enfermedad determinan nuestro sentido de control personal sobre ambas, y han sido consideradas como *locus* de control de salud (Wallston y Wallston, Kaplan et al., 1976; Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, et al., 1990)

Como iremos viendo más adelante, las creencias en cuanto al control personal de la salud y de la enfermedad han sido relacionadas de múltiples maneras con los procesos de recuperación o de afrontamiento de enfermedades específicas, procedimientos médicos y/o quirúrgicos especialmente aversivos, y de la hospitalización.

Un segundo tipo de recurso psicológico de afrontamiento, que igualmente hay que categorizar como psicológico, es el "sentido del significado". La búsqueda del significado es, según Taylor (1983), otro de los temas del proceso de adaptación cognitiva a los acontecimientos amenazantes, y es la respuesta de afrontamiento que corresponde al recurso citado. La búsqueda de un significado tiene que ver con la necesidad de entender porqué ha ocurrido la crisis y cuál ha sido su impacto. Una de las maneras en que podemos darle significado a un acontecimiento es a través de atribuciones causales (lo que, como ya indicamos, tiene que ver también con nuestras creencias de control sobre los acontecimientos). Podemos hacer atribuciones para entender, predecir y controlar nuestro entorno después de que nos ocurra un acontecimiento amenazante.

El intento de encontrar significado en la experiencia del cáncer, por ejemplo, toma al menos dos formas (Taylor, 1983): una análisis causal que proporciona una respuesta a la cuestión de porqué ocurrió y un repensar nuestras actitudes y prioridades para reestructurar nuestra vida de acuerdo con líneas más satisfactorias, cambios que son promovidos por, y atribuidos a la enfermedad de que se trate. Naturalmente el significado que le damos al acontecimiento puede depender de muchas cosas: creencias religiosas, amor, familia, trabajo, experiencias previas, y muchos más factores. En cualquier caso parece que el sentimiento de satisfacción y goce de la vida correlaciona significativamente con la existencia de un significado de la vida para una persona.

El tema es importante y objeto de preocupación muy temprana. Ya en 1967 un estudio de Wolf (1967), predijo la muerte súbita entre pacientes coronarios incapaces de encontrar satisfacción significativa en las actividades sociales y de ocio y de la frustración respecto del trabajo y la familia. En una relación muy estrecha con el hecho de que la vida tenga o no un significado para nosotros, está lo que Stewart (1982) llama "sentido del propósito", es decir, el hecho de que tengamos un propósito en nuestra vida, una razón para vivir. Por ejemplo, el sentimiento de que somos importantes para nuestra familia. En mujeres con cáncer, incluso en varios procesos de metástasis, hemos encontrado, en numerosas ocasiones, que este tipo de recursos funciona bastante bien para con-

seguir un mejor ajuste a la enfermedad. Sin embargo, en nuestra opinión, es difícil distinguir este tener un propósito del hecho de que la vida tenga un significado para nosotros. Parece que ambas cosas deben ir estrechamente unidas. En cualquier caso, hay datos que apoyan la hipótesis de que cuanto mayor es el sentimiento de nuestra importancia para los demás, o cuantas más importantes metas tenemos en la vida, tanto mayor es también nuestro ajuste a la enfermedad (Stewart, 1982).

Un tercer recurso cognitivo (Taylor, 1983) en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, es el "sentido de la autoestima", cuya respuesta de afrontamiento correspondiente es el esfuerzo por mantener, aumentar y restaurar la autoestima. La autoestima hace referencia a las actitudes que tenemos sobre nosotros mismos, o la medida en que estamos satisfechos con nosotros mismos y nos respetamos (Pearlin y Schooler, 1978), y está estrechamente ligada al concepto de autoeficacia (Bandura, 1987). Incluso cuando, como en el caso de la enfermedad, un acontecimiento puede atribuirse con toda legitimidad a fuerzas externas más allá del control individual, se produce, a menudo una falla en nuestra autoestima. Inmediatamente llevamos a cabo esfuerzos cognitivos por restaurar tal falla, desarrollando condiciones que aumenten nuestra propia estimación.

Ciertamente puede considerarse la autoestima como un concepto complejo en el que entran componentes muy variados. Así, la imagen corporal es un componente de la autoestima y un aspecto muy importante de la autoimagen porque muchas veces las enfermedades o los tratamientos de enfermedades, tienen como resultado una desfiguración; el grado de autovaloración, que puede ir desde la autodenigración hasta la autoafirmación, es igualmente un componente central de la autoestima, y está relacionado con los procesos de comparación social que generan las ilusiones que contribuyen al aumento del yo, en la medida en que nos sentimos inferiores o no, inadecuados o no, en comparación con otras personas (Taylor, 1983).

Todavía dentro de los recursos categorizables como psicológicos, cabe señalar nuestros conocimientos acerca de cuestiones de salud. Naturalmente el hecho de que sepamos más o menos sobre temas de salud/enfermedad en general, o de la enfermedad que nos aqueja en particular, de que nos sea más o menos familiar, hace también que nuestra valoración de la situación como amenazante sea mayor o menor. De hecho, en aquellas familias en las que una enfermedad es frecuente, su calidad de conocimiento amenazante puede ser bastante

menor que en aquellas otras en las cuales nunca ocurrió. Este recurso pone énfasis en la importancia que la información tiene no sólo en la prevención de la enfermedad, sino en la prevención de los efectos psicológicos negativos que pueden ser consecuencia de ella, y en la promoción misma de la salud.

El otro recurso psicológico es nuestro nivel de independencia o autonomía. La dependencia-independencia es un rasgo de la personalidad que constituye un continuo, en el que la persona está situada en un punto más o menos cercano a cada uno de los polos. Como muchos otros de los que estamos usando, el concepto de dependencia-independencia es un concepto sobre cuya definición no hay un acuerdo completo. La conducta dependiente ha sido considerada una clase de respuestas aprendidas. Bandura añade a esto que las respuestas dependientes son aquellas "capaces de obtener respuestas de atención y cuidado de los demás, y, sin duda, las motivaciones de afecto, afiliación, asistencia y seguridad, están implicados en las conductas dependientes" (Bandura y Walters, 1963).

Beller (1955), de acuerdo con los resultados de su trabajo, estableció como componentes de la conducta de dependencia los siguientes: 1) búsqueda de contacto físico; 2) búsqueda de proximidad; 3) búsqueda de atención; 4) búsqueda de ayuda; y 5) búsqueda de reconocimiento, elogio y aprobación. De igual manera, Beller incluyó, en el de independencia, cinco componentes: 1) Tomar iniciativas; 2) Superar obstáculos; 3) persistencia; 4) desear hacer algo; y 5) desear hacer algo por uno mismo.

Como es obvio, hay que distinguir entre dependencia física y psicológica. La "búsqueda de ayuda" se puede considerar como expresada por el grupo de conductas que obtienen una asistencia en las actividades cotidianas que no viene exigida por la capacidad (o capacidades) de la persona. Es decir, si un enfermo necesita asistencia porque es biológicamente incapaz de cumplir una tarea, entonces no se le puede considerar "dependiente" en el sentido que manejamos aquí. En este caso, incluso, la petición de ayuda se podría considerar como una acción independiente puesto que es un procedimiento para superar el obstáculo de la incapacidad física. La dependencia física se produce cuando un individuo está capacitado físicamente para llevar a cabo la tarea de que se trate, pero insiste en que otra lo haga por él.

La dependencia psicológica, por su parte, implicaría la búsqueda de contacto físico; de atención, de reconocimiento, elogio y aprobación. Incluye, también, lo que se puede denominar como búsqueda de ayuda psicológica que

englobaría conductas de solicitud de consejo, sugerencias, noticias tranquilizadoras o decisiones tomadas por los demás.

Aunque estamos hablando de conductas, tales conductas corresponden al recurso psicológico que mencionamos. Parece bastante aceptable pensar que una persona se comporta de una manera relativamente más estable en situaciones que ocurren regularmente que en las situaciones que ocurren de forma irregular e infrecuente. Así la conducta de rasgo puede definirse en términos de pautas comportamentales que ocurren cuando el individuo no está inmerso en una vida irregular o sometido a un gran número de cambios de vida. Rahe (1972) utilizó su escala de Cambios de Vida ("Life Change Scale") para determinar la importancia de los cambios de vida del individuo. Por otro lado, estos cambios parecen estrechamente relacionados con el estrés. Así, cuando un individuo experimenta un cambio de vida importante o se ve inmerso en una situación que no es frecuente ni ordinaria, sus niveles de dependencia e independencia cambiarán de unos niveles de rasgo a unos niveles de estado (situacionales).

En cualquier caso, y para lo que interesa aquí, se puede considerar la dependencia como una "tendencia estable" a buscar la ayuda de los demás, su contacto, etc., en situaciones habituales y/o extraordinarias, y la dependencia como una tendencia estable a la auto-determinación e incluso a resistir a las influencias externas (Moos, 1977).

Existen, por último, algunos otros recursos psicológicos que no merecen mayor comentario como es el caso de la inteligencia. Aunque parece bastante obvio que el nivel de inteligencia de una persona ha de ser un recurso importante a la hora de enfrentarse con la enfermedad, sin embargo no parece existir una evidencia suficiente para apoyar tal idea.

Variables como la anticipación de acontecimientos estresantes y el grado de apoyo social percibido, están igualmente implicadas en el proceso de afrontamiento y resistencia al estrés, producido por la enfermedad.

Los mediadores internos psicosociales tienen básicamente que ver con los compromisos, en el sentido de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984) asumido aquí, por cuanto su núcleo está constituido por la forma personal de interpretar el papel social de enfermo. El diseño del rol de enfermo es, propiamente hablando un mediador externo, puesto que está instaurado en el sistema social y es función del concepto que la cultura correspondiente tienen de la enfermedad; sin embargo, la representación del papel es algo completamente personal,

aunque condicionado por el diseño del rol. Lo que desde los espectadores sociales son expectativas de rol, desde el actor social (el enfermo, en este caso) son obligaciones del rol, y la medida en que se siente comprometido y se compromete, de hecho, con tales obligaciones, constituye un mediador interno. Por ejemplo, en un modelo como el de Parsons (1951), se incluyen los componentes de dependencia y pasividad. Se dibuja al enfermo como "menor de edad", física y emocionalmente dependiente. Al asumir el enfermo su rol como tal y quedar legitimado en él por el médico, quedaba también legitimado para elevar considerablemente su nivel de dependencia y obtener, de los demás, respuestas de sustitución de las propias, lo cual lo ponía en una situación de que cumple perfectamente la definición de dependencia que hemos introducido.

La asunción del papel social de enfermo según ese modelo (que puede considerarse en sus líneas generales como clásico), constituye un compromiso con las obligaciones de rol que implica, entre las cuales se encuentra la resignación de nuestra independencia y autonomía, aún en el caso de que seamos independientes. Un símbolo externo de ese "paso" que casi nos atreveríamos a llamar ritual, es el hecho de que en cuanto un paciente (real o potencial) es ingresado en un hospital, aunque haya llegado hasta allí por su propio pie y no existan indicaciones suficientes de que lo necesite, es sentado en una silla de ruedas, para ser manejado a partir de ahí por el personal del hospital. Súbitamente ha pasado a ser dependiente y pasivo: los demás hacen cosas que el enfermo podría hacer (por ejemplo caminar por sí hasta su habitación), y no hace nada, sino que le hacen cosas. Naturalmente, como trataremos de exponer más adelante, la hospitalización es un caso agudo en este sentido pero la enfermedad, aún la padecida en el propio hogar ofrece abundantes ejemplos de lo que intento decir. Por supuesto la situación va cambiando a una organización hospitalaria que no induce dependencia. Cada día hay más hospitales que tienen un servicio de acogida que asiste al enfermo cuando llega al hospital, le acompaña a su habitación, le ayuda a instalarse, etc.

Por supuesto que cabe considerar a tales imposiciones estructurales como "externas", en el mismo sentido en que distinguimos un aspecto externo y otro interno de la cultura. En la medida en que existe un compromiso mayor o menor con el diseño del rol (que usualmente hemos adquirido a lo largo del proceso de socialización), este se convierte en un recurso estructural interno: Por ejemplo asumo que he de dejar mi actividad cotidiana o que puedo "justificadamente" disminuir mi nivel de actividad, o mis tasas usuales de rendimiento, etc. (Rodríguez-Marín, 1995).

Por último, entre los mediadores internos culturales hay que mencionar aquí las creencias sobre la salud y la enfermedad. Naturalmente, las creencias que una persona tiene sobre la enfermedad y la salud, dependen en gran parte de la cultura en que se socializó y en la que está inmerso (que pueden ser la misma o diferentes, con los consiguientes problemas de aculturación), y que constituye, sin duda, un "recurso externo". Pero, de igual manera que su compromiso con los roles sociales, también las creencias culturales son asumidas de forma personal por el individuo y en cuanto tales median en el proceso de valoración de la enfermedad como acontecimiento estresante y el proceso de afrontamiento de la misma.

Las creencias sobre salud y enfermedad están relacionadas con los procesos de atribución causal. Podemos creer que nuestra enfermedad es un efecto de nuestra propia conducta, del propio sistema de cuidado médico, del puro azar, del destino o de Dios. Respecto de la salud nuestras atribuciones causales puede ser idénticas. Por ejemplo, dentro de una cultura como la norteamericana de los años cincuenta, tal como puso de relieve Parsons (1958), un valor asumido es el del "activismo". Por "activismo" se quiere decir que en relación con su situación o entorno, la sociedad debería estar orientada al dominio de tal entorno en el nombre de ideales y metas que son transcendentales respecto a él. Se trata, pues, de mantener un patrón de dominio y no de "ajuste" a lo inevitable.

Tal valor tiene unos efectos sociales globales y personales muy significativos (movilización de recursos de investigación, ciencia y tecnología ante el desafío de la enfermedad). Si la persona asume la creencia de que la enfermedad es algo que debe "dominarse" y ante lo que no hay que claudicar, su estilo de afrontamiento puede verse determinado de una manera importante, y, por supuesto, diferente a la de la persona en cuya cultura la resignación sea un valor social importante. En el caso de una enfermedad grave e irreversible, la resignación es una manera muy adecuada de conseguir un buen ajuste a la situación con un mínimo de problemas. De lo que se trata, en suma, es de señalar la función mediadora interna de las creencias sobre salud y enfermedad, por más que estas vengan hasta cierto punto dadas por la cultura. Este último punto nos conduce a la consideración de los mediadores externos, como recursos de afrontamiento de la enfermedad.

Dentro del modelo que presentamos, no hemos consignado la categoría de culturales para los mediadores externos, porque, si bien es cierto que tales recursos culturales (creencias, normas, valores, símbolos, referidos a la enferme-

dad) existen, sin embargo no trabajan, por decirlo así, más que a través del individuo. Han de ser asumidos por la persona para poder tener una afectividad. Son "externos", por tanto, en un sentido algo especial. Por supuesto, hay productos culturales "duros" (obras de arte, por ejemplo), pero lo son en cuanto tienen un valor "cultural" dado. Por otra parte, ese no parece ser el caso del ámbito de la salud y la enfermedad. Podemos pensar en la enfermedad como construida, y, en todo caso, definida socioculturalmente, sobre la base de una interpretación de datos fisiobioquímicos, y, en ese sentido, su externalidad es intersubjetiva. Para no teorizar excesivamente sobre ello, sólo queremos apuntar unas palabras de Parsons (1972, 112) que no por antiguas dejan de tener vigencia: "La salud y la enfermedad, (...) no son sólo «condiciones» o «estados» del individuo humano considerado tanto en cuanto a su personalidad como a sus niveles orgánicos. Son también estados valorados y reconocidos institucionalmente en la cultura y en la estructura social de las sociedades".

Si por mediadores externos entendemos (Cervantes y Castro 1984) fuentes ambientales de información o de *feedback* afectivo, que tienen un efecto sobre la capacidad de las personas que afrontar la enfermedad (o en la valoración del valor estresante de la enfermedad) es evidente que la definición cultural de la enfermedad, su concepto mismo, constituye una pieza nuclear entre los recursos de que el individuo dispone. Como ya señalamos antes, aunque podamos matizar personalmente el asumirlos, las creencias, valores o normas que constituyen la cultura, no por eso dejan de estar ahí, con independencia de esa asunción nuestra. A este respecto es interesante anotar la comparación que Parsons (1972) hace entre Estados Unidos y Rusia. De acuerdo con los valores culturales de ambos, el énfasis en el caso de Norteamérica se pondría más en la cooperación en la terapia, y en el caso de Rusia en la responsabilidad o irresponsabilidad. Por eso, señala Parsons, en el caso de Rusia se produce la impresión de que sea el paciente el que tiene que "demostrar" que está enfermo "realmente" más que el médico el que ha de investigar tal posibilidad.

Como mediador externo social por excelencia, en el caso de la enfermedad, hay que señalar el diseño social específico del "rol de enfermo". Es evidente que sin tal papel social en el repertorio de un sistema social cualquiera, la persona carecería de un importante elemento de referencia respecto a cómo afrontar la enfermedad.

La premisa básica sobre la que se apoya el concepto de rol de enfermo es la de que, aunque la enfermedad constituya una posición social desviante para

el individuo (en relación con los que se encuentran "sanos", claro), sin embargo, evoca un conjunto de expectativas pautadas que definen las normas y conductas correspondientes y apropiadas a la nueva posición social, tanto para el individuo como para las personas que interactúan con él.

Las características específicas del rol de persona enferma fueron establecidas por Parsons en términos de dos derechos y dos deberes importantes (Parsons, 1951; 1958; 1966; 1972) el actor social que representa el papel de enfermo está exento de responsabilidad por su incapacidad de cumplir sus roles usuales, en cuanto se supone que la enfermedad es un acontecimiento que le sobreviene más allá de su control; y está exento, también, del cumplimiento de las obligaciones que conllevan tales roles sociales usuales. Naturalmente la legitimación condicional y parcial que la sociedad le otorga depende del reconocimiento que el propio enfermo hace de que la condición de enfermedad es, por definición, indeseable; por tanto tiene la obligación de intentar ponerse bien cuanto antes y de buscar para ello la ayuda profesional y aceptarla cooperando en el tratamiento que se establezca para conseguir su recuperación. Así pues, dos derechos: derecho a no ser considerado responsable por su situación, y derecho a que no se le exija el cumplimiento de sus obligaciones de los papeles sociales usuales; y dos deberes: deber de intentar sanar cuanto antes, y deber de buscar la ayuda técnica competente (es decir, la del médico).

El modelo parsoniano, tal como señala Segall (1976) se basaba no en la observación sistemática de la conducta humana, sino en un conjunto abstracto de "expectativas institucionales". Dada la distinción entre aspectos normativos y comportamentales del concepto de rol (expectativas de rol ideales versus conducta de rol real), el modelo conceptual de Parsons se podría describir más como un modelo de tipo ideal que como respondiendo a la definición de una realidad empírica. Las expectativas normativas que corresponden a cualquier rol pueden variar de muy diversas maneras: las personas con diferentes posiciones en la estructura social pueden adjudicarle diferentes normas al mismo rol; además, las personas se diferencian en la intensidad con que asumen y mantienen diferentes normas y en su evaluación a tales normas.

El modelo parsoniano de rol de enfermo plantea, diferentes problemas: las posiciones y papeles sociales que la persona ocupa y representa habitualmente, las tradiciones culturales que comparte, los factores de su peculiar idiosincrasia que tienen que ver con su personalidad y su historia vital, la experiencia de una forma específica de enfermedad, son aspectos que pueden

significar dimensiones diferentes a la hora de asumir el papel de enfermo y de la conducta como tal a lo largo de la enfermedad. En particular, por ejemplo hay una diferencia importante entre el papel de enfermo médico o físico y el papel de enfermo psiquiátrico. En suma, el problema del modelo era verificar sus supuestos básicos y determinar en qué medida es empíricamente válido.

El modelo parsoniano de papel de enfermo ha sido a lo largo de los años puesto a prueba en estudios sobre muchos tipos diferentes de enfermedades físicas. El modelo parece inicialmente construido pensando en la enfermedad física aguda, temporal. Kassenbaum Y Baumann (1965) lo utilizaron para investigar hasta qué punto sus dimensiones podrían aplicarse a las enfermedades crónicas. Los resultados de su trabajo indican que las expectativas del papel de enfermo pueden variar entre pacientes con diferentes tipos de enfermedades y que el enfermo crónico difiere del modelo en muchos aspectos importantes. Naturalmente la enfermedad crónica es por definición no-pasajera, no limitada en el tiempo; por tanto la obligación de rol de intentar ponerse bien cuanto antes y superar tal condición para reasumir las funciones habituales del estadio anterior a la enfermedad, es claramente obsoleta. Por otro lado, la exención de las obligaciones de los papeles sociales usuales puede ser simplemente parcial, por cuanto que la mayoría de los enfermos crónicos son ambulatorios. Resultados semejantes se encontraron, como era de esperar, con respecto a la incapacidad física. La conclusión es que los supuestos del modelo parsoniano basados en la naturaleza temporal de la enfermedad deben modificarse y ampliar los límites del modelo. Segall (1976) señaló varios contextos en los que el modelo parsoniano "puro" no funcionaría, y para adaptarse a los cuales debe ser reformulado: el contexto geriátrico, el de los retrasados mentales, el de los impedidos ("handicapped") físicamente, el de los enfermos terminales, el de las embarazadas y el de los alcohólicos.

Así pues, todos los estudios demuestran, como habían señalado Kassenbaum y Baumann (1965), que las dimensiones del modelo parsoniano del papel de enfermo son relativos a la naturaleza y severidad de la enfermedad, pero no sólo resulta afectado por esos factores, sino también por factores personales, sociales y culturales.

La revisión de la literatura al respecto que hizo Segall (1976) indicó que hasta los años 70 pocos estudios habían intentado determinar si existían diferencias socioculturales sistemáticas en las expectativas del papel de enfermo. La tendencia general ha sido, según este autor, operar sobre el supuesto de

que la pauta institucionalizada descrita por Parsons es igual para todos los miembros de la sociedad. Este es un supuesto no sólo sin verificar, sino con cierta cantidad de evidencia empírica en contra, aunque no se pueda considerar muy consistente. Parece razonable pensar que las diferencias socioculturales deben introducir factores de diferenciación en las expectativas del papel de enfermo. Sin embargo Castro y Rodríguez-Marín (1988) han encontrado diferencias en las expectativas del rol del médico entre mujeres de origen anglo, méjico-americano y mejicano, y cabe pensar que eso se deba a una eficacia intercultural del modelo parsoniano, que funcione de forma similar en todos los países industrializados del occidente.

Para coronar esta disgresión cabe decir que, sea cual sea la validez del modelo parsoniano o de cualquiera de sus variantes, cada sistema social ofrece un diseño de papel social de enfermo que la persona puede "utilizar como recurso llegado el caso, aunque lo asuma y represente en función de sus rasgos personales, de la naturaleza específica de la enfermedad que le sobrevenga en concreto, y del particular contexto sociocultural en la que se haya inmersa.

Entre los mediadores externos sociales se incluye, también, el apoyo social.

Hay una enorme cantidad de literatura sobre el papel del apoyo social (o los apoyos sociales) como un mediador del estrés (Lin, Woelfe y Light, 1986; Silver y Wortman, 1980 y Schetter, 1979). Lo que la teoría subyacente en toda ella sugiere es que ante una situación estresante las personas con adecuados apoyos sociales experimentarán menos estrés. Numerosos son también los trabajos que consideran la relación del apoyo social con muchos aspectos de la salud y de la enfermedad (Kaplan, 1979; Cobb, 1979; Dimatteo y Hays, 1981; Lin, Simeone, Ensel et al., 1979; Wortman y Dunkel-Schetter, 1979; Berkman, 1985, 1986; Cohen y Syme, 1985; Wortman y Conway, 1985; Rodríguez-Marín, 1995; Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

A primera vista la literatura al respecto parece confirmar la idea de que existe una fuerte relación entre apoyo social y salud. Sin embargo como señala Wallston et al., (1983), una lectura más detenida sugiere una generalización, un tanto excesiva, basada en unos pocos estudios que se citan repetidamente. Por otro lado, la investigación básica en este campo parece débil.

Wallston et al., (1983, 369) han proporcionado una definición general de apoyo social que puede servirnos para avanzar: "apoyo social describe la comodidad, asistencia y/o información que recibimos a través de contactos forma-

les o informales con individuos o grupos. Distinguen además esos autores dos dimensiones básicas: cantidad/cualidad (por ejemplo, número de amigos, tener personas en las que podemos confiar), e instrumentalidad, afectividad (por ejemplo si se nos da ayuda material e información si se nos da confianza, se nos acepta y entiende). Aunque no puedan ser consideradas como dimensiones básicas, también podemos describir el apoyo social, en términos de disponibilidad: de uso, de significado, y de satisfacción.

Los mediadores externos que sirven como fuentes de apoyo social de una persona pueden ser otras personas significativas para ella (miembros de la familia, amigos, sacerdotes, trabajadores sociales, y a veces, incluso, animales domésticos) y pueden ser instituciones (centros de salud, clínicas, hospitales, iglesia, grupos de auto ayuda, "teléfonos de la esperanza"). Además como en el caso de todos los otros recursos, hay que considerar la cuestión de que la necesidad de apoyo social es diferente para diferentes individuos y distintos contextos socioculturales. Igualmente parece que, en algunos casos, la naturaleza específica de la enfermedad también plantea exigencias diferentes de apoyo social. Por ejemplo, parece que los pacientes con enfermedades graves tienen la necesidad de apoyo de otros enfermos también gravemente enfermos, de otros que estén experimentando el mismo tipo de problemas y sentimientos (Meyerowitz, 1980).

Para muchas personas con enfermedades graves como el cáncer la necesidad de apoyo social, sobre todo en forma de contacto con los demás, se incrementa, cuando por su enfermedad se produce un aislamiento (los amigos o familiares dejan de verlos por miedo al contagio, a la expresión de emociones intensas, o simplemente porque no desean recordar su propia vulnerabilidad (Stewart, 1982).

Hay datos a favor de que los apoyos psicosociales amortiguan los efectos negativos de las condiciones estresantes (De Araujo, Van Arsdel, Holmes y Dudley, 1973; Barrón y Chacón, 1992; Wortman y Conway, 1985; Dura y Garcés, 1991). Lo que ocurre es que el apoyo social nunca se ha analizado separadamente y, por tanto, las conclusiones de esos dos trabajos no pueden considerarse que establezcan que el apoyo social funciona como un amortiguador de la enfermedad por sí solo. En cualquier caso, la situación parece bastante confusa. Además el apoyo social parece tener otros caminos de influenciar sobre la salud y la enfermedad: por ejemplo, una falta de apoyo social puede exacerbar el estrés producido por la enfermedad o puede constituir por sí misma un estresor (Rodríguez-Marín, 1990).

La conclusión parece ser que aunque no produjera efectos directos como moderador del estrés producido por la enfermedad, parece bastante obvio su papel como potenciador de otros recursos o simplemente como inhibidor de efectos por su propia presencia.

Un recurso social, muy relacionado con el apoyo social, hasta el punto que cabría en su definición pero que Stewart (1982) ha distinguido como propio, es el de la oportunidad social para el control. Como la citada autora indica, la medida en la que la familia, amigos o patronos proporcionaban al enfermo oportunidades para controlar, tendrán un efecto sobre sus respuestas de afrontamiento ante la enfermedad.

Hay otro tipo de recursos que también se pueden clasificar como apoyo social, a medio camino entre el apoyo social personal y el institucional: los médicos. El personal médico proporciona (o puede proporcionar) información, posibilidades de tomar decisiones y oportunidades para que el paciente participe. Puede proporcionar información sobre la naturaleza de la enfermedad, los tratamientos posibles y los efectos probables y riesgos de cada tratamiento, o de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, así como sobre el dolor o las posibles incomodidades que pueden darse. Hay cierta controversia sobre si tal información es beneficiosa o, por el contrario, es perjudicial para los pacientes. Bastantes trabajos han indicado que los pacientes que tienen información sobre cuanta incomodidad puede esperarse de un procedimiento dañoso, son capaces de tolerar tal incomodidad más fácilmente (Taylor, 1979). Otros autores (Kranz, 1980; Kranz y Schulz, 1980) han encontrado que proporcionar información acerca de los síntomas puede reducir las complicaciones que siguen a un ataque al corazón, de igual manera, los pacientes quirúrgicos que eran informados sobre el dolor y molestias que probablemente sufrirían en el postoperatorio y lo que podrían hacer al respecto, sólo necesitaban la mitad de narcóticos postoperatorios.

Las contraindicaciones de ofrecer información pueden ser varias. Quizás los pacientes se nieguen a seguir tratamientos que podrían salvar sus vidas si conocen los riesgos o quizás le induciremos al desamparo, a una conducta de renuncia, que acabe por cumplir el mal pronóstico. Por otro lado, la información puede ser parcialmente olvidada o malinterpretada por el paciente.

Por otro lado, como ya indicamos, permitir que el paciente tome algunas decisiones puede mejorar la salud tanto física como psicológica del enfermo.

Los pacientes que pueden tomar ciertas decisiones, aunque sea sobre asuntos cotidianos parecen mostrar una mejoría de salud más rápida, un sentido de bienestar, y una mayor duración de supervivencia (Gore, 1985). En otros casos, la simple elección del brazo del que se va a extraer una muestra de sangre para un análisis, tras una pequeña información sobre el procedimiento, baste para que el paciente experimentará menos ansiedad y distrés en general (Mills y Krantz, 1979).

Naturalmente los efectos benéficos o perniciosos de tales oportunidades, o de la información, dependen de las características específicas del paciente, pero parece que el saldo estándar es más positivo que negativo.

Los médicos pueden proporcionar también confianza, esperanza y optimismo, y pueden colaborar activamente a infundir seguridad al paciente.

Por último, entre los apoyos sociales claramente institucionales están los servicios de asistencia y cuidado de salud establecidos y disponibles, dentro de la sociedad correspondiente.

Entre los mediadores externos, sólo queda mencionar los recursos físicos. De hecho, los recursos físicos traducen los recursos institucionales y son paralelos a ellos. El número de ambulatorios y su distribución real, así como de hospitales y de camas, por ejemplo, constituye un ejemplo de recursos físicos. Y a veces, los recursos físicos y los servicios no se corresponden directamente. Así como J. De Miguel (1983, 107) ha señalado, "los pacientes hospitalizados dependen, en parte, de la existencia previa de camas. Sin embargo, en España la pauta este-oeste (este de la Península con bastantes camas y oeste con escasez de ellas) no se reproduce exactamente en la distribución provincial de la tasa de pacientes hospitalizados. Más bien se observa una diferencia entre la España periférica y la interior".

Para cerrar este apartado sobre los recursos de afrontamiento, queremos mencionar los factores sociodemográficos. Tales factores han sido categorizados por algunos autores como recursos de afrontamiento (Stewart, 1982). Ahora bien, desde nuestro punto de vista, aunque funcionan como recursos (tampoco está muy claro si externos o internos), no lo son en sentido estricto. En cualquier caso parece claro, y está apoyado por evidencia desde trabajos clásicos que la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, el nivel educativo, y la clase social, son factores que están relacionados en alto grado con la diferente incidencia de la enfermedad y el modo de responder a ella (Durán, 1983).

La manera específica en que el individuo pone en juego recursos puede considerarse como el "estilo de afrontamiento" personal del individuo. Es el resultado de la interacción de todos los recursos que a su vez se expresa en unas determinadas respuestas de estrés. También cabe decir que cada individuo, ante acontecimientos estresantes, pone en marcha habitualmente estrategias de afrontamiento similares, que están determinadas por su estilo específico de afrontamiento y que tendrán como consecuencia un tipo de respuestas predominante.

Como ya dijimos en el apartado anterior, las respuestas de estrés pueden clasificarse utilizando dos dimensiones: una, el enfoque (en el problema/ en la emoción) y dos, los procesos intrapsíquicos/cognitivos acción directa/inhibición de la acción (Cohen y Lazarus, 1979; Lazarus y Folkman, 1984; Pérez y Reinchersts, 1992). Aunque encontraríamos muchas respuestas de afrontamiento que no podrían ser encasilladas en cualquiera de los tipos que resultarían de tal ensamblaje.

Por ejemplo, la relajación sería una respuesta de afrontamiento que puede categorizarse con bastante claridad como "proceso intrapsíquico centrado en la emoción. Sin embargo, la negación, que a primera vista podría clasificarse como "proceso intrapsíquico centrado en el problema", podría en ocasiones aparecer como una acción, o inhibición de ella, frente al acontecimiento estresante. En cualquier caso, como el objetivo de este apartado es ofrecer una consideración de las respuestas de afrontamiento frente a la enfermedad, sin mayor elaboración teórica, nos limitaremos a ello.

Es interesante, sin embargo, señalar que desde la perspectiva de las respuestas de afrontamiento intrapsíquicas se ha podido establecer un continuo en el que los sujetos se distribuyen entre dos polos: la atención y la evitación-represión del acontecimiento estresante (Pérez, 1982). Estas dimensiones de afrontamiento activo y centrado en el estresor versus evitación/represión tienen un valor intuitivo y práctico. Aunque la pretensión de que una sola dimensión pueda describir adecuadamente la dimensión intrapsíquica del afrontamiento es un tanto vaga, sin embargo, la medida en la que se centra (o evita) intrapsíquicamente en los estresores es una dimensión importante válida para posteriores estudios.

Esta dimensión (atención/evitación) parecía estar presente ya en el estudio clásico de Janis (1958), sobre pacientes que esperaban una intervención quirúrgica. La hipótesis de Janis era que se necesitaba un cierto grado de atención sobre

el estresor pendiente (la cirugía) para que la persona desarrollara un método de afrontar la amenaza. Más aún, una tendencia a negar o evitar cognitivamente el estresor se consideraba como maladaptativo, y dejando a la persona sin preparación para afrontar el estresor cuando ocurriera. Janis señaló tres reacciones comunes preoperatorias y ligó cada una a un resultado postoperatorio. Un primer grupo de pacientes tenían un miedo extremo tanto antes como después de la operación. Su ansiedad parecía reflejar un proceso neurótico crónico.

Un segundo grupo de pacientes mostró muy poca ansiedad preoperatoria. Esa negación se continuó a través de otras fases de los procedimientos preoperatorios y se asoció con una alta ansiedad postoperatoria.

El tercer grupo parecía tener expectativas realistas acerca del dolor y la incomodidad postoperatorios. Tal como se esperaba, tales pacientes fueron, con mucho, el grupo menos ansioso en la evaluación postoperatoria. Janis (1958) explicó tales resultados mediante la hipótesis de que los fracasos de los pacientes "evitantes" en la anticipación de los estresores futuros, les impidió experimentarlos cognitivamente antes de su ocurrencia. Esa falta de exposición impediría la extensión de las respuestas emocionales que resultarían de su presentación cognitiva, repetida en individuos con una orientación defensiva más atenta. De este modo, las tendencias a la atención cognitiva hacia el estresor o a evitarlo parecen relacionadas con la activación anticipatoria y los resultados postoperatorios de manera curvilínea. La hipótesis de Janis no ha encontrado suficiente apoyo en estudios empíricos que se han ido realizando posteriormente. Algunos de ellos siguieron que la relación entre la ansiedad preoperatoria y la posoperatoria es no curvilínea, sino rectilínea positiva (Johnston, 1980 ; Taenzer, 1986). De acuerdo con ellos, la ansiedad quirúrgica se asocia, de una forma lineal positiva, con el estado emocional postoperatorio, y también en medidas o variables de recuperación física, como dolor, medicación, días de estancia hospitalaria complicaciones y reajustes físico (López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín, 1993).

En general, la conclusión que parece proceder de la investigación clínica al respecto es que, tanto la situación de atención extrema como de evitación extrema, son menos adaptativas que el estilo de afrontamiento intermedio utilizando el cual sólo se experimentaría una moderada ansiedad y miedo postoperatorios.

Consideraremos, a continuación, algunas de las respuestas de afrontamiento que tienen mayor interés para las personas enfermas con o sin hospitalización.

1. Búsqueda de instalación o mantenimiento de la sensación de control. Aquí señalaremos tres vías:
 - a. Control sobre la vida en general en presencia de la enfermedad.
 - b. Control sobre los resultados de la enfermedad misma.
 - c. Control sobre las propias emociones suscitadas por la aparición de la enfermedad (autocontrol).

La sensación que tenemos de control sobre los resultados de la enfermedad deriva de las creencias que tengamos en nuestro poder de controlar personalmente los resultados de tal enfermedad, (es decir en que nuestras conductas, pensamientos, emociones, afectarán los resultados), o de nuestras creencias en que estamos en manos de otras personas poderosas (es decir, por ejemplo, los médicos que nos proporcionarán un tratamiento efectivo).

2. Respuestas de acción directa. En estrecha relación con este proceso intrapsíquico, encontramos respuestas de acción directa que también tienen que ver con el control, acciones sobre el entorno para cambiar la situación. Se trata de controlar (o participar al menos) en el proceso de recuperación. Caben aquí diferentes tipos de acciones de control: control instrumental, control comportamental, y control decisional (Averill, 1973). Naturalmente, la posibilidad de llevar a cabo acciones de control está muy determinada por la naturaleza de la enfermedad misma que se padece. En el caso de las enfermedades graves o crónicas, que rara vez pueden ser modificadas directamente y mucho menos por el enfermo, nuestra capacidad de intervención puede limitarse tan sólo a participar en el proceso de recuperación.

Esta "manera de controlar" ha sido experimentada desde hace algunos años. En el caso del parto, los resultados parecen ser en extremo alentadores. Así, por ejemplo, el Hospital de Lille (Francia) está preparando un hospital Materno-Infantil con paritorios "ecológicos" en bañeras, piscinas, etc. Además, la participación puede implicar aprendizaje de destrezas para afrontar el estrés; para mantener una actitud positiva, para buscar ayuda de los demás, información o ejercer un cierto control decisional respecto a los tipos de tratamiento, o para incrementar nuestra sensación de control (Mills y Kranz, 1979). Taylor y Levin (1976) han utilizado el término de participación informada. El paciente que participe de tal forma, ni es un beneficiario pasivo de los servicios, ni tampoco asume totalmente las deci-

siones médicas, sino que es un miembro activo e informado del equipo que es responsable de su salud.

3. Negación. La negación puede considerarse como el esfuerzo por negar el problema o el acontecimiento estresante (Cohen y Lazarus, 1979). Con referencia a la enfermedad Lipowski (1970) ha mencionado tres formas básicas de negación:
 - a. Negación de los hechos.
 - b. Negación del significado de los hechos.
 - c. Negación de nuestro estado emocional.

En el caso que nos ocupa negar los hechos significa en principio, negar la enfermedad. Pero esto puede ser algo confuso (Stewart, 1982). Por ejemplo, mientras que un tumor en una mama puede ser considerado claramente como un hecho, en cambio, no parece tan claro considerar así un diagnóstico precoz de cáncer. Por otro lado, es obvio que para negar algo el paciente debe tener información suficiente sobre ello. Por ejemplo, es difícil hablar de negación en el caso de pacientes de hipertensión esencial que cursa sin síntomas. O como hemos podido verificar en el curso de nuestros trabajos, no cabe hablar de negación de la enfermedad en pacientes de cáncer que no han sido informados que lo padecen. En segundo lugar, negar el significado de los hechos supone minimizar las implicaciones que la enfermedad tiene para nosotros (Moos y Taylor, 1979). Esta minimización puede llegar por vía indirecta, si maximizamos nuestra capacidad de afrontar la enfermedad, o nuestra posibilidad de recibir ayuda). También se puede producir, ante la ocurrencia de la enfermedad reorganizamos nuestras prioridades vitales, de forma que podamos darle un sentido positivo a la experiencia (Taylor, 1983). En tercer lugar, podemos negar nuestro estado emocional, negarnos a reconocer que tenemos miedo, estamos ansiosos o airados. La negación del estado emocional negativo puede tomar otras formas como el desplazamiento, la proyección o el despliegue de conductas "contrarias" (Moos y Taylor, 1979).

Es importante señalar que la negación no tiene por qué ser una respuesta desadaptativa, sino que en muchos casos puede considerarse una respuesta adaptativa, sobre todo si consideramos la relativa falta de éxito de la medicina en predecir, con certeza, los resultados de las enfermedades y su

curso. En realidad, puede ser adaptativa (por ejemplo, puede reducir el ruido hasta un punto que permita el buen funcionamiento del resto de capacidades del paciente), o no (por ejemplo, impedir que el enfermo busque información). Por lo que se refiere a sus efectos, igualmente puede tenerlos negativos y positivos. Parece que la negación se asocia positivamente con la supervivencia en pacientes en una unidad coronaria (Hackett y Cassem, 1973), y la probabilidad de supervivencia de los pacientes con cáncer de mama que usaron inicialmente la negación parece que tiende a ser más alta que la de aquellos que respondieron con una aceptación estoica (Greer, Morris y Pettingales, 1979). Por el contrario, se han observado más complicaciones postoperatorias en pacientes quirúrgicos que utilizaron fuertemente la negación (Janis, 1958).

4. Evitación. Una respuesta de afrontamiento que se puede considerar como una manera de negación, es la evitación. La evitación se ha considerado como una aceptación de la realidad de la amenaza, pero con un deliberado esfuerzo por no pensar ni hablar acerca de ello (Cohen y Lazarus, 1979).
5. Acción directa de escape/evitación. Junto a las dos anteriores, que pueden considerarse como procesos intrapsíquicos, podemos encontrar respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento estresante, en este caso de la enfermedad y/o su tratamiento. Por ejemplo, uno puede negarse a ser intervenido quirúrgicamente o puede, literalmente, escapar del hospital, contra el consejo de su médico, o simplemente prescindiendo de él. Ciertamente escapar de la enfermedad parece difícil, pero las conductas de evitación tienen mucho que ver con las de prevención de la enfermedad (en el contexto de las conductas normales) o las compulsivas (en el contexto de las anormales). Hay, por supuesto, dramáticas maneras de escapar de la enfermedad, como el suicidio, que puede ser (cometido en formas muy indirectas) mucho más frecuente de lo que podemos pensar, y cuya incidencia entre los pacientes de enfermedades graves, crónicas irreversibles, gravemente incapacitantes, o con alto daño en la imagen corporal, o terminales, ha sido muy poco estudiada. Otras conductas menos dramáticas: "ocuparse mucho", dormir, ver televisión, beber, usar drogas, ensoñaciones diurnas.

Una forma de respuesta de evitación suele ser el distanciamiento, que también puede tener lugar como un proceso intrapsíquico y como una acción directa. Es el tipo de respuesta que producimos cuando posponemos sistemáticamente nuestra cita con el dentista, o pedir hora para consultar con

nuestro médico determinados problemas que venimos notando. Se suele decir en esos casos, un tanto inconsecuentemente, que no se va al médico por miedo a estar enfermo.

6. Resignación o aceptación de la enfermedad. Tal como el caso de la negación, se puede distinguir entre aceptar los hechos, aceptar el significado de los hechos para nuestra vida, y aceptar nuestro estado emocional (Stewart, 1982). Aunque la palabra resignación tenga connotaciones negativas, sin embargo, puede tener un significado positivo y colaborar con la mejor adaptación del paciente a su enfermedad. También aquí cabe distinguir entre procesos intrapsíquicos y acciones directas. Normalmente hablamos de resignación para indicar esa aceptación interna de los hechos, su significado o nuestro estado emocional, pero podemos observar como en muchas ocasiones se producen acciones directas. Por ejemplo, un enfermo crónico puede ser hospitalizado, aunque no acepte su situación de enfermo. Por el contrario, puede una persona aceptar su situación, asumir su papel de enfermo, y solicitar su hospitalización. Por último, también cabe pensar en la situación que yo acepto que estoy enfermo, y que ello tiene importancia en mi vida y que me produce ansiedad, pero no me someto a ello, y reajusto mi organización de vida para poder seguir a pesar de mi enfermedad.
7. Reinterpretación positiva. Un proceso cognitivo que constituye una de las más interesantes respuestas de afrontamiento a los acontecimientos estresantes en general, y a la enfermedad en particular, es la reinterpretación positiva. La reinterpretación positiva es la respuesta que corresponde al recurso que se denomina "sentido del significado", que ya mencionamos en su momento. Se trata de buscar el significado de la crisis que nos acontece (por qué ocurre y qué impacto tiene) para entenderla y reinterpretar nuestra vida en función de ello. Como señala Taylor (1983) no todo el mundo puede reinterpretar positivamente su experiencia de enfermedad (en ese caso concreto, del cáncer). Sin embargo, cuando se puede reinterpretar positivamente se produce un ajuste significativamente mejor. La reinterpretación positiva parece acompañar a un nivel mayor de optimismo, lo cual (acompañado de una búsqueda de información) parece aumentar la duración de la supervivencia en pacientes con cáncer de mama (Greer, Morris y Pettigales, 1979; Iscoe et al., 1991).
8. Cambios de vida positivos. La expresión de la reinterpretación positiva a nivel de la acción directa, es la realización de cambios de vida positivos.

(Stewart, 1982). Algunas personas gravemente enfermas responden con cambios de vida positivos. Al ponerse enfermos hacen balance de su vida, reordenan sus prioridades y cambian sus vidas para ajustarse mejor a sus nuevas metas. Por ejemplo, si toman conciencia de que su vida no va a durar mucho pueden cambiar sus esquemas para usar su tiempo de otra manera, o para hacer cosas que de otra forma no habrían hecho. Tales cambios pueden abarcar una gama muy amplia: el lugar de residencia, el trabajo, hábitos de vida, etc. Por su puesto, pueden incluir también cambios de actitudes y/o intereses, aunque esto podría considerarse como procesos intrapsíquicos.

9. Uso de imaginería mental. Una respuesta de afrontamiento típicamente cognitiva es el uso de la imaginería mental, la utilización de imágenes mentales respecto de la enfermedad. Podemos visualizar el cáncer como algo poderoso que lucha contra un tratamiento débil (Simonton y Simonton, 1975), o una úlcera de estómago como algo que "crece" dentro de nuestro estómago. Una de las formas en las que se ha sugerido el uso de la imaginería mental es tomando en consideración su efecto sobre las respuestas fisiológicas. Cuando una persona piensa sobre acontecimientos estresantes se produce algo de la actividad fisiológica asociada con tales acontecimientos, y cuanto más específica es la imagen tanto más específica es la respuesta. Sobre esta base, parece razonable pensar que si una persona imagina acontecimientos placenteros, (o los recuerda o anticipa), las respuestas fisiológicas, asociadas con tales acontecimientos, serán evocadas. Por otro lado, la imaginería mental es utilizada, muchas veces, para experimentar anticipadamente los acontecimientos estresantes como el dolor, y adquirir entrenamiento en su manejo.
10. Conductas confrontativas. Son acciones más o menos directas que intentan cambiar la situación, de alguna forma. Dentro de este tipo de conductas cabe incluir denominadas "de expresión de sentimientos", y "voluntad de vivir". La expresión de nuestras emociones negativas y positivas es una forma importante de respuesta de afrontamiento. Se puede considerar como una manera de descargar la emotividad (Monat y Lazarus, 1977) y como una forma de resolver parcialmente problemas (Weisman y Worden, 1976). Se piensa que la incapacidad para expresar las emociones incrementa la activación fisiológica. La relación entre la capacidad de expresar las emociones y las respuestas fisiológicas varias parece bien establecida. La relación entre tal capacidad y algunas enfermedades como el cáncer también ha sido estudiada. Así, Blumberg, West y Ellis (1954) encontraron que la pro-

gresión del cáncer era más rápida en personas faltas de expresividad emocional; Derogatis, Abeloff y Melisaratos (1979) establecieron que pacientes con cáncer de mama metastásico que eran comunicativas respecto a su enfermedad sobrevivieron más tiempo que aquellas que no lo eran; Kissen, Brown y Kissen (1969) hallaron una diferencia significativa entre las oportunidades de descarga emocional de enfermos con cáncer de pulmón y un grupo de controles.

Por lo que se refiere a la voluntad de vivir, se trata más bien de un constructo que incluye un conjunto de respuestas de afrontamiento (Stewart, 1982): impulso para seguir vivo, creencia en que no se va a morir aunque el pronóstico sea malo, tener una razón para vivir, estar determinado a mejorar. Este tipo de recurso/respuesta puede ser significativamente influido por la conducta de amigos, familia, personal del hospital, y comunidad.

También dentro de las conductas confrontativas se pueden considerar las conductas directas de reducción del estrés. Este tipo de conductas incluyen relajación progresiva, entrenamiento autógeno (English y Baker, 1983), *biofeedback* (Carrobles y Godoy, 1987), ejercicio físico (Selye, 1956).

11. Adopción del papel de enfermo. Un tipo de respuesta de afrontamiento del mayor interés en el contexto de este trabajo es la adopción o no del papel de enfermo. Ya expusimos en páginas anteriores el diseño básico del papel social de enfermo.

Janis y Rodin (1979) han señalado que las personas tienden a hacer atribuciones negativas hacia las personas enfermas, y Coates y Wortman (1980) discutieron la incomodidad social implícita en la interacción con las personas enfermas. Sin embargo, la investigación conocida sugiere que cuando se experimentan síntomas de enfermedad, con el estrés que implican, y, aún a veces, cuando se experimentan situaciones de estrés, sin más, la mayoría de la gente opta por asumir el papel de enfermo. Como el mismo Parsons (1951) indicaba, el papel de enfermo debe ser considerado dentro del contexto de la naturaleza y gravedad de la enfermedad que determina la propiedad de la adopción o evitación del papel de enfermo. Si la situación es "apropiada", entonces la adopción del papel de enfermo parece ser adaptativa y la incapacidad para adoptarlo extremadamente perjudicial. Si la situación es inapropiada, adoptar el papel de enfermo puede indicar un intento de escapar a una situación desagradable, una petición de ayuda o de cuidado.

En realidad la adopción del papel de enfermo forma parte de una respuesta de afrontamiento más amplia que puede denominarse "conducta de enfermedad".

- a. Inicial (reconocimiento e interpretación de los síntomas).
- b. Asunción del papel de enfermo.
- c. Búsqueda de asistencia técnica (visita al médico o a una clínica).
- d. Asunción del papel de paciente (asumir un rol dependiente); y
- e. Recuperación/asunción del papel de paciente crónico.

Aunque algunos de estos estadios son discutibles, Mechanic (1978) los precisó más incluyendo los tipos de información o *inputs* sobre los cuales las personas basan las decisiones sobre su salud. Según Mechanic (1978) la persona en su proceso de toma de decisión considera al número y persistencia de los síntomas que experimenta, decide si estos síntomas son reconocibles (si no lo son, pueden ser motivo de alarma), la posible incapacidad que se puede seguir a partir de los síntomas y las definiciones sociales y culturales de la enfermedad. Incluso, en algunos casos, puede llegar a considerar cosas tales como si el tratamiento podrá ser conseguido rápidamente y en forma barata. De hecho, su decisión de buscar ayuda técnica parece basarse, por lo general, en la percepción e interpretación que hace de los síntomas; en sus pautas de respuesta a los síntomas, tanto culturales como aprendidas; y en sus experiencias previas en marcos médicos.

La forma en que se perciben (se interpretan, por tanto) las sensaciones como médicamente relevantes o benignas todavía no se ha determinado satisfactoriamente (Pennebaker, 1982). En general, los síntomas son sensaciones discretas que se experimentan en determinados momentos. Las náuseas o los dolores de cabeza, por ejemplo, son episódicos. Pero la evidencia sugiere que muchas sensaciones llamadas síntomas ocurren más o menos. Lo que parece variar es el grado en el que las personas son conscientes de los síntomas o desean informar y buscar información acerca de ellos, y hay numerosos factores que influyen en ello (Pennebaker, 1982). Por ejemplo, la existencia de demandas rituales más o menos intensas, pueden afectar a la conciencia de los síntomas: cuando la gente está aburrida llega a ser más consciente de sus sensaciones corporales que cuando está totalmente sumergida en una tarea, (Pennebaker, 1982). Igualmente, las formas en que las

sensaciones son etiquetadas y en que se informa de ellas parecen muy determinadas por influencias situacionales, culturales y psicológicas (Mechanic, 1966).

La interpretación de los síntomas y la conducta consiguiente es, naturalmente, afectada por las sensaciones reales que se experimentan, pero también por un número de factores psicosociológicos: sexo, estatus social, nivel de educación, etnicidad (Mechanic, 1966, 1972). Por último, la conducta de búsqueda de ayuda no está necesariamente relacionada con el estrés o con la extensión de los síntomas de los cuales se informa. Parece que algunos factores como el apoyo social y la historia médica o psicológica del individuo, pueden ser predictores razonables de la búsqueda de ayuda (Bielianskus, 1980).

Algunos estudios han sugerido que el estrés puede ayudar a determinar si las personas usarán los servicios de cuidado médico de la salud (Mechanic), así como también el sexo. Por ejemplo, Mechanic (1976) encontró que las mujeres hacían uso de los servicios de cuidado de la salud más a menudo que los hombres. (Lo cual es explicable si consideramos que muchas de las funciones naturales en la fisiología femenina han sido "medicalizadas"). Otras investigaciones han subrayado los efectos del entorno social sobre la búsqueda que ayuda, aunque sus resultados no sean muy consistentes.

Esta faceta del papel de enfermo nos conduce a la consideración de otra respuesta de afrontamiento de la enfermedad, que en cierto modo la implica, la búsqueda de apoyo social.

12. Búsqueda de apoyo social. Como ya comentamos la existencia del apoyo social es un recurso social, un mediador externo importante. Su búsqueda es una conducta que constituye un tipo de respuesta de afrontamiento. El apoyo social se ha valorado en alto grado porque se supone que tiene un importante papel benéfico en el afrontamiento del estrés. Sin embargo, como Jung (1984) ha señalado en su importante trabajo de revisión y valoración crítica de la literatura al respecto, la evidencia científica no parece respaldar tanto entusiasmo. Debido a los controles inadecuados, a las medidas muy poco conceptualizadas y a la naturaleza multidimensional del apoyo social y del estrés, la evidencia es conflictiva. Jung (1984) sugiere que el examen del papel del apoyo social debería hacerse teniendo en cuenta problemas específicos, ya que puede variar con la naturaleza del acontecimiento

estresante; los procesos interactivos entre receptores y proveedores de apoyo; la propia capacidad de afrontamiento del individuo; las preferencias personales y culturales que puedan existir en la aceptabilidad del apoyo social; las diferencias posibles por edad, sexo, y etnicidad. En cualquier caso, y a pesar de la falta de resultados absolutamente fiables de los efectos benéficos del apoyo social, parece que no es discutible el hecho de que las personas que sufren un acontecimiento estresante suelen, en buena parte de los casos, buscar apoyo social.

13. **Búsqueda de información.** Por último, mencionamos aquí una de las respuestas de afrontamiento de mayor importancia en nuestra opinión, tanto desde la perspectiva del enfermo, como desde la perspectiva del contexto: la búsqueda de información. Es una respuesta muy común que puede considerarse como un aspecto de la respuesta de búsqueda de instauración y/o mantenimiento de control. La adquisición de información es una manera importante de afrontar el estrés. Ante una situación de enfermedad podemos buscar información sobre su naturaleza, su etiología, el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos usados, su curso, su implicación o pronóstico, etc. En cualquier caso, la búsqueda de información puede tener varias funciones:

- a. Reducción de la incertidumbre o ambigüedad respecto de la enfermedad (Lipowski, 1969; McIntosh, 1974; Taylor, 1979).
- b. Restauración del sentido de control de los acontecimientos (Moos y Taylor, 1979; Lazarus, 1979).
- c. Proporcionar a la persona algo que hacer (Moos y Taylor, 1979).
- d. Encontrar respuestas razonables (Silver y Woortman, 1980; Weisman y Worden, 1976).

La conclusión general es que la puesta en marcha de los recursos de afrontamiento pueden amortiguar el impacto estresante de la enfermedad. Los efectos positivos de diversas respuestas de afrontamiento ante el acontecimiento de la enfermedad han sido estudiados y hay abundancia de datos a favor de ellos (Auerback, 1989; Ben-Zira, 1985; Ridder y Schreurs, 1996).

II. EL HOSPITAL Y LA HOSPITALIZACIÓN: SU IMPACTO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Tradicionalmente, como ya se ha visto, el entorno hospitalario ha sido estudiado de forma primordial como un sistema social, por los científicos sociales; pero no se ha llevado a cabo, sino hasta época muy reciente, el análisis de las consecuencias psicológicas que supone para el paciente el acontecimiento de la hospitalización. Por otro lado, los médicos no han entrado casi nunca en la consideración de ese tema. Como señala Kornefeld (1972), esto probablemente refleje dos hechos: primero, los miembros de la profesión médica han desarrollado los mecanismos necesarios de defensa psicológicos que les permiten trabajar dentro de tal ambiente, pero al hacerlo así se impiden a sí mismos el poder apreciar que en el ambiente hospitalario pueden darse reacciones psicológicamente determinadas, significativas clínicamente. Hay que añadir también que, desafortunadamente hasta hoy, la preparación que el médico recibe durante sus años de entrenamiento que le pudiera capacitar para tal valoración es muy poca. Por otra parte, dada la inexistencia en el equipo de salud de profesionales específicos para el diagnóstico de ese tipo de problemas y para el diseño de intervención correspondiente, es difícil que, aún no existiendo los mencionados mecanismos de defensa, el médico pueda detectar tales problemas psicológicos.

En segundo lugar, y quizá como consecuencia de lo anterior, los médicos no han comenzado a tomar en cuenta las reacciones psicológicas significativas que pueden ocurrir en el entorno hospitalario, hasta hace muy poco tiempo.

En una primera aproximación parece claro que el hospital y la hospitalización juegan un papel estresante a lo largo y ancho de las cinco categorías mencionadas. Esto no quiere decir, en absoluto, que los efectos resultantes últimos de la hospitalización, sobre todo respecto a la enfermedad que la motiva, no sean de saldo positivo; solo quiere decir que, desafortunadamente, se producen unos efectos colaterales perversos que en grado importante podrían evitarse si se contara con un servicio adecuado de asistencia psicológica. Procuraremos extendernos sobre ello más adelante.

Desde la perspectiva "cultural", se puede hablar de una específica "subcultura", "cultura hospitalaria", que queda establecida por el grupo profesional dominante (la profesión médica) y por el propio marco hospitalario, ya que tanto en uno como en otro caso nos encontramos con normas, valores, creencias

y símbolos, que son transmitidos de generación en generación; por un entrenamiento institucionalmente establecido dentro del sistema social general, y por la "profesión médica" en particular, que se repiten expresados en la estructura física y social de los establecimientos hospitalarios. Sin olvidar que el entrenamiento clínico de los futuros profesionales de la medicina se recibe todavía casi exclusivamente en los establecimientos hospitalarios.

El paciente al ser hospitalizado es sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos en el seno de un ordenamiento institucional muy nuevo que además percibe como hostil: debe asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden ser incongruentes (y de hecho los son en muchas ocasiones) con lo que ha aprendido anteriormente; la disparidad entre unos y otros puede conducir a respuestas comportamentales inapropiadas.

Somos conscientes de que en una cultura como la nuestra tales supuestos elementos culturales intrahospitalarios nos resultan familiares a todos, aún en el caso de que, afortunadamente, nunca hayamos sido hospitalizados ; pero ese conocimiento teórico no implica más que una asunción potencial que, en más de una ocasión, problematiza incluso la asunción real, una vez producida la situación de hecho. Por ejemplo, nuestro conocimiento teórico de tales elementos culturales puede estar fuertemente influido por la presentación social que los medios llevan a cabo de la figura del médico, y de la vida hospitalaria, que muchas veces, como el caso de la televisión, tiene como marco de referencia una organización hospitalaria diferente, y desde luego, producen una falsificación del juego social real.

A un nivel social, el paciente hospitalizado tiene que llevar a la práctica el papel de enfermo y además aprender y representar el papel más específico de "enfermo hospitalizado". Es posible que las expectativas teóricas del papel de enfermo fueran conocidas en cuanto insertas en las estructuras del sistema social general, como comentamos antes, el paciente haya representado ese papel con anterioridad, pero el papel que implica la hospitalización es menos conocido y se suele aprender una vez que ocurre el acontecimiento. En cualquier caso, la situación de enfermedad es, por lo general, muy episódica e infrecuente por lo que no cabe hablar de socialización previa a ese respecto, salvo de una manera muy vaga. La ocupación de ese rol constituye, también en general, una especial fuente de ansiedad por muchas razones que tienen que ver con su ejecución, pero también, por la mera ocupación, al considerarse sus ocupantes como "estigmatizados" (Goffman, 1961).

Además, los contratos de interacción en el seno del hospital, entre el personal hospitalario y el paciente, pueden servir de fuente de estrés, tanto por razones de cantidad como de cualidad. En el marco hospitalario sobre todo la calidad emocional de los contactos puede constituir una fuente específica de estrés, por su bajo nivel, por la distancia o incluso por su signo negativo expresado en hostilidad.

En la categoría psicológica, la hospitalización también introduce factores estresantes, desde fenómenos de disonancia entre dos o más elementos cognitivos, hasta los fenómenos, muy estudiados, de conductas de reactividad o de desamparo que el paciente hospitalizado desarrolla ante su situación. Tales conductas, aunque propiamente sean respuestas a la situación, a su vez, pueden convertirse en fuentes de estrés. De una forma más clara, la situación de dependencia y "minoría de edad", que la hospitalización introduce, constituye un elemento poderosamente estresante. Evidentemente no cabe dejar de tomar en cuenta, para evaluar los efectos, los "recursos" que el individuo posea en la categoría psicológica, pero esa es otra cuestión.

Por último, a nivel físico hay factores externos, como el propio entorno hospitalario con sus peculiares características (olores, ruido, aspectos arquitectónicos, etc.) y factores externos como la propia enfermedad, con las limitaciones y problemas corporales que plantea a la persona, todos ellos pueden conducir al estrés.

Si del ámbito de los estresores pasamos al de los recursos, lo que encontramos es que el hospital y la hospitalización, si bien proporcionan y facilitan la utilización de recursos físicos, sin embargo impiden que el paciente ponga en juego multitud de recursos de todo orden, porque la propia organización hospitalaria, tal como la tenemos los detiene. Por ejemplo, en nuestros hospitales no cabe poner en práctica roles recreacionales para aliviar los factores estresantes que produce el ejercicio del rol del paciente hospitalizado. O, a un nivel social, las redes de apoyo social funcional en la familia, en la vecindad, y en el sitio de trabajo, que podrían mitigar el impacto de los estresores, se ven suprimidos por el hecho de la hospitalización (inevitablemente suprimidas, claro está), implicando, además, un factor adicional de estrés, precisamente por el rompimiento con todos esos marcos habituales, que la hospitalización significa. A nivel físico el paciente carece de una situación saludable, se encuentra enfermo, de manera que no puede poner en marcha recursos físicos propios, factores internos; tampoco puede remodelar el cambio físico en el que se encuen-

tra, ni siquiera se le permite "adecuarlo" un poco a su propia personalidad. Incluso, en muchos caos, todos los recursos físicos como ropas, objetos familiares, etc., le son retirados y sustituidos.

Lo primero que tiene que afrontar el enfermo es el propio marco físico. No se ha escrito mucho sobre el impacto que el diseño arquitectónico del hospital tiene sobre los pacientes. En un marco habitual de la vida todos podemos hacer ajustes y reajustes en nuestro entorno: colocar objetos familiares, reordenar el mobiliario, adornar las paredes, etc. Podemos, incluso, cambiarnos para evitar ruidos, olores o luces desagradables. Por el contrario, en una situación de pacientes hospitalizados no nos cabe sino aceptar el entorno tal cual lo encontramos. Y ciertamente, si hay una variedad de factores que pueden jugar un papel a la hora de diseñar un hospital, no parece, en cambio, que las necesidades del paciente cuenten mucho como uno de ellos. Eso supone la necesidad de realizar un esfuerzo suplementario para adaptarse al medio ambiente, prescindiendo bruscamente del medio familiar.

Cuando un paciente es ingresado en un hospital se encuentra en un ambiente extraño y en una cultura ajena. Está, en alguna medida, asustado y lleno de aprensiones porque está enfermo, porque entiende que su condición es lo bastante seria como para no poder haberse resuelto en la consulta del médico y porque su situación está, en muchos casos, determinada por la incertidumbre. El paciente se siente amenazado, pero desconoce el origen y el tipo de amenaza. Tampoco sabe casi nada de lo que le espera en el hospital. Mucho de lo que le ocurrirá depende de las pruebas que se le hagan, que, naturalmente, tampoco conoce (ni probablemente conocerá) y que pueden indicar, según los casos, la necesidad de una operación exploratoria, que pueden implicar cirugía radical, quimioterapia, o algún otro tipo de tratamiento. Como señala Marcia Millman (1977, 137) en uno de los capítulos de su interesante libro, *The Unkindest cut*: "mantener el paciente desinformado y cerrar filas con respecto a la información son dos de las formas mediante las cuales los médicos limitan el poder y la autonomía de los pacientes.

A despecho de las racionalizaciones, a menudo los médicos hacen esto más para ayudarse los unos a los otros que para ayudar al paciente". La falta de información, la ignorancia del paciente con respecto a su situación, es uno de los temas más interesantes e importantes de la problemáticas hospitalaria (y del sistema de salud en general) y hemos de volver a él más adelante. Lo único que hace falta consignar ahora es que la ansiedad, sobre todo, y el resto

de respuestas a la enfermedad que hemos considerado se ven potenciadas desde el momento del ingreso en el hospital por la ignorancia, por el "no saber qué va a pasar".

Por supuesto, el entorno físico no ayuda mucho para aliviar la aprensión y la ansiedad que produce el ingreso en el hospital. La arquitectura y decoración de la mayoría de los hospitales no son muy alentadoras (Sangrador, 1986). Esos enormes edificios con sus sonidos, escenas y olores tan especiales, constituyen para la mayoría de la gente un lugar no muy tranquilizador, por no decir amenazante. Incluso, con frecuencia, los pacientes se sienten como huéspedes no muy bienvenidos, pero que han de permanecer allí para salvar sus vidas y, a la vez, con miedo a perderla. Sin embargo, el hospital está habitado, por decirlo así, por un personal especial que ha elegido estar allí. Para esas personas el hospital es simplemente el lugar en el que trabajan y cada mañana cruzan con la mayor tranquilidad sus puertas para su tarea rutinaria sin mayor ansiedad que un ejecutivo o una secretaria cuando entra en su oficina.

Por supuesto es importante que el personal médico pueda trabajar sin dejarse afectar por los problemas emocionales que tienen los pacientes, pero esto, que les permite tratar objetivamente con los graves problemas con que deben enfrentarse cada día, resulta un serio obstáculo que les impide apreciar y tomar en cuenta el estrés que el hecho de la hospitalización produce en el paciente. Quizás sea este el punto central de la necesidad de incorporar al equipo de salud en el hospital a profesionales que sepan, y puedan dentro del contexto, evaluar y resolver tales problemas emocionales. Y ello es necesario porque la maladaptación del paciente al entorno hospitalario puede producir cambios clínicos importantes. Ya se mencionaron las respuestas cardiovasculares y endocrinas asociadas a la ansiedad y también se han identificado cambios fisiológicos que pueden acompañar a la depresión. Es bastante razonable pensar que tales respuestas psicofisiológicas pueden influir en el curso de la enfermedad.

Una vez instalado, habitualmente, en una habitación de múltiples camas -por no hablar de la ubicación en un "pasillo", desgraciadamente no infrecuente en nuestros hospitales de la Seguridad Social- el paciente ha de enfrentar su estadía con una total falta de intimidad. Sus conversaciones son escuchadas y la mayoría de las funciones otrora privadas, tales como las de eliminación, se transforman ahora en públicas. A menudo el paciente deja de tener el control de cuándo bañarse, orinar, defecar, comer, etc. Las partes más íntimas de su cuerpo pueden ser hurgadas, observadas, fotografiadas, radiografiadas, y, si

llega el caso, cortadas casi sin previo aviso, por casi todo el mundo que lleve un uniforme (al menos, según le parece al paciente). «Además, ese grupo de personas que constituye el personal hospitalario habla un lenguaje casi siempre incomprensible para el paciente, y dividido, por otra parte, en un conjunto de jergas correspondientes a cada grupo profesional existente. El desconocimiento del lenguaje hace que su ignorancia y, sobre todo, la conciencia de ella, se acentúe provocando en la mayoría de las ocasiones, una devaluación de la propia persona que se juzga lo bastante estúpida como para plantear cuestiones al personal que, por otro lado, siempre parece estar sumamente atareado» (Gordon, 1983). Las posibles críticas o deseos de aclaración son reprimidos, no sólo por esa ignorancia y desinformación (que el propio hospital motiva) sino por el temor que el paciente puede tener de ofender a médicos y enfermeras con preguntas inoportunas (después de todo su vida depende literalmente de ellos).

Esta situación de dependencia es una de las características más importantes de la situación del paciente hospitalizado (Rodríguez-Marín, 1986). Cuando el paciente ingresa en el hospital, el papel de enfermo que había empezado a representar cuando apareció la enfermedad se acentúa y se ve fuertemente reforzado. En la interacción usual médico-paciente, dado que la expectativa de búsqueda de la salud es nuclear al papel social de enfermo, éste adquiere la obligación complementaria de cumplir con las instrucciones del médico a fin de conseguir la curación. Esta obligación se potencia en el caso de la hospitalización puesto que, precisamente, el paciente hospitalizado es más dependiente del hospital (que cuida de sus pacientes); el papel de enfermo, en el caso del paciente hospitalizado, se amplía para incluir la cooperación con y el cumplimiento de la rutina general hospitalaria (Tagliacozzo y Mauksch, 1972).

Tengamos en cuenta que la mayoría de los comportamientos usuales que el personal del hospital considera como rutinarios no lo son, en absoluto, para los enfermos. Muchas de ellas son experiencias nuevas que provocan ansiedad. Ninguna prueba de diagnóstico es "rutinaria" para el paciente que la sufre. Un electrocardiograma o un electroencefalograma, incluso una simple extracción de una muestra de sangre, pueden ser experiencias ansiógenas e, incluso, aterradoras para algunos pacientes. En muchas ocasiones gran parte de la ansiedad se produce innecesariamente, bien porque el personal no es consciente de que se produce, bien porque no sabe qué técnicas usar para reducirla.

Al tener que aceptar la rutina hospitalaria, se acentúa la subordinación y dependencia del paciente dentro del papel de enfermo pero, además, tal papel

también se modifica fundamentalmente. La intimidad de la relación persona a persona y la permisividad presente en la relación tradicional médico-paciente, en el marco de la consulta ambulatoria o externa, están ausentes en el caso del paciente hospitalizado (Lorber, 1975). Esta situación de "publicidad" ha sido muy estudiada y puesta de relieve desde hace años, sobre todo en los casos de los hospitales docentes con ocasión de las "rondas" que el médico-profesor hace por la sala (Kaufman et al., 1956).

Aparentemente hay un aspecto positivo. Así, en el estudio de Kaufman et al., (1956), los pacientes informaban que les parecía un gran beneficio el poder disponer del talento de tantos médicos aplicados a sus problemas. Sin embargo los efectos negativos, potencialmente al menos, parecen muy obvios. La exposición física del paciente de forma "pública" daña, sin duda, su privacidad; pero, quizás, peor todavía es la discusión que en algunos casos se produce durante las rondas, junto a la misma cama del enfermo, sobre el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas. Además, la historia clínica del paciente que puede contener, en muchas ocasiones, bastante material personal y confidencial es presentada allí mismo, mientras otros pacientes, y quizás otro personal del hospital están presentes.

Por otra parte, la mayoría de los hábitos personales del paciente pueden ser cambiados en el hospital. Al cambiar sus actividades todos sus hábitos respecto a comida, higiene personal, ocio, y recreo, etc., se ven alterados y de hecho, como ya hemos comentado, el enfermo pierde el control sobre ellos. Pacientes habituados a dormir solos en su propia habitación pueden encontrar difícil quedarse dormidos en una habitación múltiple, o les perturba mucho el ser despertados en mitad de la noche para el control de sus signos vitales, etc. Los sedantes, necesarios en algunos casos, por razones médicas, pueden mantener al paciente en una situación de aturdimiento e inducir un estado de desorientación. No es sólo un problema de supresión de hábito, ya de por sí suficientemente difícil, sino de adquisición de otros nuevos, lo cual puede elevar bastante la dificultad de la adaptación.

Este obligado cambio de los hábitos comportamentales, tiene que ver con la interrupción de la ejecución de los roles normales que tiene lugar con el acontecimiento de la hospitalización. El paciente hospitalizado se ve arrancado de su contexto cotidiano, y habitual y se ve privado, por lo tanto, del apoyo social básico; queda inmerso en un juego de interacciones diferentes en el contexto hospitalario, dentro del cual el paciente no conoce, con suficiente claridad

cuáles son las expectativas de su nuevo rol que tampoco puede aprender más que por un procedimiento de ensayo y error, que inevitablemente atraviesa por la ocurrencia de conflictos interpersonales (Fontana et al., 1976 ; López-Roig, Pastor y Rodríguez-Marín 1990). Ambas cosas, la pérdida del apoyo social y la necesidad de capear los conflictos interpersonales tienen una relación bastante estrecha con el mantenimiento y restauración de salud (Jung, 1984).

La ruptura más dramática quizás se produce respecto a los roles familiares. La separación de la familia es una consecuencia obligada de la hospitalización cuyas consecuencias negativas están lejos de haber sido establecidas con la suficiente extensión. Sus efectos se producirán en el estado emocional y la conducta intrahospitalaria del paciente, pero también en muy alto grado, en la vida familiar misma que ha quedado fuera. En el seno de la familia, la hospitalización de uno de sus miembros produce, sin ninguna duda, la interrupción de los roles familiares e implica la necesidad de llevar a cabo un reajuste de ellos.

La segunda ruptura grave se produce con respecto al marco laboral. El abandono de las rutinas laborales produce en el paciente hospitalizado muchas de las secuelas psicológicas que provoca en el individuo sano la situación de desempleo, pero que, en este caso, se ven agravadas por el sentimiento de incapacidad y de impotencia que genera la enfermedad misma; en su caso, por la preocupación suplementaria de cómo se hará frente a los gastos generados por la enfermedad, hospitalización e intervenciones necesarias, si lo son. Sobre todo en el caso de profesionales liberales o trabajadores por cuenta propia, la situación puede llegar a ser sumamente estresante, por cuanto la incapacidad para trabajar implica la desaparición de los ingresos económicos, para afrontar los gastos de mantenimiento de su negocio.

Así pues, de una manera general, cabe establecer que el ingreso de un enfermo en el hospital tiene las siguientes consecuencias (Rodríguez-Marín, 1986):

1. Extrañamiento por inserción en un medio desconocido con pautas culturales diferentes. De hecho el mundo hospitalario constituye una subcultura propia que va a exigir del paciente, como en su día exigió del propio personal, un proceso de "aculturación".
2. Situación de ignorancia que se suma a la ya existente respecto de la enfermedad, por desconocimiento de los procesos que han de tener lugar, de las vías alternativas que los resultados de las pruebas diagnósticas pueden abrir, de los roles a asumir, etc. En la práctica el paciente desconoce práctica-

- mente todo, al menos en el momento del ingreso. La ignorancia del lenguaje, propio del nuevo entorno, es específica y muy importante.
3. Exigencia de adaptación, tanto al nuevo marco físico como al entorno psicosocial, y por tanto necesidad de un cambio de hábitos comportamentales personales.
 4. Pérdida de la intimidad y de la privacidad. El paciente es ingresado en un mundo en que, por lo que al enfermo se refiere, no hay espacio ni tiempos privados. Precisamente uno de los objetivos de la hospitalización es ese: poner al enfermo en una situación de completa disponibilidad y accesibilidad para el equipo médico.
 5. Pérdida del control de sus actividades cotidianas y de las decisiones habituales. El paciente pone literalmente su vida en manos de los demás sobre la base de una supuesta confianza que, en principio, sólo se apoya en el reconocimiento social de la pericia médica profesional al margen de individualidades y de reconocimiento y aceptación personal del "carisma" del médico. Por otro lado, unos más y otros menos, todos los hospitales tienen muchas de las características de lo que Goffman (1961) calificó de instituciones totales. Significa que controlan o intentan controlar todos los aspectos de la vida del paciente. El hospital, como hemos dicho, es uno de los sitios en los que la persona pierde casi todo el control sobre su vida. Usualmente no es capaz de hacer el esfuerzo más pequeño para ayudar a su propio tratamiento, en muchos casos, ciertamente porque realmente no puede y en otros muchos porque no se le permite (Dimatteo y Friedman, 1982).
 6. Devaluación de la persona, por cuanto desaparece la relación persona a persona que es usual en la consulta médica ambulatoria o externa, y el paciente se ve convertido en un caso más, en un número. Se trata de un proceso similar al que ocurre cuando se ingresa en el ejército.
 7. Pérdida de la independencia y pase a una situación de dependencia. Como es evidente esta situación de dependiente correlaciona en alto grado con la imposibilidad de control sobre su propia vida que el paciente hospitalizado tiene. Al pasar ese control a manos del personal y de la organización el enfermo se ve automáticamente en una situación de dependencia. La dependencia está igualmente en estrecha relación con el sometimiento al conjunto de "rutinas" del establecimiento.

8. Modificación del papel del enfermo por cuanto se modifica drásticamente la interacción de la díada médico-enfermo al desaparecer el marco habitual en que se produce. La sustitución de ese marco por el entorno del hospital hace que cambien de forma importante los papeles de los dos protagonistas iniciales de la historia. A partir del momento de la hospitalización, aunque sigan teniendo su papel en el reparto, la acción del enfermo y su médico inicial cambia para ajustarse a la entrada en escena de muchos personajes y al cambio de escenario.
9. Interrupción en el desempeño de los roles normales.
10. Separación brusca del marco social habitual, especialmente de la familia y del trabajo.
11. Pérdida del apoyo social que no necesariamente es total, pero que siempre ocurre cuando menos a nivel parcial.

Aunque la lista no es exhaustiva, hemos intentado consignar las consecuencias objetivas más importantes que el acontecimiento de la hospitalización lleva consigo. Son objetivas en la medida en que se producen a despecho de la voluntad de los participantes y no son resultado de su valoración de los acontecimientos. Quieran o no, les guste o no tanto a médicos como a pacientes o al resto del personal hospitalario, el acontecimiento de la hospitalización tiene esas consecuencias. Algunas de ellas serán consideradas con mayor atención en este trabajo, y todas serán tenidas en cuenta cuando analicemos los efectos psicológicos y comportamentales en el paciente hospitalizado.

B. LA ACCIÓN PSICOSOCIAL DEL HOSPITAL SOBRE EL PACIENTE

Algunas de las consecuencias mencionadas en el apartado anterior son utilizadas activamente, o bien potenciadas simplemente, por el hospital para adaptar al paciente al perfil estándar que se considera más adecuado para la consecución de los fines organizativos. Desde el especial punto de vista del personal hospitalario, el paciente recibe una consideración devaluada que viene implicada por la específica desvaloración que hemos señalado antes. Es un "incapaz" o un "menor de edad" que está allí para ser "curado", no para "curarse", es decir, para que "se le hagan cosas" y no "para hacerlas" (Taylor, 1979). Esa especial consideración parece justificar la manipulación de las vidas de los pacientes, sin preocuparse por sus deseos, mediante el control de su compor-

tamiento, la estructuración de sus actividades de acuerdo con las necesidades de la organización, el tratamiento impersonal y el aislamiento del resto de la sociedad, que se intenta justificar sobre la base de una específica ética científica y profesional (Merton, 1957). Se trata, en suma, de facilitar el trabajo de consecución de la meta organizacional a sólo una de las partes implicadas, el personal sanitario. Además, la visión de esa meta está específicamente sesgada: no se trata sólo de conseguir restaurar la salud de una persona, sino también de cómo se consigue eso. Como es bien sabido el fin no siempre justifica los medios, sobre todo cuando tales medios tienen evidentes connotaciones negativas y efectos dañinos

En cualquier caso, el proceso de sometimiento del paciente utiliza fundamentalmente, tres técnicas diferentes (Coe, 1970, 1973) que son, insistimos, un aprovechamiento y potenciación de las consecuencias propias de la hospitalización.

Primero: eliminación de la identidad. Es una técnica usual en las grandes organizaciones, sobre todo en aquellas más cercanas al tipo de "institución total". El paciente ha de dejar sus ropas usuales y ha de vestir el camisón o pijama que el hospital ha diseñado para sus pacientes y que facilita su manipulación. También, por lo general, se pide que no lleve, o que entregue sus otras pertenencias personales, que son devueltas a sus parientes o guardadas en el lugar adecuado del hospital para serle devueltas cuando se marche. En esencia, pues, se suprimen todos los aspectos de la identidad personal y de la individualidad del enfermo, al menos todos los que se pueden. Como consecuencia se produce una notable reducción de la autoimagen del individuo y una especie de iniciación al mundo social del hospital.

Segundo: control de medios y recursos. El personal del hospital asume todo el control sobre medios y recursos, incluyendo tanto los recursos físicos como los de información y conocimiento (tales como registros, resultados de pruebas y cualquier otra información médica). Como resultado, si el paciente desea utilizar un recurso debe pedirlo al personal del hospital, lo cual reduce la autoimagen del paciente, degrada su autovaloración y aumenta su nivel de dependencia. Además, el paciente debe suponer que su petición puede verse denegada ya que el personal hospitalario es superior a él en la interacción y tiene el poder de rehusar. El deseo de información en el paciente hospitalizado puede ser grande, pero también difícil de satisfacer. Los enfermos hacen frecuentemente muchas cosas por obtener información, recurriendo a muy diversas fuentes; también frecuentemente sus cuestiones quedan sin contestar.

Precisamente una de las quejas más extendidas entre los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación entre el personal y ellos (Zastowny et. al., 1989). Aunque el personal pueda justificar esa falta de comunicación apelando a la falta de tiempo y, en alguna medida, eso sea cierto, sin embargo, lo que estamos apuntando aquí es, precisamente, que la información puede ser y de hecho lo es muchas veces, deliberadamente retenida porque se teme que alarmará al paciente o que quizá sea malinterpretada, o, sencillamente, porque supone un trabajo más y para el cual, en muchas ocasiones, no se tienen las destrezas necesarias. En otros casos la retención de información a los pacientes cubre más las necesidades del equipo hospitalario que del enfermo.

En cualquier caso, los pacientes hospitalizados arrancan trozos de información de aquí y de allá hablando con enfermeras y auxiliares; mirando sus registros clínicos cuando tienen oportunidad, etc. Algunos que no reciben información pueden comenzar una especie de búsqueda frenética de claves solicitando información de las personas más diversas, interpretando gestos, miradas, palabras y acabando, como consecuencia, por reunir y ensamblar un conjunto de concepciones y consejos contradictorios, parciales y hasta equivocados, (McIntosh, 1974).

Tercero: reducción y control de la movilidad del enfermo. El personal del hospital determina las actividades que se permiten realizar al paciente y los lugares para ellas. Una vez que el enfermo es ingresado en el hospital cualquier actividad o movimiento que pueda llevar a cabo se deja a la discreción del personal hospitalario en general y del médico en particular. Es una forma más de asegurar el control sobre el paciente y la disponibilidad y accesibilidad permanente de éste.

Cuarto: proceso que es mencionado ampliamente en la literatura al respecto, y que, en cierto modo, tiene que ver con el primero; se trata de la deshumanización. Es un resultado producido por muchas de las acciones e interacciones que tienen lugar dentro del medio hospitalario. Los pacientes hospitalizados, son tratados en muchas ocasiones como objetos inanimados, por la mayoría del personal. El paciente tiene muchos problemas para adquirir información referente a su propio estado, si no le es negada abiertamente. Muchas personas diferentes entran y salen a lo largo del día en su habitación y pocos de ellos se toman la molestia de identificarse. A menudo se refieren a los pacientes por sus síntomas, enfermedad o condiciones de forma que llegan a ser "una vesícula" o "un apéndice". En otras ocasiones se habla de él como si no

estuviera presente. La deshumanización es el trato de una persona como si no fuera un ser humano total. Aunque es cierto que la deshumanización produce un distanciamiento emocional que resulta útil para que el profesional médico no se vea implicado afectivamente con sus pacientes, cosa que le permitirá, sin duda, una mayor libertad y claridad de juicio y de acción, también es cierto que produce una disminución de la conciencia de los atributos humanos del paciente como alguien que tiene sentimientos, pensamientos e impulsos, y sólo le percibe a un nivel intelectual, está perdiendo una serie de facetas que pueden tener el mayor interés en el establecimiento de un juicio clínico correcto con vistas a la salud (y no sólo la puramente física) (Wilson, 1963; Skipper, et al. 1964; Lorber, 1975; Rodríguez-Marín, 1995).

Una forma, particularmente severa e innecesaria de la deshumanización es la que se produce tradicionalmente en los hospitales en el caso de los partos. Las parturientas son, a menudo, aisladas en las salas de parto, trasladadas, anestesiadas en paritorios estériles. El niño es prácticamente extraído y entregado a una enfermera, mientras que la madre es trasladada a la sala de recuperación, y al padre se le dice que el parto fue bien, que ha tenido un hijo/a, y que puede marcharse a casa. Sólo después de cierto tiempo podrá la madre tener un primer contacto consciente con su hijo, y sólo después de bastante más podrá el padre verlos a ambos. Sin embargo, sólo en casos muy raros que amenazan la vida de la madre o del niño, es necesario un control tan estricto del entorno, y, en muchos casos, por contra, esos procedimientos pueden interferir con los procesos naturales del nacimiento. Hay una evidencia creciente de que un tratamiento más humano beneficia a la madre, al niño y al padre, y fomenta un incremento en la relación intrafamiliar, así como los lazos afectivos entre la pareja y el hijo. Entornos agradables y la presencia del padre en el momento del parto puede reducir la ansiedad y la dificultad de la madre y facilitar el parto, al tiempo que beneficiar al niño.

Podría parecer a primera vista, que hay un solapamiento e, incluso, una coincidencia entre los procesos a los que acabamos de aludir y algunas de las consecuencias que mencionamos en el apartado anterior. Sin embargo desde nuestro punto de vista, y por eso los hemos distinguido, unas son consecuencias que se producen sin la intervención activa de ningún actor social, aunque ciertamente ocurran como resultado del sistema de salud establecido; esto no quiere decir que necesariamente sean así y que no se puedan cambiar sino que su cambio exige un cambio del sistema, y aún así alguna de ellas quizás fuera inevitable. Los otros suponen una acción que puede verse expresada en las regu-

laciones internas del hospital y justificadas más o menos por la necesidad de un funcionamiento más eficiente, y para que no se entorpezca la marcha de la organización. Las estrategias de tratamiento social del paciente podrían ser cambiadas por técnicas positivas que favorecieran su integridad psicosocial, y, quizás, sin un costo excesivo para el sistema, mientras que posiblemente se podrían evitar muchos problemas psicológicos que el enfermo padece, en algunas ocasiones, de una forma bastante aguda. Se trata nada más (y nada menos) de que el personal del hospital sea capaz de ver personas, y no sólo algo llamado pacientes (Nichols, 1984).

C. LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LA HOSPITALIZACIÓN

Las acciones que el medio hospitalario ejercen sobre el enfermo que es ingresado en él han sido subrayadas porque tienen que ver, de forma sobresaliente, con los modos de respuesta del paciente, sobre todo con la manera de representar el papel de enfermo que va a adoptar.

En general, las personas quieren mantener su individualidad y un cierto control sobre su entono y sus horarios, y obtener información sobre lo que les está ocurriendo. Los pacientes también desean todo eso pero pronto se dan cuenta de que el personal hospitalario prefiere que se conduzcan de una forma "apropiada", se dan cuenta de que lo que se espera de ellos es que sean cooperativos, que no pregunten y que adopten una actitud pasiva. La mayor parte de los pacientes hospitalizados aprende que no debe intentar jugar el papel de "consumidor" o "cliente" sino que debe ser sumiso, obediente y no distinguirse como individuos. Así la mayoría adopta lo que se ha llamado el papel de *buen paciente*: un paciente que cumple obedientemente las órdenes del personal, que pregunta poco y que se queja menos todavía de forma que facilita por entero el trabajo del equipo hospitalario (Lorber, 1975).

Sin embargo, algunos pacientes no pueden o no quieren suprimir tales necesidades, y al no verlas cubiertas pueden llegar a irritarse y a demostrar una fuerte hostilidad. Tales pacientes asumen el papel de *mal paciente*. Las características del papel del mal paciente suelen ser: actos de desafío, frecuentes peticiones y quejas, solicitud de más tiempo y solicitud de mayor atención.

Estos son los modos básicos de respuesta que el paciente da a las acciones que el medio hospitalario ejerce sobre él con ocasión del acontecimiento de la hospitalización y de que vamos a considerar con mayor detenimiento.

El papel de paciente hospitalizado es un papel cuyo aprendizaje es activamente promocionado por el equipo hospitalario desde el mismo ingreso del enfermo. Como ya hemos dicho esa socialización activa es promovida mediante los procesos mencionados, de forma que la principal preocupación del paciente llega a ser hacer lo que se le dice, seguir todas las instrucciones que se le dan de forma que la recuperación se produzca lo antes posible. El paciente aprende que el médico espera de él cooperación, fidelidad y confianza; y que, por su parte, el personal de enfermería espera que sean respetuosos, considerados y poco exigentes. En suma, se trata de que el paciente aprenda que su principal obligación de rol es complacer al médico y al personal de enfermería, comportándose adecuadamente, es decir, hacer lo que se le dice y no causar ningún problema (Tagliacozzo y Mauksch, 1972).

Taylor (1979) argumenta que tanto el rol de buen paciente como el del mal paciente, implican más que un cumplimiento o incumplimiento puramente superficial. Por ejemplo, mientras que la conducta del buen paciente puede ser buena para el hospital, puede que no lo sea tanto para el paciente. A despecho de que el buen paciente es el tipo más apreciado por el equipo hospitalario, el paciente que representa tal papel no es necesariamente un paciente bien ajustado o satisfecho. En un estudio realizado por Tagliacozzo y Mauksch (1982), dos terceras partes de los pacientes indicaron que tenían necesidades y críticas al sistema hospitalario que no habían podido expresar. "Estar en buenos términos" era visto por esos pacientes no sólo como un factor conveniente, sino también como un factor esencial para su bienestar. Los pacientes creían que los servicios que necesitaban les podrían ser negados a menos que se hicieran ellos mismos "aceptables" para el personal.

De forma inversa, la conducta de mal paciente es desorganizadora para el personal, pero puede tener aspectos que faciliten su recuperación. La preocupación básica en el trabajo de Taylor (1979) concierne a las razones que el paciente tiene para asumir uno de estos papeles. ¿Es deliberada la conducta de buen paciente? ¿Intentan tales pacientes mostrarse cooperativos realmente, o su conducta es el resultado de un desamparo aprendido? Realmente no es difícil encontrar fuentes de inducción del desamparo en el hospital. Tagliacozzo y Mauksch (1972) y Taylor (1979) sugieren que el entorno hospitalario realmente pueda alentar a los pacientes a que lleguen a encontrarse en una situación de desamparo. Al encontrarse con que sus conductas no tienen consecuencias relevantes para el contexto, y que sus cuestiones no obtienen usualmente una respuesta o sus deseos no se ven cumplidos, los pacientes hospitalizados pueden

llegar a aprender el desamparo, la indefensión; es decir, aprenden la incapacidad para ejercer el control en ocasiones futuras, cuando el control sí sería posible (Raps, Peterson, Jonas y Seligman, 1982).

Los pacientes muy sumisos no poseen o han perdido el control de los acontecimientos. Como han recibido muy poca información, pueden permanecer en una condición de ansiedad y estar expuestos a estimulación aversiva sobre la cual no tienen ningún control. Su pasividad los coloca en una posición en la que es muy improbable que puedan hacer mucho para mejorar su salud. Han aprendido a perder y a no dar respuestas a los desafíos en favor de su bienestar. Esa es la condición que conocemos como desamparo aprendido. De acuerdo con Seligman (1975) es un estado psicológico que resulta cuando un individuo se enfrenta a menudo con acontecimientos que son incontrolables. Es decir, la experiencia de acontecimientos incontrolables puede resultar en un desamparo aprendido y esta situación puede conducir a las personas a perturbaciones emocionales y, también, a la depresión.

El desamparo es, parcialmente, una función de la situación, pero las personas se diferencian bastante unas de otras en cuanto a cuánto control pueden ejercer sobre su entorno; es decir, que el desamparo tiene que ver mucho con el *locus* de control. Éste, como ya vimos, se refiere a la creencia que un individuo tiene acerca de qué es lo que determina lo que le ocurre. Algunos estudios muestran que las personas con un *locus* de control interno tienen mayor voluntad de hacer cambios en su propia conducta para corregir deficiencias personales, si se le da la oportunidad para hacerlo. Eso sugiere que una persona con *locus* de control interno será más probable que atienda y ejecute las recomendaciones de salud (Rodríguez y Castro, 1985). En numerosas investigaciones, el *locus* de control de salud ha sido usado para predecir conductas de salud (Wallston, Wallston y Devellis 1978). Seeman y Evans (1961) encontraron en un estudio realizado sobre la conducta de pacientes hospitalizados que los pacientes con puntuaciones más altas en internalidad, sabían más acerca de su condición, preguntaban a médicos y enfermeras sobre sus enfermedades e indicaban menos satisfacción con el total de información que habían recibido, que los pacientes con puntuaciones más altas en externalidad. Asimismo los pacientes con mayores puntuaciones en internalidad intentaron ganar un mayor grado de control sobre su salud obteniendo más información.

Una distinción muy interesante que tiene que ver con la dimensión de *locus* de control en salud, en nuestra opinión, es la que Coe (1970), hace entre pacientes con orientación instrumental y pacientes con orientación primaria.

La orientación instrumental viene dada por una actitud según la cual la única tarea del médico es tratar la enfermedad y que debería estar muy bien preparado para eso, y según la cual, también, los hospitales son los lugares apropiados para tratar la enfermedad, pues en ellos es donde se encuentran los recursos y medios necesarios. Este tipo de orientación es paralela (quizás coincidente, pero habría que probarlo) con las altas puntuaciones en *locus* de control. Los pacientes orientados instrumentalmente piensan que deben mantener una cierta autonomía frente al médico y desean hacer sugerencias respecto a su cuidado y a la marcha del hospital.

La orientación primaria, en cambio, viene dada por una actitud según la cual el médico es una persona que puede hacer feliz al paciente (un "dispensador de protección") y el hospital es visto como un lugar en el que las necesidades físicas puedan ser gratificadas y se puede obtener protección. Los pacientes con orientación primaria se someten enseguida a las órdenes del médico ("él me cuidará") y se encuentran en el entorno hospitalario donde todo se les da hecho, adoptando completamente las normas del hospital. Sus características parecen, pues, muy similares a las de los pacientes con alta puntuación en internalidad.

En el marco hospitalario, los pacientes con *locus* de control interno pueden verse especialmente afectados por el sentido de desamparo inducido por el entorno. De hecho, el grado y la naturaleza del control ejercido por los hospitales y las varias reacciones resultantes por parte de los pacientes pueden tener impactos en la salud a corto y a largo plazo. De ese modo, las reglas hospitalarias estrictas, arbitrarias e inexplicadas, pueden dañar a muchos de los pacientes a los que están intentando ayudar.

Su desamparo puede tener varias consecuencias importantes para la salud del paciente (Taylor, 1979):

1. Será menos probable que el paciente, en la situación de desamparo busque, activamente, mejorar su condición.
2. El desamparo puede inhibir la toma de decisiones acerca de su propio cuidado.
3. Puesto que no busca activamente la información el paciente "desamparado" está, probablemente, mal informado y corre el riesgo de tomar decisiones basadas en informaciones inadecuadas. Además como el desamparo

implica la creencia de que no podemos influir significativamente en lo que ocurre, el paciente en situación de desamparo prestará poca atención a la toma de decisiones cuando hay que tomarlas.

4. Es especialmente difícil para los pacientes que deben instituir y asumir su autocuidado después de recibir el alta hospitalaria, el recuperar la falta de control inducida por el hospital ya que, como ha quedado dicho, el desamparo se aprende y se generaliza.

Además los "buenos pacientes" pueden sufrir problemas fisiológicos no sospechados. Algunas investigaciones han encontrado evidencia, aunque limitada, de una reducción de la norepinefrina asociada con el desamparo, la depresión y la pérdida del control (Seligman, 1975). Las reservas adaptativas que podrían utilizarse para facilitar la recuperación pueden verse reducidas si la hospitalización se prolonga. Como resultado de todo ello el buen paciente puede experimentar un amplio repertorio de problemas. Quizás pierda información valiosa que podría ayudarle en el proceso de tratamiento, o tenga dificultades en poder tomar decisiones informadas; por último, incluso puede llegar a estar en un estado físico de agotamiento.

¿Le van mejor las cosas al mal paciente? Taylor (1979) describe a este paciente como "reactante", es decir, como una persona que reacciona de forma más o menos airada a los mecanismos de desidentificación y de control del hospital, a la aparente arbitraria retirada de su libertad por el sistema hospitalario. La teoría de la reactancia propone que las personas intentan restablecer o volver a ganar las libertades que han perdido. El paciente puede reaccionar con ira básicamente porque no está preparado para la eliminación de su libertad y porque piensa que todas las restricciones que padece no tienen un propósito significativo.

Este tipo de paciente intenta recuperar el control perdido con su ingreso en el hospital, busca obtener información y ser tratado como una persona: El personal del hospital naturalmente verá estas demandas como molestas y como interfiriendo en sus rutinas; de ahí que le considere como un paciente problemático, como un mal paciente. Ciertamente el tipo de conductas asociadas a la reactancia, que el mal paciente pone en juego, puede tener consecuencias negativas para su salud. Puede rebelarse dejando de tomar su medicación, lo cual funciona en la práctica como una especie de autosabotaje. Los pacientes en estado airado experimentan una activación fisiológica que puede ir en detrimento de su recuperación (Glass, 1977). Además los miembros del equi-

po pueden ignorar a los pacientes aislados y evitar escuchar sus quejas y, por tanto, pueden pasar por alto una queja que sea significativa. (Lorber, 1975). Por otro lado, si el paciente comienza a ser ignorado la calidad del cuidado que se le otorga puede verse afectada.

Ahora bien, el mal paciente puede tener con sus conductas, ciertas ventajas sobre el buen paciente. A pesar de las reacciones negativas que provoca en el personal, y a pesar de la baja calidad del cuidado interpersonal que se le ofrece, a menudo puede estar en mejor forma física y emocional que el buen enfermo y realmente puede mejorar aprisa. Su lucha para controlar la situación puede ser una respuesta psicológicamente saludable. Si no ha perdido el control, la toma de decisiones puede ser más efectiva; además puesto que tal paciente mantiene, al menos, la ilusión del control sobre la rutina hospitalaria, el reajuste a la vida normal después del alta hospitalaria será más fácil.

Estos modos de respuesta que hemos considerado coinciden, parcialmente, con los que, basándose en los clásicos modos de respuesta de adaptación de Merton (1957) y siguiendo a Goffman (1961) identificó Coe. De hecho Coe (1973) estableció cuatro modos de respuesta a la experiencia de la hospitalización:

1. La regresión o retirada, mediante la cual el paciente intenta escapar del hospital, pero puesto que su movilidad está controlada dentro de él (a menos que decida abandonarlo "contra el consejo médico"), la retirada a de ser más psicológica que física.
2. La agresión, cuando el paciente lleva a cabo una resistencia abierta a las reglas.
3. La integración, cuando el paciente acata la mayoría de las reglas del hospital y se torna un miembro activo de la subcultura hospitalaria. El paciente integrado satisface los requerimientos de cumplimiento que le plantea el equipo hospitalario y también es capaz de restablecer una cierta identidad como miembro de tal subcultura. Esta respuesta requiere el establecimiento de pautas de interacción social extensas con otros pacientes, lo cual sólo es probable que se dé en un hospital a largo plazo, y no en el marco hospitalario a corto plazo. Puede presentarse el problema de que la integración se produzca de tal manera que el paciente no quiera dejar el hospital cuando se le dé el alta.

4. La aquiescencia, mediante la cual el paciente se conforma a la rutina de la hospitalización mientras se evalúa su situación. En un principio está tan impactado por el régimen hospitalario que permanece pasivo y cumple, insensiblemente, las demandas y las restricciones impuestas por el personal hospitalario. Es una respuesta típica de los pacientes hospitalizados, a corto plazo, en un hospital general.

Como se puede ver, los modos de respuesta que Coe identificó coinciden, parcialmente con los que encontraron Lorber (1975) y Taylor (1979). Las diferencias se deben básicamente, en nuestra opinión, al hecho de que Coe estaba siguiendo la pauta de Goffman cuyo trabajo está centrado en hospitales psiquiátricos (como "instituciones totales"). De ahí que la "integración" sea un modo de respuesta que no aparece en los análisis de los autores citados. En nuestra opinión también, la regresión y la aquiescencia son dos modos que pueden ser subsumidos en el conjunto de pautas comportamentales del "buen paciente", mientras que la agresión es claramente una pauta comportamental inherente al patrón de "mal paciente". En un estudio anterior a los citados, Karmel (1972), examinó la frecuencia y consecuencia de cada uno de estos modos de adaptación al hospital. La "conversión", o aquiescencia (conformidad con el rol de buen paciente preferido por el personal), era el más común entre los pacientes hospitalizados sólo por poco tiempo, mientras que la intransigencia era más común entre los pacientes crónicos. De forma consistente con los análisis de Goffman (1961) y Taylor (1979), Karmel encontró que los pacientes intransigentes tenían la "moral" más alta y estaban menos deprimidos, mientras que los pacientes que habían recurrido a la retirada, o regresión, situacional, tenían la moral más baja y estaban más deprimidos.

Ciertamente, como Taylor (1979) señala, cada paciente asume su papel de paciente con observancia y cumplimiento (buen paciente) o con resistencia (mal paciente), pero no hay mucha investigación que nos permita predecir cuál será la reacción de cada paciente a la hospitalización. Si la hipótesis de Taylor es correcta, la hospitalización conduce a la despersonalización y la depersonalización produce la pérdida de control; así pues, la manera en la que el individuo reacciona a la pérdida de control podría predecir cómo reaccionará a la hospitalización. Por ejemplo, los individuos con conductas de tipo A es más probable que reaccionen a la hospitalización con conductas de tipo B, más dependientes y pasivos respecto a su entorno. Un segundo elemento diferenciador, que Taylor (1979) también indica, es el nivel de expectativas que el paciente tiene respecto a la experiencia hospitalaria. Si un individuo espera

que podrá contribuir activamente a su cuidado y restablecimiento, o que va a recibir una atención personal considerable, y no es así, la reacción negativa puede ser importante. El tercer elemento diferenciador sería la percepción que el paciente tiene de la racionalidad de la eliminación de la libertad que se impone dentro del hospital. Si tal eliminación de libertad se percibe como arbitraria, aparece la reactividad, y el individuo intenta restaurar el control perdido.

De ser así, cuando el individuo anticipa la pérdida de libertad que va a sufrir, porque se le ha preparado para ello o porque ya ha sido hospitalizado antes, o cuando el paciente es capaz de apreciar la racionalidad de las limitaciones que se le imponen, podríamos predecir que sería más probable que reaccionara a la experiencia de la hospitalización con una conducta de buen paciente.

Señala, Taylor (1979) que, además de tales predicciones sobre la reacción del paciente a la hospitalización que se basan en supuestos sobre las variables de personalidad, experiencias previas y expectativas del enfermo también puede haber una pauta temporal de reacciones a la hospitalización. Esa pauta consistiría en: una reacción inicial de resistencia del individuo a la restricción de su libertad, que, con el tiempo, daría paso a una conducta de cumplimiento y conformidad. Según la autora citada, "un análisis de los datos existentes sugiere, primero, que cuando las personas son expuestas a niveles de amenaza a su libertad de corta duración y/o leves, es más probable que respondan con reactividad, mientras que la pérdida de control de larga duración y/o grave promueve la observancia y el desamparo" (1979, p. 165). Así pues, los pacientes hospitalizados por cortos períodos de tiempo y con pocas limitaciones a su libertad pueden mostrar reactividad, mientras que los pacientes que son hospitalizados durante mucho tiempo o que padecen graves restricciones de su libertad, sería mucho más probable que mostraran conformidad, sumisión y, en último término, desamparo. Pero, además, y de acuerdo con lo dicho más arriba, un paciente que al principio muestra reactividad puede eventualmente llegar a ser un paciente sumiso y conformado si sus esfuerzos por obtener información y control no producen resultados. Tales predicciones, dice Taylor, descansan en el supuesto de que el cumplimiento de buen paciente es realmente desamparo y que la ira del mal paciente es una manifestación de reactividad. Ahora bien, no se han encontrado datos a favor de tales supuestos.

Taylor (1979) sugiere que los pacientes pueden pasar de un papel a otro en el tiempo, sobre la base de una integración del modelo del desamparo con la teoría de la reactividad realizada por Wortman y Brehm (1975). De acuerdo

con la teoría de estos autores, la reacción inicial a la pérdida de control es la resistencia (es decir, la reactancia), que es reemplazada por la sumisión (es decir, el desamparo) si con el tiempo no se puede restablecer el control. Una cierta evidencia de esta secuencia temporal se puede encontrar en Baum y Gatchel (1981). Sin embargo, Raps, Jonas, Peterson y Seligman (1982) realizaron un estudio que pretendió probar directamente esta hipótesis de Taylor. Para llevarlo a cabo se midió el nivel de éxito en la ejecución de pacientes médicos hospitalizados durante 1, 3 ó 9 semanas en dos tareas cognitivas usadas por otros investigadores como índice de desamparo/reactancia; se compararon los resultados con los dos pacientes médicos ambulatorios. Las tareas fueron la solución de un anagrama por un lado, y una lanzadera manual por otro. Se evaluaron los fracasos y las dilaciones en encontrar la solución. Las puntuaciones elevadas en ambos casos representaron déficits.

Los autores justifican el uso de tareas de solución de problemas como indicador de la reactancia sobre todo por la razón siguiente: parece que la concepción del desamparo y la de reactancia como fenómenos opuestos requiere que se manifieste "de forma opuesta" en la misma tarea (Raps et al., 1982, 1037). En la medida en que la hospitalización requiere la resignación del control se pone a prueba la eficacia del paciente. Una forma de reaccionar cuando se amenaza nuestra competencia es realizar particularmente bien la tarea en la ejecución de la cual tal competencia es amenazada, por ejemplo, en la tarea de resolver anagramas. Este tipo de tareas de solución de problemas ha sido ya utilizado para evaluar la reactancia psicológica, y además, se ha apelado a la reactancia para facilitar la solución de problemas (Roth y Kubal, 1975). Por ello, Raps y sus colegas utilizan las tareas mencionadas en su investigación.

La hipótesis de Taylor (1979) era que la realización de la tarea debería incrementarse primero y disminuir después con el alargamiento de la hospitalización.

La principal dificultad que Raps y sus colegas (1982) señalaron, para verificar la hipótesis sin un trabajo piloto extenso, era la de que no se conoce el punto en el cual la reactancia da paso al desamparo. Como es obvio, ese punto podría variar de institución a institución y de individuo a individuo.

Así pues, los autores citados consideraron al menos otras dos posibilidades:

Primera, que pudiera ocurrir un efecto de desamparo aprendido "simple". Es decir, un período prolongado de hospitalización y de prolongada falta de control incrementaría la interferencia con la resolución de los problemas. Ese

efecto tendría lugar si el diseño no estableciera el punto en el que se presentara la reactividad.

Segunda, que pudiera ocurrir un efecto de reactividad "simple", es decir, un aumento en el período de la hospitalización incrementaría la facilitación de la solución de problemas. Este efecto tendría lugar si el diseño no establecía tiempo suficiente para que se desarrollara el desempeño aprendido.

El segundo propósito del trabajo de Raps y colegas era ver en qué medida la duración de la hospitalización cambiaba la vulnerabilidad a la incontrolabilidad creada experimentalmente. La mitad de los pacientes recibieron explosiones de ruido incontrolables y el resto no lo recibió mientras realizaban sus tareas.

El análisis de Taylor sugería que la incontrolabilidad extra podría acelerar la transición de la reactividad al desempeño en las tareas usadas para prueba de la hipótesis. De forma alternativa, la predicción del desempeño simple era que el pretratamiento debería hacer a los pacientes más vulnerables al desempeño con más hospitalización. La predicción de reactividad simple era que el pretratamiento debería hacer a los pacientes menos desamparados con más hospitalización. La implicación más importante de todas estas imposibilidades era que la hospitalización no sólo tiene consecuencias inmediatas sobre la conducta, sino que también tienen consecuencias inmediatas al predisponer para las reacciones a la incontrolabilidad subsiguiente.

Los resultados obtenidos confirmaron que, tal como se esperaba de acuerdo con la predicción de desempeño simple, con el incremento en la duración de la hospitalización se empeoraba la ejecución de ambas tareas para el grupo sin ruido. Además, en la medida en que la hospitalización crecía, las explosiones de ruido insuficientes pero incontrolables tenían un creciente efecto debilitante en la realización de la tarea subsiguiente. Por otro lado, los grupos mostraron diferencias en sus puntuaciones en el inventario de depresión de Beck (1967). El aumento de la hospitalización tuvo como resultado algo más de depresión. Ni el efecto de pretratamiento ni su interacción con la duración de la hospitalización fueron significativos. De acuerdo con los datos obtenidos, los autores citados indican que el desempeño es engendrado por la hospitalización. Aunque las enfermedades de los pacientes fueran resolviéndose, los déficits en la solución de problemas en los grupos "sin ruido" crecían con el tiempo pasado en el hospital y se emparejaban con los déficits producidos por los ruidos inevitables (inescapables). Además, cuanto más duraba la hospitali-

zación más susceptibles al desamparo se mostraban los pacientes después de cantidades insuficientes de ruido inevitable (inescapable), que sin embargo era insuficiente para causar desamparo entre sujetos no hospitalizados. Por el contrario, no encontraron evidencia de que la reactancia siguiera a la hospitalización (Raps et al., 1982, 1040).

En conclusión, la investigación de Raps y sus colegas encontró que cuánto más tiempo pasan los pacientes en el hospital, peor realizan las tareas que son indicadores de desamparo aprendido. Según Raps y colegas hay varias consideraciones que sugieren que los déficits observados fueron producidos por la pérdida de control y que permiten descubrirlos propiamente como expresiones de desamparo aprendido: Primera, la duración de la experiencia de hospitalización, y por tanto, de pérdida de control era un factor de distinción importante entre los grupos experimentales. Segunda, el aumento de hospitalización producía no sólo un incremento de déficits sino también un incremento en la vulnerabilidad a déficits idénticos producidos por una cantidad mínima de ruido incontrolable, lo cual sugiere que por debajo de los déficits de actuación en condiciones sin ruido subyace un proceso de desamparo aprendido producido por la hospitalización. Tercera, el incremento de la duración de la hospitalización no produce un deterioro general sino dificultades específicas con nuevos aprendizajes. Cuarta, el aumento de la hospitalización produce un incremento de la depresión (aunque en este caso concreto los pacientes no alcanzaran puntuaciones como para poder considerarlos clínicamente deprimidos).

El estudio que comentamos no encontró evidencia de que en algún momento de la hospitalización (de una a nueve semanas) los pacientes reaccionaran a la pérdida de control con reactancia psicológica (intentos para reasumir el control), por lo cual concluyen los investigadores que el papel de mal paciente puede no ser una reacción temprana a la pérdida de control. Naturalmente, esta conclusión es matizada: quizás el procedimiento empleado para detectar tal reactancia no fue el apropiado; quizás las tareas elegidas no eran tan sensibles a la reactancia como al desamparo; quizás la hospitalización previa de la mayoría de los pacientes implicara que ya habían pasado a través de la fase de reactancia. Son aspectos que futuros trabajos deberían clarificar.

En cualquier caso, creemos que los resultados obtenidos por Raps y colaboradores son importantes, porque demuestran que el hospital fuerza al paciente a perder el control de sus actividades más cotidianas y que controla usualmente, y provoca déficits muy diversos.

Es interesante subrayar que la sumisión que el hospital produce coincide con la expectativa de rol que el paciente tiene. Los estándares culturales generales, o las experiencias previas de hospitalización, le han preparado para representar el papel de paciente hospitalizado con mayor o menor eficacia. Sin embargo, las anticipaciones por sí solas no bastan para facilitar el ajuste del paciente a su papel. La socialización efectiva se producirá una vez hospitalizado. Además, el papel de paciente hospitalizado contiene dos componentes de rol diferentes: uno referido a la experiencia de estar enfermo, y otro al hecho mismo de la hospitalización. Aunque tales componentes son estrechamente interdependientes, sin embargo, frecuentemente pueden entrar en conflicto uno con el. El paciente puede luchar por sus derechos y obligaciones en respuesta a su papel de enfermo, y eso puede dificultar su acomodo al sistema social del hospital. Y al revés, un paciente que se conforma todo lo que puede con sus obligaciones y derechos como paciente, puede dejar de responder al hecho de estar enfermo de algunas maneras que serían beneficiosas para su cuidado médico.

En cualquier caso, como ha quedado suficientemente expuesto el hospital produce por su dinámica misma el tipo de "buen paciente" y además, en general, los pacientes intentan conformarse a su concepción sobre las obligaciones del rol y a sus impresiones sobre las expectativas que el personal médico y el de enfermería tiene (que son simplemente las dos caras del rol). Lo que es interesante ahora es considerar las razones que dan los pacientes como explicación para las limitaciones y restricciones que sufren en la representación de su papel.

Mauksch y Tagliacozzo (1962) establecieron tales razones y las categorizaron de la siguiente manera, por orden de importancia:

1. La creencia en que el personal médico y de enfermería están saturados de trabajo y muy ocupados.
2. La noción de la conducta apropiada y de la concepción del yo.
3. El miedo a reacciones negativas o a sanciones.
4. El sentimiento de futilidad.
5. La sumisión a la cultura hospitalaria.

La creencia en la supersaturación de trabajo del personal hospitalario es reforzada por el ambiente mismo de la mayoría de los hospitales, cuyas esce-

nas cotidianas nos transmiten una impresión de una máquina trabajando al límite de sus posibilidades. Además, ese personal es visto como un conjunto de personas que realizan tareas de dedicación a la humanidad sin importarles ellos mismos. Esa creencia influye en la actitud del paciente respecto a la consideración debida al personal del hospital. Además el paciente también es consciente de que sus peticiones entran en competencia con las peticiones de los otros pacientes, y que el tiempo que exige para él puede estar quitándose a otro enfermo ("compañero") más grave o más necesitado.

En segundo lugar, el paciente no sabe cuales son las conductas realmente aceptables dentro del rol de paciente en el seno de la cultura hospitalaria. Por tanto, el papel de "buen paciente" sirve como un modelo de conducta correcta y en consecuencia, impone restricciones.

Por su parte, el miedo a reacciones negativas y sanciones es muy explicable dada la situación de dependencia del paciente hospitalizado; además está referida a la consecución de la salud y a la salvaguarda de la vida. El paciente tiene la sensación de que el personal del hospital tiene poder sobre él, el poder de castigarle y recompensarle; es sensible a las consecuencias potenciales de tal poder y se esfuerza por obtener y mantener la buena voluntad y la aprobación del personal del hospital.

El sentimiento de futilidad tiene que ver con un cierto sentimiento de resignación del paciente, que puede pensar que "de todas formas dará igual", o que "pidas lo que pidas, o digas lo que digas no te harán caso". En cierto modo este sentimiento es potenciado por la dinámica entera del sistema social hospitalario que impone la pasividad a sus pacientes.

Al constituir el hospital una subcultura específica extraña para el paciente, este piensa que tiene que ajustarse a sus pautas culturales, de la misma forma que todos tendemos a ajustarnos a los patrones de conducta que tienen establecidos otras culturas o subculturas cuando ingresamos en ellas. Nos damos cuenta de que sólo aceptando tales pautas, podremos ajustarnos mejor y seremos aceptados por los integrantes del grupo cultural. Dicho de otra forma, toda persona trasladada de una cultura a otra sufre un inevitable proceso de aculturación.

Por último, como señalan Mauksch y Tagliacozzo (1962, 19) la consideración de estas razones por las que los pacientes se conforman a su rol, revelan

un fuerte sentimiento de compromiso moral respecto a los otros pacientes enfermos y al personal hospitalario. Este compromiso se refuerza por el intenso respeto y admiración por ese personal y por imágenes estereotipadas del hospital, en particular por la creencia de que los hospitales sufren de una carestía de personal.

Los estudios que consideran la hospitalización desde el punto de vista del paciente, se han sucedido con cierta frecuencia, a partir de la investigación que acabamos de considerar, de Mauksch y Tagliacozzo (1962) en los años sesenta.

Fundamentalmente Cartwright (1964) en Inglaterra expuso muchas áreas comunes de la vida hospitalaria con relación a las cuales los pacientes tenían problemas, gran parte de las cuales se referían a aspectos específicos de la interacción social intrahospitalaria. Por ejemplo, la rutina rígida, demasiadas caras nuevas, acertar en la elección del tipo de personal adecuado para hacerle la petición correcta, el uso de terminología técnica por parte de los médicos y el personal del hospital en general. La investigación de Cartwright (1964) confirmó que se descuidaban las necesidades psicológicas de los pacientes. Al estudiar de qué manera se podría aliviar la ansiedad de los pacientes, notó que los pacientes no podían obtener información del personal con facilidad.

En conjunto, unas tres quintas partes de los pacientes entrevistados informaron que habían tenido alguna dificultad para obtener información mientras estaban en el hospital. El 21% dijo, en respuesta a una cuestión directa, que fueron incapaces de encontrar todo lo que querían saber sobre su condición, su tratamiento o su progreso mientras estaban en el hospital. Un 5% dijo que le hubiera gustado que les hubieran explicado las cosas con mayor detalle, otro 2% dijo que no habían podido obtener la información tan pronto hubieran querido y un 13% adicional hizo otros comentarios que indicaron que no estaban enteramente satisfechos con la información que habían recibido. Finalmente, un 19% más había tenido alguna dificultad en la comunicación, puesto que no habían sido capaces de pensar en todas las cosas que querían preguntarle al médico mientras éste estaba allí y que sólo lo pensaron mucho después. Por otro lado, el 44% de los pacientes afirmó que no obtenía "ninguna" información de las enfermeras, el 40% que obtenía "un poco", y sólo el 16% afirmaba que obtenía "bastante".

Es interesante subrayar que la ausencia habitual de información al paciente practicada con cierta "intencionalidad", como ya hemos señalado, constitu-

ye uno de los elementos claves en la posibilidad de una representación u otra del papel social de enfermo hospitalizado. Pero, además, la información dada al paciente es expresión del grado de confianza con el equipo hospitalario y correlaciona claramente con él, como demostró un estudio de Wrigelsworth y Williams (1975). El elemento de confianza es constitutivo del segmento de rol que relaciona a médico-paciente. Mientras que tal elemento se mantiene en el ámbito de la consulta ambulatoria o externa, en donde hay una relación de persona a persona, aunque la información sea deficiente; sin embargo desaparece prácticamente en el marco hospitalario contribuyendo, por tanto, a modificar el papel social de enfermo previamente asumido por el paciente.

En el hospital el paciente relativamente asilado, es abandonado a sus propias fuerzas para afrontar las diferencias entre las expectativas percibidas y las reales. Esto se añade a las otras condiciones que favorecen las manifestaciones de "retirada" o dependencia de la aprobación de los demás, en cuanto respuestas realistas a la impotencia institucionalizada. La idea de Tagliacozzo y Mauksch (1972) es que, además de las expectativas que están relacionadas con la función adscrita al rol (en este caso, serían concomitantes del rol de "estar enfermo", y podrían definirse como el segmento del rol funcional del papel de paciente), existen las expectativas que nacen de los aspectos estructurales del estatus, (en este caso, consecuencias de la hospitalización, percibidas o reales, y que pueden denominarse segmentos de rol posicionales).

El estudio de los autores citados sugiere que para representar con éxito el papel (conducta de rol), un tema central es la capacidad del ocupante del estatus, de la posición social para integrar, en su propia conducta y respuestas, los diferentes componentes del sistema de expectativas que le rodean. En el caso concreto del paciente, sus esfuerzos por ser un "buen paciente", que como hemos visto se producen mayoritariamente por cumplir con sus obligaciones tal como las perciben y por esforzarse en cooperar, se ven truncados por la inadecuación del sistema de comunicaciones dentro del cual se encuentra. Así, nos encontramos con la dramática paradoja de que el propio sistema social del hospital fuerza al paciente y le exige que asuma un determinado modo de representar el papel de enfermo en su marco; por otro lado, las propias condiciones estructurales y la dinámica hospitalaria niegan la posibilidad de un cumplimiento adecuado de aquello que exigen. Es fácil ver cómo el enfermo sometido a exigencias contradictorias moduladas, además, por numerosas variables de personalidad y situacionales, puede ser víctima de un estrés específico y directamente producido por su ingreso en el marco social del hospital.

IV. EL HOSPITAL COMO ESTRESOR

A. LAS ORGANIZACIONES SOCIALES COMO ESTRESORES

En los últimos años ha habido una aparición creciente de trabajos que han proporcionado evidencia, más que suficiente, de como las sociedades, sus instituciones y organizaciones diversas tienen consecuencias estresantes para las personas que se ubican en ellas. Por ejemplo, hay datos suficiente para asegurar que el distrés psicológico se incrementa de forma lineal con la disminución del nivel de ingresos (Pearlin y Relabaugh, 1976).

Las sociedades se estratifican también de acuerdo con dimensiones de estatus y de poder. Esa naturaleza multidimensional de la estratificación ha sido reconocida como una de las fuentes de estrés, porque muy a menudo existe una inconsistencia o discrepancia entre dos posiciones sociales, sobre todo cuando, además, la inconsistencia se acompaña de aspiraciones de avance social. Igualmente los marcos ocupacionales, y su organización, segmentan contextos mucho más precisos para la consideración del estrés, lo que no quiere decir que la relación trabajo/ocupación y estrés sea una relación clara. Asimismo, la familia tiene múltiples funciones en el proceso de estrés. La lista de tópicos al respecto puede ser interminable. Baste señalar que las personas incorporadas en la corriente de la vida institucional de la sociedad pueden ser estresados como resultado de las estructuras organizacionales de estas instituciones y los cambios que normalmente ocurren dentro de ellas. Desde una perspectiva social, el estrés no es la consecuencia de la mala suerte, encuentros desafortunados o circunstancias únicas, sino que es la consecuencia del compromiso en las instituciones sociales cuyas estructuras y funcionamiento pueden engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y distrés.

Como Pearlin (1983) señala, aunque las propiedades de las sociedades y de sus instituciones pueden evocar estrés, hay que saber cómo las condiciones institucionales se incorporan a la experiencia individual que, naturalmente, es inseparable de las circunstancias sociales más amplias. Pero para entender cómo tales circunstancias penetran las vidas de las personas, debemos bajar al nivel individual. Pearlin (1983) distingue dos clases de experiencia: la crítica y la que es continua o repetida. Es probable que ambos tipos de experiencia se den dentro de los marcos institucionales de la sociedad, en gran medida porque gran parte de nuestra conducta se organiza en torno a los roles sociales importantes.

Las experiencias estresantes críticas puntuales han sido objeto de una considerable masa de investigaciones, en gran parte estimulada por la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967). Es interesante señalar que la investigación sobre acontecimientos vitales estresantes considera que el impacto estresante de los acontecimientos depende más de la calidad que de la cantidad de cambios que implican. Algunas de estas cualidades serían: el hecho de ser voluntario o involuntario, la deseabilidad de los acontecimientos y el carácter de programado o no programado del acontecimiento (Pearlin, Lieberman, 1979). Obviamente, la indeseabilidad e involuntariedad del acontecimiento supondrá su mayor carga estresante. Los acontecimientos no programados como es el caso de la enfermedad y hospitalización están asociados con el estrés de una forma importante. Las experiencias voluntarias, deseadas y programadas no parecen tener consecuencias emocionales; mientras que las involuntarias, indeseadas y no programadas sí que las tienen.

El otro gran grupo de experiencias estresantes lo constituyen las experiencias crónicas. Parece que los acontecimientos y las tensiones crónicas ejercen un impacto estresante más poderoso que los puntuales (Pearlin, Lieberman et al., 1981)

A la vista de lo dicho, y como una primera consideración, parece obvio que tanto el acontecimiento de la enfermedad como el de la hospitalización constituyen acontecimientos de cambio de vida, en el seno del sistema social y determinados por ella, hasta el punto que suponen la adopción de un nuevo rol en cada caso, y un impacto disruptivo de los demás roles representados por la persona durante su interacción social, como ya hemos dejado suficientemente expuesto.

Se trata, además, de acontecimientos puntuales, normalmente involuntarios, indeseados y no programados. Recordemos que el papel social del enfermo, tal como lo vio Parsons (1951), incluye precisamente esas características. Por tanto quedan incluidos entre los acontecimientos cuyas cualidades son productoras de estrés, y que además implican igualmente la adopción de una posición social (con su correspondiente rol) que tiene efectos estresantes. Como veremos la enfermedad y la hospitalización producen unos efectos estresantes desde una perspectiva de las molestias físicas que conlleva, que se ven potenciadas por las exigencias de los papeles sociales que el sistema ha diseñado para cada caso.

B. EL IMPACTO ESTRESANTE DE LA HOSPITALIZACIÓN

No parecen necesarias muchas investigaciones para constatar que a las personas no les agrada el tener que ser hospitalizadas a consecuencia de una enfermedad. Incluso, en una proporción considerable de casos, a las personas ni siquiera les gusta ser hospitalizada para ser sometida a alguna prueba o procedimiento diagnóstico. Los hospitales se asocian habitualmente con el dolor y con la muerte (quizás como reminiscencia de su historia). Su atmósfera suele tener algo de amenazante. En general los hospitales parecen constituir lugares poco agradables y la hospitalización puede considerarse como un acontecimiento estresante.

Podemos preguntarnos qué características del hospital y de la hospitalización son las que los hacen distresantes. El objetivo de este capítulo es precisamente contestar a eso pero, antes de entrar en el tratamiento sistemático del problema, queremos considerarlo de una forma más general.

En primer lugar no hay que olvidar que la persona está enferma ya previamente a su ingreso en el hospital y que el período de enfermedad sufrida o sospechada, reduce la resistencia del individuo ante el aumento suplementario de estrés vital que supondrá la hospitalización. A menudo es un agravamiento más o menos súbito de la enfermedad que puede ser alienante y desorientador, el que hace necesaria la hospitalización, cuando la fatiga y la capacidad de afrontamiento disminuida no es la condición ideal para enfrentarse con la hospitalización.

Como señala Taylor (1986), el hecho de estar enfermo produce cambios en la relación que el paciente tiene con su cuerpo: hay una sensación de escisión mente-cuerpo, y parece como si el cuerpo hubiera escapado de nuestro control y funcionara por sí mismo. Por otro lado, se producen cambios en el entorno social y el enfermo puede sentirse aislado y lejos de los demás. La preocupación por nuestro cuerpo, el registro de los síntomas, la confusión sobre el presente y la incertidumbre sobre el futuro, socavan nuestra capacidad para actuar propositivamente, para sentirnos competentes, para tomar decisiones. Además estos aspectos de la enfermedad están acompañados por emociones negativas como ansiedad, miedo o depresión (Leventhal, 1975). Y, naturalmente, la situación empeora cuando la misma enfermedad ha ocurrido facilitada por factores psicosociales distresantes previos.

Así pues, el paciente llega al hospital con ansiedad y/o depresión derivada de su estar enfermo, con la perspectiva de una agravación de su enfermedad y con todas las obligaciones de sus diferentes roles sociales que dejará sin cumplir. Cualquiera que halla tenido una experiencia hospitalaria, o cualquiera que halla tenido la experiencia vicaria, puede comprender fácilmente que los procedimientos de admisión más usuales hacen muy poco probable que los incrementen (Franklin, 1974). Los procedimientos de admisión dejan bien claro cuales son las prioridades del personal del hospital. Normalmente producen más preocupación que tranquilidad. En muchos hospitales se coloca al enfermo inmediatamente una pulsera de plástico blando en el que va inscrito su nombre (y algunos datos de identificación, en ocasiones) que permitirá que el personal pueda comprobar su nombre con una simple ojeada sin necesidad de preguntar. En muchas ocasiones, ni siquiera se usa el nombre de la persona, tan solo el problema ("el apéndice de la 508", por ejemplo). Esto puede llevar al paciente a concluir que sus procesos intelectuales no tienen ninguna importancia. De hecho, y como ya se ha comentado, todas las características que son usualmente identificadores sociales de la persona, se ven anuladas en el hospital (ropas, caracteres profesionales, objetos de adorno, etc.).

El ingreso habitualmente es dirigido por un personal administrativo y distante que pregunta por la orden de ingreso, la tarjeta del seguro o la forma de pago, y datos de identificación sociodemográfica en el mejor de los casos. En los ingresos de urgencia (y en algunos hospitales en todos los casos) el paciente debe vestir el camión o pijama reglamentario, de forma que se torna en uno más entre otros muchos iguales. No hace falta referir las condiciones del ingreso en el hospital a través del servicio de urgencia, para poder entender que el ingreso en el hospital supone un incremento de la mala situación psicológica en que llega el individuo. Además el enfermo es casi inmediatamente sentado en una silla de ruedas, o acostado en una camilla o en la cama correspondiente. Esta es una rutina que señala que el hospital prefiere que el enfermo comience a cumplir su papel de "buen enfermo" lo antes posible. Después será acomodado en una habitación extraña (pero igual a todas las demás del hospital), en compañía de otro (u otros pacientes) desconocidos hasta ese momento, pero que en adelante van a situarse en el círculo de su vida privada. El enfermo ve desaparecer totalmente su mundo privado e íntimo, y se torna totalmente accesible a un conjunto de personas completamente extrañas para él, que le someten a pruebas y análisis peculiares, sobre los que el enfermo no tiene ninguna información y cuyos resultados probablemente nunca conocerá; además debe confiarse porque su salud, y en muchas ocasiones, también su vida, dependerá de ellos.

El paciente hospitalizado aprende pronto que el hospital está organizado más para conveniencia del personal que para la atención del enfermo. El hecho de que muchos de estos procedimientos sean aceptados (obligatoriamente) por el paciente en el momento del ingreso, aunque sea tácitamente, apunta el hecho de la renuncia que hace de su iniciativa, sus derechos y, por supuesto, de su reclamación activa. El paciente aprende, también, que sus pensamientos y emociones no interesan demasiado; que son los síntomas corporales los que tienen la mayor importancia y que sus necesidades se verán mejor atendidas si pueden traducirse o comunicarse como físicas. Con todo ello, no es extraño que encontremos en los pacientes hospitalizados problemas psicológicos, especialmente ansiedad y depresión, que pueden verse potenciados si se van a sufrir pruebas específicas o cirugía. Por otro lado, hay muchos procedimientos hospitalarios que aíslan al paciente del contacto social y/o que lo inmovilizan en un entorno sin cambios (por ejemplo pacientes en unidades de cuidados intensivos, o de cuidados coronarios) lo que puede producir efectos negativos importantes.

Durante el tiempo de su hospitalización, en fin, el paciente recibe una atención muy fragmentada. El personal del hospital es muy diverso y el enfermo no tiene información sobre quién es quién, que diferencias existen entre el personal o cuáles son las jerarquías. Todos pasan ante él en algún momento del día pero nunca parecen tener tiempo para nada, más que para someterlo a las manipulaciones necesarias, interrogarle sobre algún aspecto, remitiendo sus preguntas a otra persona, y, en último caso, al médico. Éste suele pasar sus visitas en muy breves instantes sin dar tiempo a que el paciente pueda hacer otra cosa, salvo contestar a sus preguntas (las del médico) sin poder formular, a su vez, las suyas si es que las recuerda.

En general y a primera vista, la hospitalización constituye un acontecimiento vital estresante. Además es un cambio de vida estresante que, como ya hemos dicho, puede sumarse a otros cambios de vida estresantes debidos a la enfermedad que pueden haber contribuido a la hospitalización misma. Así, por ejemplo, Northup y Weiner (1984) encontraron una relación significativa entre la hospitalización, los cambios de vida recientes y la capacidad para afrontar el asma. Su estudio estableció una alta correlación entre la hospitalización y la gravedad del asma, y también con los cambios de vida debidos al asma.

A pesar de esta relativa evidencia se han realizado relativamente pocos estudios sistemáticos de las respuestas emocionales al ingreso en el hospital. En

1964 Hugh-Jones, Tanser y Whitby, estudiaron a 275 pacientes admitidos en un hospital docente de Londres, y encontraron que el tipo de preocupaciones que los pacientes expresaron fue muy heterogéneo, en una gama que iba desde miedos específicos a algunos tratamientos hospitalarios hasta preocupaciones sobre sus empleos. Los hombres mostraron mayores preocupaciones sobre problemas extrahospitalarios que las mujeres. Franklin (1974) midió la ansiedad en pacientes hospitalizados y trató de establecer su relación con la calidad del cuidado ofrecido por las enfermeras. Midió la ansiedad utilizando el Test de Ansiedad-Rasgo de Cattell. La calidad del cuidado se midió por la opinión de los pacientes sobre el tema y por cuanta información se les dió en el momento del ingreso. Aunque esta relación pareció confirmarse, hay que tomar en consideración que las dos variables sujetas a estudio estaban contaminadas. Los que estaban más ansiosos y deprimidos tendían a ser más críticos y ver su mundo con un mayor pesimismo. En cualquier caso, como causas más importantes de la ansiedad se establecieron: "No saber lo que me espera" (32%), preocupación por la intervención quirúrgica (31%), preocupación por la anestesia (18%), preocupación por la familia (11%), y disgusto general por el hospital (8%).

A finales de los setenta, Wilson, Barnett y Carrigy (1978) registraron las reacciones emocionales de los pacientes en una sala general, desde su ingreso hasta el momento del alta ($n = 202$). Las puntuaciones en ansiedad y depresión fueron más altas en las 24 horas siguientes al ingreso que la media durante su estancia. No se encontraron diferencias significativas en sexo y edad. Los informes diarios de los pacientes se registraron y con ello fue posible una descripción longitudinal del ajuste, definido en términos de pérdida de las relaciones emocionales iniciales. Se demostró una relación directa importante entre los rasgos emocionales y el tiempo de ajuste.

Otra manera de acceder a las consecuencias negativas de la hospitalización es a través de las encuestas de opinión a los pacientes. El estudio clásico en este área es el de Cartwright (1964) que describió muchas de las áreas básicas de queja de los pacientes: ruidos, molestias nocturnas, toses u otros aspectos molestos de otros enfermos, rutinas rígidas, demasiadas caras nuevas, desconocer el tipo adecuado de enfermera o auxiliar para la pregunta correcta, uso excesivo de "jerga" médica, excesiva terminología técnica. Cartwright ya indicó que los pacientes no podían resolver estos problemas con facilidad. Los pacientes más jóvenes eran más críticos que los más viejos. Este resultado fue confirmado por Raphael (1969), en un estudio sobre 1.300 pacientes de salas generales que estableció también que los jóvenes y las mujeres eran

más críticas que los hombres y por el estudio de Volicer y Bohannon (1973) en Estados Unidos.

Wilson-Barnett (1976) llevó a cabo una investigación sobre una población de 200 pacientes de salas médicas de 2 hospitales para establecer qué elementos o acontecimientos de su estancia en el hospital eran valorados positivamente y cuáles eran valorados negativamente. Los principales hallazgos de Wilson-Barnett fueron inequívocos y apoyan los hallazgos de otros estudios. Los pacientes dieron más respuestas positivas que negativas al preguntarles sobre una larga lista de aspectos relacionados con su estancia en el hospital. Esto implica que los pacientes tenían sentimientos y actitudes generalmente positivos hacia los acontecimientos de la sala. Por otro lado las mujeres dieron más respuestas negativas que los hombres. Podría considerarse más socialmente aceptable para las mujeres expresar emociones tales como el miedo o la infelicidad que para los hombres quienes han sido socializados para no expresar tales emociones. Podría, sin embargo, ser un reflejo de una mayor morbilidad psiquiátrica y propensión a la depresión entre las mujeres o la posibilidad de que las salas médicas de mujeres tengan una atmósfera más deprimente o distresante (Wilson-Barnett, 1979, 37-38).

El hecho de que los pacientes más jóvenes diera respuestas más negativas confirma muchos de los resultados de los estudios previos. Sugiere que sus actitudes de preocupación y crítica incrementadas denotan un papel más asertivo como pacientes (Wilson-Barnett, 1979).

Una cuarta parte de lo pacientes entrevistados mencionaron sentimientos de incomodidad por no tener información respecto a sus progresos o a su papel y a lo que se esperaba de ellos en ciertas situaciones.

En el estudio mencionado de Wilson-Barnett y Carringy (1978), los objetivos eran los siguientes:

1. Explicar cuándo ocurren reacciones emocionales durante la estancia del paciente en el hospital y sobre qué aspectos de la vida hospitalaria influyen
2. Examinar qué tipos de pacientes reaccionan a qué tipo de vida hospitalaria.
3. Indicar con precisión qué pacientes es más probable que experimenten en su mayoría sentimientos de ansiedad y depresión.

Doscientos dos pacientes fueron entrevistados diariamente usando dos instrumentos: uno para registrar el estado de ánimo, el otro para registrar sus respuestas a los acontecimientos hospitalarios.

El primero era una lista de adjetivos sobre estados de ánimo y el segundo una lista de ítems que se había demostrado previamente que producían reacciones "negativas" (Wilson-Barnett, 1976). Además, cada paciente completó un cuestionario de personalidad, para establecer sus rasgos de emocionalidad y extroversión y ver su posible relación con los otros factores (Wilson-Barnett y Carringy, 1978).

Las puntuaciones en emocionalidad se correlacionaron con las de enfermedad. Los pacientes en las categorías de psicossomático, infeccioso y neoplásico tenían puntuaciones medias más altas. Además, se preguntó a los pacientes como se sentían acerca de su condición y progresos y se calculó la proporción de respuestas negativas.

El 86'1% de los pacientes dio al menos una respuesta negativa. El 44'8% expresó preocupaciones de orden familiar, sobre todo en el caso de los pacientes de mayor edad y hombres. El 29'5% de los comentarios fue claramente negativo.

A despecho de los sedantes nocturnos, los pacientes informaron que habían pasado alrededor de un 36'2% de las noches con molestias. Los más susceptibles a las perturbaciones nocturnas eran de los pacientes con alta emocionalidad, las mujeres más jóvenes, o los pacientes con un nivel superior de clasificaciones socioeconómicas. Hubo un cierto ajuste a la vida hospitalaria.

También los de alta emocionalidad eran los que informaron más sobre emociones negativas y los que era más probable que hicieran comentarios negativos mientras se encontraban en el hospital y se encontró una mayor vulnerabilidad de las mujeres más jóvenes a la ansiedad y la depresión en la vida cotidiana.

En suma, los siguientes pacientes informaron de niveles más altos de ansiedad y/o depresión durante su estancia.:

1. Pacientes mujeres menores de 40 años.
2. Pacientes ingresados para investigación.

3. Pacientes que sufrían desórdenes neoplásicos, infecciosos o desconocidos.
4. Pacientes que tendían a sentimientos de ansiedad y de presión, tal como indicaba el inventario de personalidad.

El efecto estresante de la hospitalización parece tener, además, manifestaciones fisiológicas concomitantes. Varios estudios han identificado desde los años sesenta cambios físicos mensurables asociados a la hospitalización, Mason y sus colaboradores (1965) encontraron que los sujetos de ingreso reciente exhibían un incremento en los niveles de corticosteroides en orina, disminuyendo hasta niveles normales durante la primera semana de hospitalización. En 1968, Pride estableció que los pacientes tenían unos elevados niveles de potasio en la orina en el día de ingreso comparados con los obtenidos en el segundo día de hospitalización; además, el descanso era mayor entre sujetos que recibieron una intervención experimental por parte del personal de enfermería, diseñado para reducir el estrés de la hospitalización. Volicer (1978), utilizando su Escala de Estrés Hospitalario (Hospital Stress Reating Scale), estudiaron los cambios en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea durante la hospitalización entre pacientes con un problema cardíaco no conocido y encontraron correlaciones significativas entre estos parámetros y las puntuaciones obtenidas en la Escala de Estrés Hospitalaria. Las correlaciones fueron en la dirección prevista en la hipótesis de que el incremento del estrés tiende a incrementar la presión sanguínea y la tasa cardíaca. El mismo instrumento fue utilizado para encontrar una correlación entre niveles de estrés por hospitalización y las autoevaluaciones de los pacientes en cuanto a dolor y a estado físico, con resultados positivos (Volicer y Volicer, 1978).

Así pues, existe una evidencia creciente que sugiere que la hospitalización produce estrés variable y mensurable y que está asociado con cambios fisiológicos observables que se presume que son concomitantes del estrés psicológico. Igualmente, la relación entre el estrés y los efectos psicológicos, así como con efectos fisiológicos negativos, ha sido suficientemente establecida como para tener que insistir más en ello.

No sólo se producen respuestas de ansiedad y depresión a la hospitalización sino que, entre otras, hay que considerar la ira, la irritación, que puede manifestarse de forma expresa o que puede quedar implícita y desplazarse a otros objetivos, o incluso dirigirse contra el paciente mismo en una especie de autoagresión oculta. Como ya ha habido ocasión de comprobar, el hospital ofrece muchos aspectos que pueden incitar a tal tipo de respuestas.

C. FUENTES DE REACTANCIA EN EL PACIENTE HOSPITALARIO

Al paciente hospitalario se le retiran muchas libertades cuando ingresa en el hospital. En algunos casos hay un fundamento médico, tal como el de un paciente con una pierna rota al que se le prohíbe ponerse de pie, o al del paciente que se está alimentando por vía intravenosa al que se le ordena guardar cama. Otras libertades se retiran para proteger a las libertades de otros pacientes, las posibilidades de que el equipo hospitalario haga bien su trabajo y que el hospital funcione. Por ejemplo, se limitan las horas de visita, se limitan los lugares por donde pueden pasar los pacientes y también las horas; se ruega, muy encarecidamente, que no se tomen bebidas alcohólicas, que no se fume, o que no se coman ciertos alimentos, o se prohíben; las luces y las televisiones o radios se apagan a ciertas horas fijas. Muchas de estas restricciones de la libertad tienen una base racional poco clara para el paciente que está aburrido, sediento, hambriento y generalmente inquieto.

Esta amenaza a la libertad rara vez cuenta mucho por ella misma pero cuando se combina con el contratiempo de estar enfermo, puede crear un problema de manejo. El paciente ya se siente enfermo por la enfermedad. Ha tenido que suspender las actividades normales, algunas de las cuales hubiera preferido no dejar para llevar a cabo el tratamiento. La naturaleza de la enfermedad misma puede exacerbar la irritabilidad del paciente y su inclinación a criticar duramente a la autoridad, si requiere más restricción de la libertad. Puede haber planeado unas vacaciones que ahora se han ido por la borda. Como el paciente está en la cama, es fácil meditar en todas las cosas que le gustaría hacer y no puede. Así la inmovilidad es una fuente continua de frustración porque no sólo es un impedimento para hacer las cosas que uno desea hacer, sino que deja al paciente mucho tiempo para pensar en ello. Un paciente tal a menudo se torna destemplado, con mal genio.

En ocasiones el personal trata al paciente irascible con una condescendencia bien humorada, o la ignora. El proverbial tratamiento de "buen chico" o "mala chica" funciona poco y mal para aplacar a un paciente que ya se siente molesto y dañado. Para tales pacientes, la infantilización puede empeorar las cosas. Si se añade a esto que no recibe mucha atención o información sobre el cuidado, podemos tener un paciente airado. Una queja común de los pacientes es que sus peticiones no son bien recibidas. Los pacientes son irritados por el personal de enfermería "que no los trata como personas", que "hacen que te sientas como si estuvieras a su merced", y "que te considera sólo como un caso" (Tagliacozzo y Mauksch, 1972).

Vale la pena mencionar aquí la reactancia (reacción airada contra la abrupta y aparentemente arbitraria retirada de libertades). A un nivel menos problemático la reactancia en el hospital puede manifestarse como pequeños actos de motín -piropear a las enfermeras, beber alcohol en la habitación, fumar contra el consejo del médico, vagabundear por las salas arriba y abajo-, incidentes que irritan al personal de enfermería y de custodia, pero que raramente produce un daño real. Sin embargo los pequeños actos de motín pueden acabar siendo de auto-sabotaje como dejar de tomar la medicación que es esencial para recuperarse, o realizar actos que potencialmente pueden tener consecuencias fatales. El equipo médico y hospitalario puede contribuir inadvertidamente a esta reactancia dejando de tratar a los pacientes como adultos, dejando de tomar en serio sus peticiones y dejando de explicar directrices y reglas aparentemente arbitrarias.

Un estudio reveló que los "pacientes problema" realmente corrían riesgos en manos del personal. Lo más probable es que el personal tratara con estos pacientes medicándolos, ignorándolos, remitiéndolos a un psiquiatra y -en algunos casos- dándoles de alta prematuramente. Estos pasos era más probable que ocurrieran si las quejas del paciente eran percibidas como desproporcionadas respecto de la enfermedad (Lorber, 1975).

La incidencia de la ira entre las personas hospitalizadas puede ser subestimada. Posiblemente las auténticas reacciones emocionales pueden ser enmascaradas por el estrés de la crisis. Durante la fase aguda de la enfermedad, el miedo a estar seria y verdaderamente enfermo puede hacer que incluso el paciente más airado sea el más sumiso. Después de la crisis, sin embargo, el paciente puede tener muy diferentes reacciones. Puede enfadarse sobre lo que se hizo sin explicaciones adecuadas. Puede desear que haya una elección en el tratamiento. El paciente puede considerar el tratamiento como apresurado y no de ayuda.

En suma, aunque pocas personas son hospitalizadas por más de unos pocos días en una ocasión, el impacto psicológico de la hospitalización puede ser sustancial. Los pacientes que son hospitalizados a menudo están muy temerosos y desorientados por su enfermedad. Encima de esto, pueden reaccionar contra lo que perciben como el entorno despersonalizante del hospital. Aunque el personal intente socializar al paciente para que adopte al papel de paciente pasivo, los pacientes pueden encontrar este papel distresante. Algunos pacientes se conducen bien, pero realmente esconden miedos sobre su enfermedad y su tratamiento que no se sienten libres de expresar. Otros pacientes llegan a estar irritados y realmente interfieren en su propio tratamiento, dando pie a posibles riesgos de salud (Taylor, 1986).

D. PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LOS EVENTOS ESTRESANTES ASOCIADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN

Volicer (1974) ha comparado el orden en que 45 acontecimientos asociados con la experiencia de la hospitalización, eran calificados en puntos por una muestra de 47 pacientes hospitalizados, en el orden en que previamente habían sido calificados por una muestra de 216 individuos no hospitalizados (Volicer, 1973).

Se encontró un alto grado de consenso no sólo entre las puntuaciones dadas por los dos grupos de muestras, sino también entre las dadas por pacientes en salas quirúrgicas, médicas y de oncología.

Como en el estudio previo, el consenso en la puntuación era muy superior para los ítems de alto estrés que para los de bajo estrés. En ambos casos algunas veces los sujetos se quejaron de que algunos ítems en la lista, particularmente ítems que eran puntuados relativamente bajo en términos de estrés, eran difíciles de puntuar. Se permitió a los sujetos rechazar ítems para los que no podían asignar puntuaciones. Los ítems rechazados relativamente a menudo no fueron incluidos en la lista final.

A causa del pequeño tamaño de la muestra, las diferencias en magnitud de las puntuaciones asignadas a los eventos no pudieron ser estudiadas adecuadamente. El primer estudio había indicado algunas diferencias con respecto a variables demográficas y otras características de experiencia de hospitalización previa. Puesto que lo que tiene un interés primario es la ordenación de los acontecimientos más que la magnitud real de las puntuaciones asignadas, y puesto que algunos sujetos expresaron dificultad en asignar puntuación, el autor opinó que el desarrollo final del instrumento debería usar la ordenación de los acontecimientos, sin requerir la asignación de puntuaciones reales.

Es interesante anotar que los cuatro acontecimientos que se ordenaron primero como más estresantes fueron:

1. La posibilidad de pérdida de función de algún órgano y/o función.
2. El ingreso a causa de una enfermedad que amenaza la vida.
3. La mala experiencia previa con medicaciones.
4. El seguro inadecuado para cubrir la hospitalización.

Subrayamos que el único acontecimiento que tiene que ver con la hospitalización como algo estresante de por sí, es el 4, y que precisamente, se trata de un acontecimiento "socio-económico", y no de "salud". De hecho, ítems relacionados con "problemas financieros" son clasificados en los lugares 5, 7 y 11 (entre 45) por la muestra hospitalizada, y en los 4, 6 y 7 por la no hospitalizada.

Las explicaciones inadecuadas del tratamiento y del diagnóstico, tienen las posiciones 13 y 9 para la muestra hospitalizada y las posiciones 10 y 8. Ítems que tienen que ver con la hospitalización como acontecimiento estresante son:

- Seguro inadecuado para cubrir hospitalización	5
- Ingreso para cirugía.....	8
- Financiación inadecuada para la familia durante la hospitalización.....	11
- Abandonar el hogar	12
- Presencia de un compañero de habitación gravemente enfermo.....	14
- Aislamiento por condición contagiosa	15
- Actitud despreocupada del personal del hospital.....	17
- Separación del esposo/a, que queda en el hogar.....	18
- Dejar niños que dependen del paciente en el hogar.....	20
- Hospitalización a considerable distancia del hogar.....	21
- No tener visitas.....	27
- Experiencia previa de hospitalización	18
- Fiesta o especial ocasión familiar durante la hospitalización	31
- Cambio en la suma de conducta independiente	32
- Cambios importantes en los hábitos de comida	33
- Estar al cuidado de un médico no conocido	34
- Cambios importantes en los hábitos de sueño	35
- Dejar el trabajo.....	36
- Problemas de lenguaje en la comunicación con el personal.....	37
- Presencia de máquinas o ingenios mecánicos no familiares.....	38
- Aislamiento de los amigos	39
- Cambios en la intimidad.....	41
- Cambio de la interacción con otras personas.....	42
- Cambio en el conocimiento de los acontecimientos locales o mundiales	44
- Tener que dejar la escuela.....	45

Volicer y Bohannon (1975) desarrollaron una escala para medir la cantidad de estrés psicosocial experimentado por un individuo cuando se le hospitaliza como paciente médico/quirúrgico por corto tiempo, de manera que tal medida de estrés se puede evaluar como predictor de varios criterios del éxito o rapidez de la recuperación de la enfermedad.

Estos autores parten de la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967), tomando del trabajo de los últimos la metodología para la construcción de una escala que mida el estrés experimentado por los pacientes hospitalizados. Después de recoger una lista de acontecimientos potencialmente estresantes relacionados específicamente con la experiencia de la hospitalización, Volicer y Bohannon pidieron a los pacientes que puntuaran tales acontecimientos con relación a un estándar de la misma manera que Holmes y Rahe lo hicieron; después ordenaron los acontecimientos según las puntuaciones medias obtenidas mediante este procedimiento. En segundo lugar, la escala proporciona una medida del estrés vital, que puede usarse como una medida en línea base de los pacientes en el momento de ingresar en el hospital. La escala de Volicer y Bohannon se construía para medir el estrés de los pacientes en ocasión de la hospitalización y determinar si esa medida podía predecir con éxito resultados como la duración de la hospitalización, la incidencia de complicaciones, el dolor (en cuanto los pacientes informaban de él) o el uso de medicamentos para el dolor. Pero, como es obvio, cada paciente llega al hospital con experiencias o acontecimientos que suponen estrés vital, a los que se sobrepone el "estrés hospitalario". Por ello, el uso de la Escala de Reajuste Social simultáneamente con la Escala de estrés hospitalario, permite evaluar la importancia relativa de estos dos tipos de estrés en varios parámetros de resultado de la enfermedad.

Para desarrollar una lista de ítems que serían utilizados para el procedimiento de puntuación de estrés, Volicer y Bohannon, usaron los 45 ítems ya utilizados por Volicer en dos estudios anteriores (Volicer, 1973; 1974), sustituyendo muchos de ellos por una lista de ítems que pretendían describir acontecimientos más específicamente. Los ítems finales tenían que cumplir las siguientes condiciones que se consideraban deseables:

1. El acontecimiento debería ser experimentado comúnmente por los pacientes hospitalizados.
2. Los pacientes deberían experimentar el acontecimiento al día siguiente o en los días siguientes después del ingreso en el hospital.

3. La probabilidad de experimentar el acontecimiento no debería ser dependiente de la seriedad de la enfermedad.
4. El acontecimiento debería ser lo suficientemente específico como para que un paciente pudiera determinar fácilmente por sí mismo si lo había experimentado o no.

La escala resultante contenía 49 ítems y se pidió a 261 pacientes médicos y/o quirúrgicos en un hospital general que ordenaran los 49 ítems según su valor estresante relacionado con la experiencia de la hospitalización, del más al menos estresante. En general, los pacientes mostraron un alto grado de consenso en su ordenación de los ítems.

En los estudios previos Volicer (1973; 1974) había observado que los acontecimientos que pueden ser afectados directamente por la conducta del personal hospitalario, tales como "no decirme cuál es mi diagnóstico", "no saber los resultados o las razones del tratamiento", "no encontrar respuestas a las preguntas dirigidas a médicos o enfermeras", "los médicos y enfermeras siempre tienen demasiada prisa", fueron colocados relativamente altos en la jerarquía estresante. Esos resultados fueron confirmados por los obtenidos en el estudio de Volicer y Bohannon (1975). Lo que indica que algunos aspectos de la experiencia de la hospitalización que son percibidos como estresantes por los pacientes están relacionados, de una forma significativa, con una falta de comunicación o de comunicación de información por parte del personal del hospital. Hay que subrayar que estas experiencias eran valoradas como mucho más estresantes que los problemas relacionados con la comida o el dormir en el hospital, u otros inconvenientes de la situación física. Volicer y Bohannon (1975) encontraron en la escala 9 factores:

1. Falta de familiaridad con los elementos del entorno.
2. Pérdida de independencia.
3. Separación de la esposa.
4. Problemas financieros.
5. Aislamiento de otras personas.
6. Falta de información.

7. Amenaza de una enfermedad grave.
8. Separación de la familia.
9. Problemas con la medicación.

En España, López-Roig y colegas (1990) han estudiado las propiedades psicométricas de la escala de Volicer y Bohannon adaptada a población española, y han evaluado qué acontecimientos asociados a la enfermedad, a la hospitalización y a la intervención quirúrgica son estresantes para los pacientes, encontrando resultados muy similares.

Por otro lado, la hospitalización que implica habitualmente el hecho de colocar al paciente en una cama y esperar que mantenga un papel pasivo, es un acontecimiento regresivo por naturaleza. Dado que se produce de hecho una regresión física y comportamental, se facilita la regresión psicológica. El paciente hospitalizado regresa temporalmente a modos infantiles de conducta, cuando sus defensas, conflictos, pensamiento y relaciones con los demás eran más primitivos, menos discriminantes y menos orientados hacia la realidad. Esto hace que sus miedos psicológicos sean más reales y más difíciles de manejar.

V. UN MODELO EXPLICATIVO

De acuerdo con el modelo que ha construido Taylor (1979; 1982), este tipo de consecuencias negativas del hospital y de la hospitalización se producen, específicamente, porque los pacientes experimentan sentimientos agudos de pérdida de control cuando se enfrentan a la compleja máquina burocrática de la organización que debería satisfacer sus necesidades, al menos en teoría. Tales sentimientos pueden, a su vez, engendrar desamparo o reactividad como ya tuvimos ocasión de exponer y una u otra clase de respuestas pueden producir ansiedad y/o depresión, por un lado, e ira, por otro.

Ciertamente Taylor ha construido su modelo para todas las organizaciones de servicios humanos aunque, como parece obvio, el hospital es un ejemplo importante de un conjunto de reglas burocráticas en las cuales pocos cambios se pueden hacer, si es que se puede hacer alguno, para cumplir las necesidades individuales. El hospital actual es un producto de tremendos avances técnicos que, inevitablemente ha conducido al desarrollo de muchas de las características impersonales e impersonalizantes de los grandes sistemas burocráticos de la sociedad postindustrial.

El formidable incremento en los servicios "técnicos" que el hospital ofrece a sus pacientes no se ha producido sin verse acompañado de bastantes problemas. Una de las áreas quizás más afectadas es, precisamente, el cuidado -y no la cura- del paciente.

Es interesante señalar que las estructuras burocráticas de la sociedad actual parecen estar asociadas con una variable de personalidad que fue denominada "impotencia" por Seeman (1959).

Desde una perspectiva claramente sociológica, Seeman (1959) consideraba la impotencia como una variante de alienación. De hecho, señalaba cinco dimensiones de la alienación, que es interesante ver:

1. La impotencia. Expectativa o probabilidad, experimentada por el individuo, de que su propia conducta no puede determinar la ocurrencia de los resultados, o refuerzos, que busca.
2. La falta de significatividad. El individuo no tiene claro qué debería creer, cuál es el sentido de los acontecimientos.

3. La falta de normatividad. Alta expectativa de que se requieren conductas socialmente no aceptadas para alcanzar unas metas dadas.
4. El aislamiento. El individuo da valor bajo a las metas que son típicamente valoradas en alto grado en la sociedad.
5. La auto-enajenación. Incapacidad del individuo para encontrar recompensantes las actividades que le afectan.

Es fácil ver que la mayoría de estas dimensiones coinciden con la negación de alguno de los recursos de afrontamiento que expusimos en el capítulo anterior. La idea de alienación tiene, como es sabido, referencias psicológicas y sociales. Psicológicamente refiere un estado de la mente. Sociológicamente refiere un fallo en la estructura cultural que ocurre particularmente cuando hay una disfunción aguda entre normas y metas culturales (Merton, 1957). De alguna forma, cabe pensar en la alienación como en un factor aglutinante de una parte de los recursos de afrontamiento. Manderscheid (1981) precisamente ha utilizado la hipótesis de la alienación como un modo específico de afrontamiento del estrés vital. Idea, por otro lado, muy sugerente.

Considerada como un rasgo de la personalidad, la impotencia era utilizada por Seeman (1959), prácticamente como una variante del concepto de alienación. Se refiere al juicio que el individuo tiene de su grado de control sobre los acontecimientos. Este juicio o expectativa del individuo está estrechamente relacionado con la teoría de Rotter sobre el control de refuerzos interno o externo a la que ya nos hemos referido. De hecho, Seeman se refirió a la escala original de Rotter en lo que llamó Escala de Impotencia y la definió como la creencia en el control interno como una expectativa de que su propia conducta determina si alcanza o no la meta, mientras que la creencia en control externo es la expectativa de que la suerte, el destino, otros, o el azar, determinan si alcanzamos o no nuestras metas deseadas.

Por otro lado, Seeman y sus colaboradores dirigieron una serie de estudios que demostraron una relación entre la impotencia y el aprendizaje de la información que se necesita para el control. En un primer estudio, Seeman y Evans (1961) encontraron que pacientes masculinos de tuberculosis que puntuaban bajo en la escala de impotencia, puntuaban significativamente más bajo en un test de conocimientos acerca de la tuberculosis que un grupo emparejado que había puntuado por encima de la media en la escala de impotencia.

A despecho de su amplia utilización en el análisis de la escena social, el concepto de alienación se usa comúnmente para el análisis de la conducta en marcos organizacionales-formales, y en particular es un concepto relevante para entender el papel social del paciente hospitalizado. El efecto de las características objetivas y de la posibilidad de la impotencia impuesta situacionalmente no ha sido considerada de una forma central, en muchas investigaciones. El hospital representa un microcosmos de los rasgos alternativos que se discuten en la literatura.

Los marcos hospitalarios, como en parte vimos, contienen importantes elementos del modelo llamado "sociedad de masas": bajo control de nuestro propio destino, altos niveles de confianza en los expertos especializados; autoridad burocrática; y pérdida de lazos con la comunidad. La impotencia se podría definir, desde lo que venimos viendo, como una variable situacional, como el grado en que el paciente siente que no tiene control sobre su entorno inmediato. Naturalmente el concepto de impotencia también tiene una relevancia sociológica. Las condiciones objetivas influyen el grado de realismo implicado en la respuesta del individuo a su situación. Así pues, para entender la influencia de la impotencia en la respuesta del individuo a la hospitalización, debemos considerar ambos factores: la impotencia de rasgo y la impotencia situacional.

Seeman y Evans (1961) estudiaron a un grupo de 86 pacientes de tuberculosis de 38 salas en 10 hospitales para tuberculosis de Ohio. Los tres puntos principales del estudio eran: 1) El conocimiento objetivo del paciente sobre su enfermedad; 2) La manera en la que la conducta del paciente reflejaba ese conocimiento; y 3) Las actitudes de los pacientes acerca del proceso de información.

Los investigadores dividieron las salas en estratificadas, alta y baja. La alta estratificación refería, esencialmente, una alta concentración del poder y del prestigio en la cima de la jerarquía de estatus de la sala. Por eso la información acerca de la enfermedad era difícil de obtener en comparación con las salas de baja estratificación. Los resultados confirmaron una estrecha relación entre los altos niveles de alienación y un nivel bajo de obtención de información. Se encontró que los más alienados tenían puntuaciones en el test de conocimientos objetivos significativamente más bajas que los de su grupo de control que tenían baja alienación. Los datos revelaron una interesante interacción entre la alienación individual y la estructura de la sala: en las salas de baja estratificación las diferencias entre las puntuaciones de alta y baja alienación eran relativamente pequeñas. En las salas de alta estratificación se tendía a distinguir, más claramente, la respuesta de alienación.

Quizá una de las conclusiones más importantes de los autores fue que los pacientes no alienados que tenían altas expectativas de que sus resultados serían manejables por ellos mismos y no un asunto de azar o control externo, respondieron más favorablemente a un entorno controlado (alta estratificación). La información es especialmente dependiente de una búsqueda activa por parte del paciente; por otro lado, los que tienen una orientación de "destino" o "suerte", es más probable que sean pasivos y menos inclinados a buscar información, ya que buscar información es emitir conductas, como si estuviera dentro de nuestra capacidad el controlar los acontecimientos a través del conocimiento.

También la distinción, ya mencionada, de Coser (1956) entre pacientes primarios e instrumentales, tiene que ver con el tema de la impotencia y pérdida del control. Los pacientes "primarios" eran aquellos que, en el momento de su alta vieron al hospital como una fuente de gratificación de sus necesidades primarias, tales como atención, descanso, amistad, apoyo psicológico, buena alimentación, etc.; los pacientes "instrumentales" vieron al hospital principalmente en términos instrumentales, como el lugar más apropiado para recibir alivio de su enfermedad. En general Coser (1956) encontró que los pacientes "primarios" se adaptaban mejor al papel de paciente hospitalizado que los pacientes "instrumentales" ya que los primarios aceptaban, e incluso deseaban, más dejar su autonomía personal ante las demandas de la institución y se mostraban más sumisos en sus respuestas a la autoridad del hospital. Sin embargo, encontró que la orientación primaria era disfuncional en comparación con la orientación instrumental, por cuanto los pacientes primarios, cuando ya estaban curados, se mostraban más renuentes a dejar el hospital y reasumir sus roles normales en la sociedad. Aunque Coser (1956) no lo mencionara, parece bastante obvio que una noción como la de impotencia es básica para entender la reacción del paciente en el hospital.

En estudios posteriores Coser (1966) argumentó que la impotencia no sólo es relevante para la respuesta del individuo a las condiciones de la hospitalización, sino que la hospitalización misma es una fuerza muy potente en la formación de personalidades alienadas. La pérdida de identidad, simbolizada por la rutinización y la pérdida de las propias ropas y pertenencias; la incapacidad física simbolizada por la posición horizontal; la segregación de la sociedad, simbolizada por el confinamiento en la institución. Todos estos factores contribuyen a la ruptura de la voluntad de la persona por mantener el control sobre su entorno.

Las características de impersonalización-masificación, del cuidado de los pacientes en los hospitales y las obligaciones del papel de enfermo, a las que ya aludimos, ampliamente aceptadas, proporcionan una situación por excelencia en la cual determinar el efecto de las características objetivas del entorno, demostrar la existencia de la impotencia situacional como un concepto independiente. Si consideramos la estructura social del hospital, tal como quedó expuesta, no es difícil extraer la conclusión de que tal estructura burocrática podría contribuir en gran medida a la impotencia del paciente, puesto que contiene los elementos que tienden a arrebatar al individuo, al menos en parte, el control personal y su libertad de elegir.

La idea de que la hospitalización es una situación que fuerza al paciente a sentir un cierto grado de impotencia ha sido discutida por diversos autores. Como ya vimos, se considera al hospital como una organización burocrática en la que, aunque el paciente sea el objetivo de la actividad, no es considerado como parte de la escena social. Es más un observador pasivo que un actor. No sólo está privado de intervenir en su propio cuidado, sino que para la satisfacción de las necesidades más simples depende de otras personas.

En general, pues, cuando el paciente es hospitalizado puede esperar encontrarse en una situación de impotencia generalizada, sobre todo en lo que se refiere a las condiciones del proceso terapéutico. Como hemos visto, esa expectativa se verá plenamente confirmada, desde el momento del ingreso, por la actuación del personal hospitalario.

La literatura sobre este tema abunda en alusiones o menciones directas de este problema, desde hace bastante tiempo, subrayando que la pérdida de la propia identidad es uno de los problemas más graves de la hospitalización. A pesar de que espera perder (o dejar de lado, al menos temporalmente) gran parte de sus hábitos individuales, y de que asumen que deben ponerse en manos del personal médico y hospitalario y cooperar con ellos, sin embargo en la medida en que el proceso de pérdida continúa y sus efectos se hacen acumulativos, a menudo los pacientes sienten como si estuvieran perdiendo una tras otra todas sus marcas de identidad (Hall, 1979; Taylor, 1970). Por otro lado, las experiencias de "desnudamiento", y de pérdida de la identidad que sufre el paciente, produce en él una sensación creciente de pérdida de dominio, de pérdida de control sobre todo lo que le concierne como persona, y esta pérdida de control incrementa los sentimientos de desamparo y confusión.

El grado de impotencia en el paciente hospitalizado parece depender también de la oportunidad que tiene el paciente para tomar decisiones acerca de su propio cuidado. Dado que se ha mostrado que algunos pacientes responden favorablemente a una participación activa en su cuidado, parece probable que el grado de impotencia situacional variará con las características objetivas del entorno.

La capacidad de tomar decisiones y el autogobierno, incrementa la confianza en sí mismo del paciente y su autoestima alienta al dominio de responsabilidad social y promueve unas buenas pautas de comunicación. La participación activa del paciente en la toma de decisiones, según el mismo autor, puede influir sobre las actitudes del personal del hospital mediante el reconocimiento del grado de responsabilidad que los pacientes son capaces de asumir para su propio cuidado, tratamiento y supervisión, y de las buenas ideas que el paciente puede incorporar en la planificación de un programa.

Como se puede ver, por tanto, el modelo explicativo que propone Taylor (1979; 1982) tiene una larga tradición en la literatura. La idea central, dentro del modelo, es que los encuentros con las organizaciones de servicios humanos produce o incrementa los sentimientos de pérdida de control. Al hablar de pérdida de control, Taylor se refiere tanto a la pérdida de control literal, como la que ocurre en cuanto al control físico de nuestro propio cuerpo, como a la pérdida del control de las decisiones, pequeñas o grandes, que afectan nuestra vida. Por supuesto, como expusimos antes, la enfermedad misma produce sentimientos de pérdida de control (Leventhal, 1975); incluso durante los episodios de enfermedad experimentamos literalmente pérdida de control de algunas de nuestras funciones o actividades. Pero además, en el seno de un marco de cuidado de salud, la pérdida del control no sólo está referida a la pérdida de control de nuestro cuerpo, sino también a la pérdida de control de los recursos que nos puedan permitir manejar la situación.

Según Taylor, la pérdida de control puede ser también psicológica. Para ilustrarlo la autora apela a las tres fuentes de posible control psicológico establecidas por Averill (1973) y a las que ya nos referimos en su momento: 1) Control de la información, que permite, cuando menos, entender lo que nos está pasando; 2) Control comportamental, es decir nuestra capacidad para dar una respuesta que modifique, de alguna manera, el acontecimiento estresante que nos está sucediendo; sobre todo para reducir su aversividad; y 3) Control decisonal, es decir, mantener la capacidad para elegir entre varios cursos de acción.

Como señala Taylor, tener una sensación de control, en esas áreas, se corresponde o no con la realidad, es muy importante para nuestro funcionamiento emocional, sobre todo en el caso en el que nos encontramos (o esperamos encontrarnos) con un acontecimiento negativo (Taylor, 1982). Tal como señala Averill (1973), estos sentimientos de control pueden mejorar nuestro afrontamiento de los acontecimientos negativos, y su ausencia puede producir un ajuste muy pobre. El control cognitivo informacional, subrayando las experiencias sensoriales que acompañan típicamente al examen aversivo, limita la reactividad a los estímulos aversivos. Probablemente la reducción de esa reactividad produzca un incremento en la capacidad de afrontar los acontecimientos aversivos. También podría pensarse que el desconocimiento de las experiencias sensoriales que acompañan a tales exámenes se corresponden con una disminución en la capacidad de afrontamiento del acontecimiento.

Así pues, parece bastante fundado pensar que, en general, cuando un enfermo acude a un hospital está ya experimentando sentimientos de pérdida de control. Lo que va a ocurrir es que la hospitalización, en una gran mayoría de casos, agudizará tales sentimientos.

¿Cuáles son los rasgos organizacionales que hacen que el hospital produzca ese efecto negativo? Según Taylor (1982), son cuatro:

1. La existencia de múltiples metas. Como muchas otras organizaciones burocráticas, el hospital (tal como quedó expuesto) tiene múltiples metas y algunas de ellas pueden ser contradictorias. La misma Taylor (1979) señaló tres metas diferentes dentro del hospital: la cura, el cuidado y el mantenimiento de la eficacia del sistema haciendo un bonito juego con las palabras inglesas "cure", "care" y "core", y adjudicando cada una de ellas a cada uno de los grupos profesionales (o para-profesionales) dentro del hospital: médicos, personal de enfermería y personal administrativo. Como ya quedó expuesto, tales metas pueden entrar en conflicto y el personal de enfermería, sobre todo, puede verse en un conflicto de autoridades. Lo más interesante es que cuando se produce tal conflicto se resuelve de acuerdo con el poder relativo de los actores sociales que intervienen, y que, como también es señalado, el paciente no llega casi nunca a tener la categoría de actor social dentro de las interacciones que se producen en el hospital, quedando en una situación de impotencia, o como mucho, de bajo nivel de poder.

Como también expusimos, un hospital tiene funciones muy diversas (investigadoras, docentes, etc.), y el cuidado y cura del paciente son sólo

algunas de ellas. Por otro lado, la organización puede ordenar estas metas o funciones correspondientes, de tal modo que el cuidado del paciente tenga una prioridad muy baja. Precisamente la jerarquía de las metas asumidas, incluso entre los propios médicos, de forma diferente da lugar a conflictos de todo tipo que, por supuesto, repercutirán en la calidad de la atención prestada al enfermo. Sobre todo, y eso es lo que nos interesa aquí, se producen al margen de la capacidad de decisión y al margen del conocimiento del paciente.

2. La complejidad de la estructura. Ya hablamos suficientemente de ello en el primer capítulo de este trabajo. Tan sólo es necesario señalar ahora, siguiendo a Taylor (1982), que esta complejidad estructural se ve potenciada por la imposibilidad de una coordinación potente. De forma que, aunque existan unas reglas generales de funcionamiento de la organización, sin embargo, en la mayor parte de las ocasiones se produce lo que algunos autores han denominado un "orden negociado" dentro de un servicio hospitalario, sobre la base de quién está disponible, qué relaciones tienen unos actores con otros y qué necesidades de tratamiento son concurrentes en el momento. Por eso, es muy difícil que el paciente pueda "aprender" de antemano cómo funciona el sistema. Como mucho puede entenderlo después. En cualquier caso, lo importante es que el hospital aparece a los ojos del paciente como un sistema muy complejo. Además, lo experimenta en sus propias carnes. Por ejemplo, la obtención de información es algo sumamente complicado. El sistema mantiene al enfermo en unos niveles muy bajos de información, como derivación de las características de la profesión médica. Esta falta de información no se refiere sólo a los aspectos médicos de su situación, sino también a los aspectos administrativos y meramente asistenciales. Aunque muchos hospitales vienen practicando cada vez más unas rutinas de información como entregar al paciente en el momento de su ingreso (o al pariente más cercano) un folleto que les proporcione la información mínima necesaria, todavía no es una práctica generalizada. Así, mientras que el paciente proporciona una información acerca de sí mismo prácticamente exhaustiva, no recibe a cambio casi nada. No sólo la organización hospitalaria es compleja, sino que se hace difícil de entender por el enfermo, y no proporciona ninguna información de ayuda.
3. El tratamiento impersonal. También hemos hablado de ello y no es preciso extenderse mucho más. Quizás sólo recordar que no se trata de una característica que se produzca por azar, sino que responde a una consideración

del estado objetivo que presenta el enfermo, que es el punto central de enfoque de la atención médica. Por eso facilita el trabajo del médico, que puede recordar más fácilmente el problema que la persona que lo tiene; subraya que el paciente está allí por su problema "objetivo"; y permite al personal sanitario un "distanciamiento emocional" de los problemas y de las personas con que han de tratar todos los días (Cartwright, 1964; Coser, 1962; Wilson, 1963).

4. La producción de estereotipos negativos de los pacientes. Como es evidente el hospital cubre unas necesidades esenciales del individuo, que éste es incapaz de solucionar por sí mismo. Es decir, que por principio asume una incapacidad básica de la persona y la coloca en una situación de dependencia institucional que ataca su estatus psicológico (además de físico, claro está) de independencia y confianza en sí misma. No es raro que se produzcan en el seno de las organizaciones de cuidado de salud, estereotipos negativos de los clientes, y que en muchos casos se "culpabilice a la víctima" (Millman, 1977; 1982). Esta idea de "culpabilización" trabajaría a dos niveles: uno, expresando que "la causa básica de la enfermedad es el individuo mismo y que la solución estriba primordialmente en él más que en cambios de la estructura socioeconómica o del sistema de cuidado de salud" (Millan, 1982, 63); otro, expresando que los tratamientos puestos en marcha para resolver la enfermedad no funcionan porque el enfermo no cumple adecuadamente con las instrucciones o se opone (aunque sea de cualquier forma "difusa") al mismo.

Taylor (1982) indica que en la situación de enfermedad en que llegamos al hospital nos encontramos en un estado de "madurez perturbada" (Parsons, 1951), con cierta regresión a conductas típicamente infantiles. Además, se acostumbra a interpretar la conducta de una persona como un indicativo de su personalidad subyacente, es decir, disposicional y estable (en lugar de como respuestas a fuerzas situacionales temporales, dadas ambas cosas) el personal sanitario tiende a considerar a los enfermos como personas indefensas, histéricas muchas veces, y no muy lúcidas. Pero, naturalmente, cuando un médico nos trata de una manera que sugiere que nuestras facultades mentales pueden estar reducidas, o incluso que nuestra enfermedad sea culpa nuestra, nuestra autoestima se verá mermada, contribuyendo con ello a la sensación de pérdida de control psicológico.

¿Qué consecuencias tiene esta pérdida de control?

En primer lugar, numerosos estudios (Taylor, 1982, 113), han sugerido que cuando una persona es expuesta a algún tipo de estimulación aversiva, sobre la que piensa que no tiene ningún control, experimenta una incomodidad muy extensa, manifiesta una respuesta fisiológica elevada a esa incomodidad, muestra una reducción en su capacidad de concentración para otras tareas e informa de más síntomas físicos que cuando piensa que tienen el control.

En segundo lugar, la persona puede dedicarse a una búsqueda de información indiscriminada, intentando conseguirla de fuentes inadecuadas (por ejemplo, otros pacientes o individuos que no están en posición de saber las respuestas correctas (McIntosh, 1974), como auxiliares, amigos, pacientes, etc.). A partir de la información que obtiene de esa manera, todos los problemas de comunicación que se habían producido debido a los estereotipos, tratamiento impersonal y la estructura compleja de la burocracia pueden perpetuarse, dada la mala información que los pacientes generan por sí mismos (Tagliacozzo y Mauksch, 1972).

Pero la idea más importante, ya mencionada por otro lado, de Taylor (1979, 1982), es que en último lugar los individuos se ajustarán a la pérdida de control con una de dos respuestas: reactancia o desamparo. Ya hemos visto como hay toda una tradición en la investigación que liga la impotencia (que incluye naturalmente la pérdida del control) y el desamparo. De hecho, la situación de falta control de los acontecimientos produce una frustración potente que a su vez tiene como consecuencia la ira. La relación entre frustración-agresión está suficientemente discutida en la numerosa literatura sobre el tema, por lo que podemos considerarla efectiva, al menos en un grado bastante elevado.

La otra respuesta a la pérdida de control, según Taylor (1979, 1982) sería el desamparo. El individuo percibe que sus acciones no sirven para producir los efectos que desean y al final deja de responder al entorno; y se torna pasivo, obediente, observante con la consecuencia negativa posible a nivel de estado emocional, de la depresión.

El hecho de que el paciente dé una u otra respuesta dependería de tres conjuntos de factores fundamentales:

1. La personalidad y otros factores diferenciales del individuo. Por ejemplo parece que es más probable que muestren reactancia los hombres que las mujeres, los jóvenes que los viejos, los de mayor nivel educativo que los de menor nivel, los estatus socioeconómicos superior que los de estatus socioe-

conómico inferior. Las mujeres, los viejos, los menos educados o de un bajo nivel socioeconómico responderán más probablemente en desamparo.

2. Las expectativas de control sobre la situación inmediata. En la medida que esperamos tener control de la situación y no la entendemos, o no se nos da ninguna explicación racional de porqué no tenemos tal control, será más probable que demos una respuesta de reactancia. Por el contrario, cuando tenemos una baja expectativa de control, o entendemos porqué no lo podemos tener, cabe que respondamos con desamparo.

3. La perspectiva temporal. Wortman y Brehm (1975) sugirieron que la respuesta inicial puede ser reactancia y que el tiempo da lugar al desamparo. Dicho de otra forma, aunque el paciente respondiera con reactancia ante el contexto de la hospitalización, pronto aprendería que ninguno de sus esfuerzos para restaurar su libertad perdida, tiene ningún resultado. Es decir, sus acciones no obtendrían recompensas, por lo cual se extinguirían, y el paciente comprendería que la pasividad resignada es la única respuesta posible.

Como también indicamos, Raps, Peterson, Jones y Seligman (1982) intentaron verificar la hipótesis de Taylor, y mostraron que los pacientes hospitalizados, incluso cuando su enfermedad se está resolviendo satisfactoriamente, manifestaron a lo largo del curso de la hospitalización un incremento del deterioro en tareas cognitivas, incrementando también los informes de síntomas depresivos y de las perturbaciones debidas a la incontrolabilidad inducida experimentalmente. Para lo que no encontraron apoyo fue para la pretendida reacción de reactancia/ira, como ya indicamos en otro momento.

De alguna manera la situación en la que se tiene la experiencia de pérdida de control, es una situación de aprendizaje de independencia, de respuesta-resultado que se expresa como una creencia de incapacidad de control (denominada "desamparo aprendido") que resulta bien explicada por la teoría del desamparo (Maier y Seligman, 1976). En cambio, la respuesta de reactancia no resulta explicada más que como una consecuencia de la posible frustración producida al no verse cumplidas las expectativas de control por el paciente. Por otro lado, ese factor de expectativas de control parece algo confuso. De acuerdo con la teoría del desamparo, se produce cuando se emiten respuestas para controlar el acontecimiento aversivo que no tienen ningún efecto sobre éste. Ahora bien, una persona que no tenga expectativa de controlar ningún acontecimiento en el seno del hospital, no puede aprender desamparo, porque no emitirá nin-

guna respuesta de control. Su emisión y resignación son previos al acontecimiento. En cambio, los sujetos con elevadas expectativas de control, sí que emitirán respuestas de intentos de control y, por tanto, crearán la oportunidad de que se produzca el desamparo. Quizá eso explique los resultados de Raps y sus colaboradores (1982).

En realidad, el hecho de la pérdida de control es sólo un factor para explicar las reacciones a la hospitalización y sus consecuencias emocionales pero el modelo no es lo suficientemente potente para explicar tales reacciones, por lo que debe ser ampliado.

Para terminar con lo expuesto por Taylor (1979; 1982), consideraremos las consecuencias que, desde la perspectiva de esta autora, tienen las dos respuestas básicas emitidas ante el acontecimiento de la hospitalización. Ambas producen, a su vez, respuestas afectivas, cognitivas, fisiológicas y comportamentales en los pacientes que ya sufren de una falta de adaptación por causa de la enfermedad. También producen reacciones en el personal sanitario que, aunque son del mayor interés, no cabe considerar aquí.

Como ya hemos visto, la respuesta emocional más importante que acompaña a la reactividad es la ira. A menudo este estado emocional se manifiesta comportamentalmente a través de quejas y peticiones de atención que el personal considera excesivas (Lorber, 1975). A menudo, también, la reactividad puede llevar al paciente a conductas que parecen pequeños actos de autosabotaje o de rebeldía contra las recomendaciones médicas (fumar o beber a escondidas, por ejemplo). Según Taylor (1982), por debajo de estas conductas, lo que existe es un fuerte compromiso con la idea que el paciente tiene de su derecho a conocer las contingencias de su caso o, en general, con la idea de que tiene derechos como paciente/cliente. Este tipo de respuestas de ira puede tener una resonancia física. La ira va típicamente acompañada por un incremento en la secreción de catecolaminas y por altos niveles de hidrocortisona. Este aumento de la activación puede agravar muy probablemente algunos de los trastornos relacionados con el estrés que ya existían (alta presión sanguínea, taquicardia, etc.). Alternativamente, la secreción excesiva de adrenalina puede dar lugar a un trastorno relacionado con el estrés.

Cuando se produce este tipo de respuestas por parte del paciente, la reacción del personal del hospital es, habitualmente, comenzar por ignorar al paciente airado en la medida de lo posible. Si el paciente persiste en su conducta es

probable que se produzcan sutiles, o no tan sutiles, formas de "devolver la pelota". Como señala Lorber (1975), se pueden retrasar servicios, las quejas del paciente pueden ser ignoradas, se le puede dar de alta prematuramente, o en bastantes casos se le puede "estereotipar" psicológicamente como histérico, neurótico, etc. y remitirlo (en el mejor de los casos) al psiquiatra.

¿Qué ocurre en el caso del desamparo?

Hemos visto como el sistema social hospitalario desde el momento mismo del ingreso, trabaja (bastante eficazmente, por cierto) para conseguir socializar a los pacientes para que asuman el papel de enfermo hospitalizado, que, como también se ha visto repetidamente, constituye la correspondencia de negación de la persona como tal). Si la asunción del papel se produce, el individuo responde a los estímulos del entorno hospitalario como si fuera una cosa, y acepta, pasiva y obedientemente, los beneficios que se le ofrecen, las decisiones que se toman respecto a él, o el tratamiento que se le impone. Se convierte, en lo que se denomina un "buen paciente"; observante de las prescripciones y recomendaciones, sin quejas, sin peticiones y generalmente pasivo.

Desde un punto de vista psicológico, estas características constituyen un cuadro de desamparo. Frente a lo que el personal puede creer a partir de sus conductas, no se trata de pacientes tranquilos, satisfechos con los cuidados que reciben, complacientes y complacidos sino que, por el contrario, la mayor parte de ellos está padeciendo un estado de ansiedad y/o depresión. Se debate entre su necesidad de información y atención, y la necesidad de comportarse "bien". Necesita información y otro tipo de atenciones, pero piensa que si las pidiera, por un lado perjudicaría la marcha del sistema (hay muchos enfermos en situación parecida y el personal no podría atender a todos ellos a ese nivel), y, por otro, se expondría a revanchas por parte del personal al que molesta. En consecuencia, se calla, obedece y permanece pasivo (Tagliacozzo y Mauksch, 1972).

Naturalmente las consecuencias son bastante negativas. Por un lado, se produce un estado emocional de ansiedad y/o depresión ya mencionado. Pero, además, al adoptar esa posición el paciente puede dejar de proporcionar mucha información valiosa al personal sanitario que éste podría utilizar para su beneficio, o pueden dejar de recibir informaciones útiles para su cuidado, que el personal no le proporciona sencillamente porque el paciente no las pide.

Otra de las consecuencias importantes del desamparo es su posible generalización, es decir, su transformación en desamparo aprendido (que a su vez generaría depresión, como consecuencia más usual). La teoría del desamparo aprendido es lo suficientemente conocida como para extenderme sobre ella aquí. En el caso de la hospitalización, la cuestión básicamente estribaría en lo siguiente: una persona hospitalizada "aprende" en el seno de la institución que ninguna de sus respuestas tiene un efecto sobre las contingencias cotidianas que afectan a su cura y cuidado. Los acontecimientos aversivos (y también los no aversivos) se producen independientemente de su conducta. En esta situación, el individuo puede "generalizar" el desamparo, es decir, puede llegar a pensar que lo mismo ocurrirá en cualquier otro entorno, aunque de hecho (objetivamente) en el nuevo entorno podría manejar los acontecimientos. En este caso, se ha producido un fenómeno de "desamparo aprendido". Así, el enfermo crónico, que cuando se le da el alta hospitalaria debe aprender un nuevo régimen de tratamiento, si ha desarrollado un desamparo aprendido, puede tener muchas dificultades para aprender las nuevas rutinas que se le exigen, y por lo tanto ser incapaz de practicar su autocuidado con eficacia, si es que éste es necesario después del alta.

De hecho, en el marco de la teoría clásica del desamparo se producirían tres tipos de déficit: el déficit motivacional (el paciente fracasaría en la iniciación en la puesta en marcha de las respuestas que el nuevo tratamiento le exige), un déficit cognitivo (el paciente no sería capaz de asociar la conducta (o conductas) que le exige el tratamiento con la solución del proceso patológico o su atenuación), y un déficit emocional (no podría expresar sus estados emocionales ante la aversividad de la enfermedad) (Maier Seligman, 1976; Peterson, 1978).

VI. CONCLUSIONES

Algo de lo que pretendemos en este capítulo lo adelantamos ya al presentar el modelo de relación estrés-afrentamiento. A la hora de contestar a la pregunta de por qué el acontecimiento de la hospitalización produce un nivel tan elevado de estrés en la mayoría de las personas, es parcial utilizar tan sólo la idea de la pérdida del control, aunque sea un elemento nuclear en la producción del estrés. Casi se podría decir que la pérdida del control es una condición suficiente del estrés hospitalario, pero no necesaria. Dicho de otra forma, no es el único elemento de la hospitalización que produce estrés.

Se puede concluir, a partir del modelo de relación estrés-afrentamiento que presentamos, que las características del hospital son estresores potenciales y que la hospitalización altera la valoración de los acontecimientos que entran en juego en ella, produciendo pues, unos efectos estresantes. Además, bloquea la utilización de los recursos de afrontamiento impidiendo la puesta en marcha de respuestas adaptativas de reducción del estrés y produciendo, por tanto, efectos negativos a corto y largo plazo.

Los efectos estresores ya han sido considerados. Sabemos que se producen; sólo queda explicar cómo se producen.

Consideraremos, primero, las características del hospital que lo convierten en un estresor potencial. Todas ellas han sido mencionadas ya en uno u otro momento, sólo tratamos de organizar gran parte de lo adelantado. En general, el hospital es una institución (y no sólo un lugar físico) extraña para el paciente. Su organización tan compleja y su funcionamiento la convierten en algo incomprensible y difícil de aprender por el enfermo. Para éste se trata de algo nuevo, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas, la novedad se va perdiendo conforme se prolonga la hospitalización, pero entonces el hospital comienza a resaltar cada vez más para el paciente las características de institución total. Igualmente, en el caso más numeroso de los enfermos "agudos" tanto la enfermedad como la hospitalización han sido impredecibles. Pero, además, dentro del hospital, una vez ingresado el enfermo, y dada su específica dinámica interna, que ya hemos considerado, éste no tiene forma de prever los acontecimientos, por lo cual, desde su perspectiva, también se da una impredecibilidad de orden interno. El paciente nunca sabe qué va a pasar: ni que curso seguirá su dolencia, ni qué pruebas le harán, ni qué resultados se

obtendrán de ellas, etc. En el mundo dentro del hospital las cosas ocurren sin una razón clara. Lo cual introduce una tercera característica: la incertidumbre.

Aunque existen muchas ciencias cuya investigación y resultados son utilizados con enorme provecho por la medicina, no hay que olvidar que la medicina es todavía hoy, y hay que esperar que lo será por mucho tiempo, un arte (Dimatteo, 1982). El arte es, casi por definición, el reinado de la incertidumbre con ausencia de un método estricto, un campo donde sólo rigen, como mucho, las "reglas" del artista. Es algo que se acepta implícitamente cuando se dice que la medicina no es una ciencia "exacta". Como ha señalado Millman (1977), hay una cierta tendencia en algunos tipos de trabajos, (especialmente en aquellos que exigen un largo entrenamiento), y por parte de sus practicantes, a pensar en su trabajo como un "arte" y valorar el trabajo más en términos de la creatividad o de la brillantez técnica de los que lo realizan, que en términos de significado de relevancia para quienes reciben el trabajo o el servicio. Así la cirugía puede llegar a ser un arte para quienes lo practican y la maestría técnica puede ser más importante para los "artistas" que el resultado práctico para los pacientes (p. 92).

El papel de la incertidumbre como una variable significativa que influye en las experiencias del paciente hospitalizado, así como en la enfermedad y el tratamiento, ha sido explorado por Mishel (1981). Este autor desarrolló una escala de 30 ítems referidos a la incertidumbre en sintomatología, diagnóstico, tratamiento, relaciones con el personal hospitalario y planificación del futuro. Al margen del interés mismo de la Escala como instrumento, lo más interesante aquí es que su aplicación puso de relieve una alta correlación significativa entre la incertidumbre y el estrés medio de los pacientes.

Sobre esa base, Mishel (1984) propuso un modelo estructural para explicar el estrés resultante de la hospitalización por un problema médico, indicando, como predictor más importante del estrés, la incertidumbre percibida acerca de los síntomas, tratamiento y resultados, pero introduciendo otras variables en el modelo como la gravedad de la enfermedad, la edad, la educación y el tiempo desde el ingreso en el hospital. La verificación del modelo con pacientes hospitalizados apoyó la relación de la incertidumbre con el estrés. Igualmente la incertidumbre jugaba un papel de mediador entre la gravedad de la enfermedad y el estrés. La edad mostraba una relación inversa con el estrés. Gran parte de la varianza que el modelo no explica puede deberse a la heterogeneidad de los diagnósticos de la muestra.

Otra de las características estresoras del hospital como sistema social es la ambigüedad. La ambigüedad tiene que ver básicamente con la imprecisión de la información que le llega al paciente en el marco hospitalario, y con el estilo "difuso" de comunicación que exhibe el sistema mismo y el personal al servicio. La evidencia de muchos estudios indica que los médicos hacen muy poco esfuerzo por transmitir información en forma que pueda ser utilizable. Subrayamos este último punto porque la información podría ser poca, pero exacta y precisa. En cambio la información que el paciente recibe en el seno del hospital, si es que recibe alguna, suele ser ininteligible para él o sumamente imprecisa y, por tanto, multi-interpretable. Una buena revisión de este tópico se puede encontrar en Ley (1982; 1982 b). Aunque comentaremos más adelante el tema de la información al hablar de las posibles intervenciones para reducir el estrés, vale la pena subrayar aquí que en el trabajo ya clásico de Cartwright (1964) el 68% de los pacientes (n = 700) a los que se entrevistó afirmaron que la información que habían recibido de sus médicos no les había resultado de ninguna ayuda. Y esa carencia de información no sólo se refiere a la enfermedad que padecen, su curso y/o tratamiento, sino que también se refiere al funcionamiento mismo del sistema.

Muy pocos pacientes reciben instrucciones sobre el hospital por parte de sus médicos. Esa es una labor que, supuestamente, dejan al personal de enfermería, que naturalmente no lo asume como suyo, puesto que se considera también como un grupo profesional (o en trance de serlo) entre cuyas funciones no está el informar acerca de las rutinas hospitalarias, y que serán los escalafones más bajos de la jerarquía auxiliar-administrativa los que darán este tipo de información. El resultado es que el paciente ubicado en una habitación compartida con uno o más compañeros será "adecuadamente" socializado por éstos recibiendo de ellos una información "interpretada" y ciertamente ambigua.

Cuando un individuo se convierte en un paciente se ve en la necesidad de tratar con uno o varios médicos. La asociación que se produce por la existencia de un interés mutuo del paciente y de su médico asume toda la responsabilidad y descarga de obligaciones al paciente respecto de su cuidado. Como se ve el "patrocinio" es una consecuencia del diseño social de los respectivos papeles de enfermo y de médico. Tiene sus raíces en las mutuas imágenes y expectativas que ambos tienen cada uno del otro, dado que ocupan los dos extremos de un segmento de la posición del rol. En su forma ideal, la relación médico paciente gira exclusivamente en torno de la persona enferma o con problemas que es un cliente (paciente) y la persona profesional (médico) a la que

consulta. Decisiones cruciales respecto del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no deberían ser influenciadas por ninguna persona o institución "foráneas". Sin embargo, tanto el médico como el paciente forman parte de la sociedad a la que pertenecen, por eso el contexto social más amplio del paciente y su familia, el médico y su familia, el hospital, las compañías de seguros médicos. Las instituciones de gobierno, educación, etc., están relacionadas de una forma u otra con las interacciones que tienen lugar entre los médicos y los pacientes.

A partir del análisis de esta relación médico-paciente, y dentro de la escena norteamericana, Duff y Hollingshead (1968) dividieron a los pacientes en dos grupos: los "patrocinados" por médicos privados y los "patrocinados" por el hospital. Es decir, unos eran ingresados bajo la supervisión y por recomendación de médicos privados (por tanto, se supone que son clientes "de pago", y que serán acomodados en habitaciones privadas o semiprivadas). Los otros eran ingresados bajo la supervisión del personal médico del hospital, sin ser referidos por ningún médico privado, (en este caso, se trataría de pacientes indigentes, que serán acomodados en las salas y cuidados por los estudiantes de medicina y equipo médico del hospital, bajo la supervisión de los miembros de la facultad de la Escuela de Medicina, en el caso de que se trate de un hospital doncente, o universitario, como era el caso del hospital estudiado por los autores citados).

En cualquier caso, y a los efectos que nos interesa destacar aquí, la expresión "patrocinio de comité" podría ser aplicada solo a los pacientes acomodados en salas y no a otros. El paciente que tiene un "patrocinio de comité" no tiene un médico específico del cual dependa continuamente. Su cuidado está confiado a un omnipotente y siempre cambiante comité cuyos miembros pueden ir rotando dentro de la institución por razones de su entrenamiento y aprendizaje. En el estudio de Duff y Hollingshead (1968), la cuestión era mucho más específica, puesto que al tratarse de un hospital universitario, el comité rotaba a sus miembros con mucha más facilidad; además, éstos estaban mucho más interesados en el conocimiento y en la investigación (que eran fines más valorados por la Facultad) que en los problemas reales del enfermo, que se veía simplemente convertido en un material de "interés clínico". Es bastante obvio, que sometido a un patrocinio de tal tipo, el paciente queda sumido en la ambigüedad más absoluta, puesto que no hay ningún punto sólido de referencia. Todas las informaciones que podrá conseguir son parciales y no podrá conseguir un marco que le permita organizarlas. Dado además que, si consigue

Algunas piezas de información, éstas le estarán siendo proporcionadas por diferentes miembros del comité que tampoco tienen un conocimiento de la cuantía y calidad de la información que le ha sido proporcionada o no proporcionada por el resto de los miembros del comité, necesariamente (y conscientemente) serán ambiguas. En suma, el sistema de hacer intercambiables a los médicos (incluso, en ocasiones, a pesar de la existencia de un médico específico asignado al caso) deja al paciente en una posición muy débil y de absoluta inferioridad, bloqueando la posibilidad de establecer relaciones y desarrollar pautas de comunicación adecuadas.

La ambigüedad reside también en el propio diseño organizacional del hospital y en su funcionamiento. Como ya indicamos, dado que las demandas del marco hospitalario son casi constantemente cambiantes, el orden social en el que se produce el cuidado del enfermo en un "orden negociado" por los participantes (Strauss et al., 1963; Goffman, 1961). En cada episodio del tratamiento se establece una meta implícita o explícitamente respecto a como hacer que el paciente mejore y se negocia, casi sobre la marcha, un amplio esquema de cómo se alcanzará esa condición, por quién y cuándo. Algo así como la representación de una obra de teatro improvisada (sobre un guión mínimo) que sea constantemente cambiante, en la que los actores van representando sus papeles según como se vaya revelando el drama, en algunos casos de manera imprevisible (Goffman, 1961).

La forma de poner en escena su papel por parte de cada uno de los actores dependerá de su posición en la jerarquía (médico, enfermera, etc.), de las asignaciones correspondientes al papel (el anestesista ejecuta diferentes actividades que la enfermera auxiliar de cirugía), de las metas y expectativas de cada persona (un interno puede considerar más importante su entrenamiento que el cuidado del enfermo, y por tanto dedicar más tiempo a encontrar soluciones diagnósticas y terapéuticas en casos "que valgan la pena", y dedicar muchos menos al cuidado rutinario del enfermo crónico incurable), y de las relaciones informales que cada uno tenga con el resto de los miembros del equipo (un cirujano puede preferir trabajar con una enfermera en particular). Hasta el propio paciente tiene aquí un cierto papel en la pequeña medida en que puede negociar la obtención de información o regular la información que divulga acerca de sí mismo. Ahora bien, en un "orden negociado" de tal tipo de nivel de ambigüedad, sobre todo para el enfermo, es muy alto, por cuanto se ve frente a una realidad constantemente, o casi, cambiante, difícilmente apresable en sus líneas maestras.

Por último, podemos encontrar una fuente más de ambigüedad en las dificultades de comunicación que el diseño social de la institución hospitalaria conlleva. La segregación ocupacional dentro del hospital es muy alta (Wessen, 1972), lo cual naturalmente se traduce en una segregación comunicacional. Por un lado, los médicos tienen acceso (al menos formal) a una información que el personal de enfermería no conoce (como los resultados de las diferentes pruebas a que se somete al paciente), pero, en cambio, el personal de enfermería interacciona continuamente con los enfermos y conocen bastante bien su progreso diario. Puede ocurrir, incluso, que las anotaciones que el personal de enfermería va haciendo en el registro del enfermo no sean leídas por los médicos, o que sean pasadas por alto, perdiéndose una de las pocas ocasiones de comunicación real que puede presentarse. Por lo común, la comunicación y la estructura de mandatos suele tener una sola dirección; el médico le da a la/el enfermera/o las órdenes correspondientes con respecto al paciente. No hay *feedback*. Pero, si no se produce un intercambio de información con respecto al paciente entre unos y otros es muy probable que no emerja el cuadro completo del mismo; es decir, la probabilidad de la existencia de la ambigüedad es muy alta.

En suma, pues, existen numerosas características del hospital, como sistema social, que generan ambigüedad para el paciente. Como se ha visto, no solo en general, sino también en el caso específico del hospital, la ambigüedad es una característica potenciadora del estrés potencial de un acontecimiento o situación.

Por otro lado, la hospitalización no es un acontecimiento que entre dentro de la programación de acontecimientos esperados de nuestra vida. Sabemos que un día ingresaremos en el colegio, que un día saldremos de él para integrarnos en el mundo laboral (o en la lista de desempleo), que un día nos casaremos, que nos nacerán hijos, e, incluso, que un día moriremos, aunque todas esas cosas (o las variantes posibles) no tengan una fecha fija en el curso de nuestra vida. Pero la hospitalización, como la enfermedad, o como un accidente de automóvil, ocurren "inesperadamente". Y esa es otra de las características que potencia la posibilidad de que un acontecimiento sea estresante. A esos seis factores que, como se ha visto, están presentes en el acontecimiento de la hospitalización creemos que se puede añadir que la hospitalización tienen una "valencia estándar" negativa. Es decir, aunque haya algunas personas que vean el hospital como un sitio seguro en el que encontrarán la solución de sus problemas, la gran mayoría de la gente asigna connotaciones negativas al hos-

hospital y a la hospitalización: ven al hospital como un lugar en el que se concentra el sufrimiento, los cuerpos sufren mutilaciones y las personas pueden encontrar la muerte (Duff y Hollingshead, 1968; Cartwright, 1964; Coser, 1963).

Esta evaluación negativa del acontecimiento de la hospitalización no se deriva solo de la enfermedad que padece el paciente cuando es ingresado, sino que se produce también cuando una persona es ingresada en un hospital por razones no de padecimiento de una enfermedad, sino por necesidad de que le sean practicadas determinadas pruebas diagnósticas imposibles de realizar en el domicilio del enfermo o en la consulta del médico.

Incluso aún en el caso de considerarlo como una expectativa simplemente, el grado de ajuste requerido necesario por la experiencia de la hospitalización, medido utilizando la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967), se sitúa en la parte superior de las puntuaciones por lo cual es un indicativo del valor "estresante" que la gente le concede "en abstracto" (Rodríguez-Marín, 1984).

Encontramos, por lo tanto, que en una primera aproximación el acontecimiento de la hospitalización contiene cuando menos seis factores situacionales de las características señaladas como potenciadores de la posibilidad de que una situación o un acontecimiento sea estresante.

Como es evidente el hospital o la hospitalización no pueden considerarse como factores personales de potenciación del estrés, pero incluso en ese nivel tienen una influencia indirecta, por cuanto todos tenemos unas creencias determinadas por la sociedad en la que estamos inmersos sobre lo que es un hospital. Es decir, que tenemos una noción preexistente sobre la realidad hospitalaria que necesariamente afectará nuestra valoración de la realidad, contribuyendo muy probablemente a su evaluación como acontecimiento estresante.

Es difícil señalar cuáles son las creencias específicas que las personas tienen sobre el hospital en nuestra sociedad occidental postindustrial, aunque a un nivel intuitivo cabe suponer que la mayoría de los profanos, usuarios del hospital solo en caso de necesidad, todavía lo creen transido de esa cierta naturaleza sagrada; residuo de su historia, como un mundo donde reina la profesionalidad y la tecnología, y en el que se potencian las instancias descalificadoras para ellos mismos, como pacientes, que se encuentran dentro del diseño social del papel de enfermo.

Consideraremos ahora cuales son las categorías de fuentes de estrés dentro de las cuales podemos colocar al hospital y a la hospitalización.

En primer lugar, e inmediatamente conectado con el último punto que hemos considerado el hospital, como instituto social, puede ser considerado como un estresor cultural. De hecho nuestro hospital actual es, como ya dejamos dicho, el resultado de un proceso histórico y la decantación de toda una tradición cultural. En gran medida nuestras creencias sobre el hospital son restos de la primaria concepción cristiana del hospital (Coe, 1970): una institución con propósito de servicio y bienestar, altruista con una orientación hacia los demás u "orientación colectiva"; una institución al servicio de toda persona enferma o herida que lo necesite, es decir "comunitaria"; y una institución de custodia. De hecho, con el cambio histórico y la secularización de los valores, el hospital también cambió, pero las creencias básicas siguen persistiendo de algún modo. Muchos autores han insistido en que, a pesar del proceso creciente de conocimiento público de la tecnología médica, muchas personas siguen teniendo la creencia, tácita posiblemente, de que el hospital es el sitio donde se va a morir. Ciertamente no hace tantos años de eso. Esas creencias vigentes dentro de la cultura sobre el hospital y la hospitalización pueden ser estresantes.

En segundo lugar, el hospital puede constituir un estresor estructural dada la estructura del rol de paciente hospitalizado que incorpora y que ha quedado analizado por extenso. Desde el momento mismo del ingreso el hospital fuerza al enfermo a asumir su papel social dentro de su estructura que implica la pérdida de la propia identidad y de la independencia; supone una situación de resignación, de sumisión y abandono del conjunto de roles sociales habituales para situar a la persona en un desvalimiento casi total, y "victimizándola" con frecuencia. Dicho en pocas palabras, el diseño social del rol del paciente hospitalizado implica un alto potencial estresante.

En tercer lugar, el hospital constituye un estresor social, dadas las interacciones sociales reales que se producen en su seno y el entorno social que rodea los encuentros interactivos en él. Por ejemplo, como en muchas otras relaciones y asociaciones, en la interacción social dentro del hospital la persona frecuentemente encuentra que debe actuar como si confiara totalmente en el personal hospitalario, y debe sentir la confianza de los demás hacia él, puesto que la relación se interrumpiría y la interacción mutua se tornaría imposible si se reconociera abierta y totalmente la desconfianza real. Los sentimientos de confianza y desconfianza no son simplemente estados afectivos psicológicos, que

un individuo puede experimentar de acuerdo con su preferencia o temperamento, ya que la expresión de la desconfianza es sumamente perturbadora para los encuentros sociales. De la misma manera que la conducta, las emociones son moldeadas por las convenciones sociales, la expresión de la ira y de la desconfianza cae bajo una regulación social tan estricta que a menudo nos vemos forzados a desplegar públicamente una confianza en algo o alguien, cuando en realidad en privado nos sentimos llenos de dudas y aprensiones.

Millman (1977) señala como la situación de los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica a corazón abierto proporciona una ilustración dramática de la neutralización social de la duda y la desconfianza que se pueden encontrar en conversaciones ordinarias entre médicos, pacientes y familias. Aunque primordialmente es el médico el que "orquesta" la interacción, sin embargo, ésta es mantenida por todas las partes implicadas, cada una por sus propias diferentes razones. Por supuesto, no puede sorprender que los pacientes deseen ignorar su propia desconfianza. En muchas ocasiones, maximizamos nuestra sensación de seguridad apelando a la negación, es decir ignorando el peligro del entorno. La mayoría de los pacientes del tipo mencionado tienen la impresión, correcta o no, de que no tienen muchas oportunidades de elegir entre someterse a la operación o no. En la mayoría de las ocasiones, el cirujano les plantea la alternativa de rechazar la cirugía y vivir por poco tiempo (meses, quizá, o algunos años como mucho) con bastantes incomodidades, o, alternativamente asumir un riesgo relativamente "pequeño" y someterse a la intervención quirúrgica. Puesto en un dilema de tal tipo, el paciente no tiene casi elección posible.

Y una vez hecha la elección, se produce un fenómeno, ampliamente conocido en psicología social, de reducción de la disonancia cognitiva, reduciendo sus cogniciones "adversas" a la elección realizada y potenciando la "favorables". Así, el paciente puede "autoconvencerse" de la bondad de su decisión, dado que sería harto incómodo mantener una actitud de sospecha, respecto de ella. Además todos los miembros del hospital le alientan en ese proceso de "negación", comunicándole la noción de que el "buen paciente" es aquel que se plantea pocas cuestiones y se muestra cooperador, obediente y sumiso, como ya vimos.

Por su parte, los familiares se ven en la obligación de animar al paciente y ayudarle a ajustarse a la operación y a las incomodidades postquirúrgicas, tanto más cuanto en muchas ocasiones han colaborado en la tarea de "convencer" al paciente de la necesidad y beneficios de la intervención. Así, exhortan al

enfermo a obedecer ciegamente al médico del cual se han convertido de algún modo, en "cómplices" (sin ningún sentido peyorativo, sino sólo descriptivo). De ahí que se pueda escuchar muy frecuentemente: "Tú, lo que tienen que hacer es hacerle caso al doctor en todo, y ponerte bueno cuanto antes".

Dicho sea de paso, se produce así, por parte de familiares y amigos, una curiosa "victimación" del paciente, ya que, mientras se le recomienda que obedezca, en todo, al personal del hospital, se le otorga una intervención activa en su proceso de recuperación ("ponte bueno"), completamente fuera de lugar. El proceso es aquí similar al del médico, al recomendar la sumisión completa a la autoridad del personal del hospital, sobre todo al del médico, se elimina la posible co-culpabilidad en las eventuales complicaciones, que, en este caso, recaerían sobre la ineficacia del sistema, y, por otro lado, al "responsabilizar" al paciente de su propia recuperación se elimina la posible "mala conciencia" ante un desenlace negativo.

Así pues, la interacción social real tiende a neutralizar la expresión de los sentimientos de desconfianza, de ansiedad, de miedo, o de ira. Por tanto, el despliegue de "confianza" del paciente hacia su cirujano, no es una respuesta automática. Más bien la confianza es un efecto producido por los esfuerzos constantes de todos los implicados para expulsar, eliminar, ignorar y neutralizar la expresión (incluso la ocurrencia) de pensamientos y emociones molestas y entorpecedoras. Tales esfuerzos se realizan en varias líneas de acción (Millman, 1977): 1) Se realizan en el marco básico etiqueta de la interacción médico-paciente y en la cuidadosa censura de la información que trabaja para prevenir el reconocimiento y la expresión de la desconfianza. 2) Si falla esa estrategia, se pone en marcha una variedad de técnicas expresivas para minimizar o neutralizar la desconfianza del paciente una vez que ésta ha roto las barreras sociales y ha sido experimentada y desplegada. Se introduce una "atmósfera" de confianza y seguridad mediante las conductas del personal y los médicos. Todos forman un frente unido para apoyar el procedimiento que ha sido recomendado y su capacidad técnica, y se abstienen, por completo, de mostrar dudas o desacuerdos sobre el tratamiento, cualesquiera que sean sus opiniones privadas al respecto. Amigos y familia se unen habitualmente al personal en su canto de alabanzas hacia el hospital y en su intento de eliminar las preocupaciones del paciente. Una de las técnicas más importantes para asegurar la "confianza" del paciente es impedir que reciba ninguna información perturbadora. Dado que es posible que algún pariente cercano (sobre todo esposa, marido o hijo) pueda mostrar sus dudas o su ansiedad/miedo/aprensión ante el

paciente, el médico puede llegar a recomendar que el paciente no reciba visitas antes de la intervención, una vez tomada la decisión de llevarla a cabo.

Sin embargo, a despecho de los esfuerzos de todo el mundo por ocultar la información alarmante, diversos elementos perturbadores invariablemente irrumpen en la atención del paciente y perturban la confianza tan cuidadosamente desarrollada. Tales perturbaciones pueden provenir de varias fuentes: complicaciones inesperadas o malas experiencias en el hospital, conducta decepcionante por parte de los médicos, información alarmante que llega del entorno, signos de que el médico o los miembros de la familia no están diciendo todo lo que saben. Todas estas intrusiones desaffan la experiencia externa de confianza y seguridad que todo el mundo tuvo tanto cuidado en crear y, a menudo, el paciente tendrá que "neutralizar" estas señales para reinstaurar su propia confianza y fe en su cuidado quirúrgico. Basta como ejemplo, la situación de los pacientes de cirugía cardíaca en las UCIS, en las que el paciente practica consistentemente la negación de los acontecimientos negativos que ocurren en la unidad (Abram, 1970; Kimball, 1972) o los redefinen en términos positivos. Otra técnica común de neutralizar los sentimientos y expresión de la desconfianza implica el uso del humor. Es sabido que en numerosas ocasiones el humor sirve para expresar sentimientos y pensamientos que no pueden ser expresados directamente. En algunas ocasiones los chistes sobre la propia ira o desconfianza se combinan con la redefinición de la situación.

Por último, por no extendernos demasiado, el propio médico puede "redefinir" y neutralizar las expresiones de alarma de un paciente o sus dudas sobre la cirugía o el cuidado del hospital "descalificándolas". Puede asegurar al paciente que sus pensamientos y dudas son debidos a su "nerviosismo natural" más que a una valoración correcta de cualquier fallo real del equipo médico, del hospital o de su personal. También puede utilizar chistes o comentarios jocosos para minimizar los terrores o desconfianzas del enfermo. O puede, finalmente, neutralizar las expresiones de desconfianza del paciente tratándolas de "conducta inapropiada". Lo cual, naturalmente, descalifica al paciente, lo "victimita", añadiendo a su estado emocional un sentimiento de culpabilidad suplementario, por no estar comportándose del modo "debido". Además, cuando los miembros del personal responden a las indicaciones de desconfianza con la calificación de "conducta inapropiada", suelen aplicar una amplia gama de "castigos", sutiles o menos sutiles, que pueden considerarse "legales" dentro de la institución. Éstos pueden ir desde una amable regañina hasta medidas más extremas (por ejemplo, etiquetar al paciente de nervioso, inestable o neurótico, o

paranoico en el registro clínico). Una última técnica de neutralización de la expresión de la desconfianza por parte del paciente, que el médico suele utilizar, es el reconocimiento directo y la discusión de tal desconfianza con el enfermo, utilizándolas para amenazar al paciente con su retirada del caso. Esta amenaza es una de las tácticas más poderosas y efectivas que un médico puede emplear para detener o controlar las expresiones de quejas o desconfianza del paciente.

En resumen, esta "construcción social" de la confianza tiene unas consecuencias importantes para el cuidado del paciente. Sus pensamientos y sentimientos de duda y crítica al quedar sujetos a este complicado proceso de neutralización, el paciente se convierte en alguien fácilmente controlable, desde el punto de vista del personal del hospital. Sin embargo, llega a confiar cada vez menos en su propio juicio y en su capacidad de observación, puesto que no recibe ninguna validación social, y/o recibe un castigo social si los ejerce. Por el pequeño grado de comodidad que obtiene, ha de pagar el alto costo de una importante pérdida de autonomía, de autoestima, y de capacidad de control, con la aparición del estrés consiguiente a la contradicción entre sus estados cognitivos y emocionales reales y el esfuerzo por cambiarlos por aquellos que obtienen reconocimiento social. Así pues, el hospital constituye, en alto grado, un estresor social, con su peculiar sistema social y las interacciones sociales que genera.

Aunque no se pueda decir que el hospital (o la hospitalización) funcione como estresor psicológico por sí mismo, sin embargo, genera estados cognitivos o emocionales que sí que pueden considerarse como fuentes de estrés. Hemos aludido anteriormente a muchos de ellos. Sentimientos como los de la pérdida de la identidad, de intimidad y privacidad, de competencia y capacidad de razonamiento, de imagen física, de estima personal, de control, de independencia, de poder, etc., son todos ellos fuentes reconocidas de estrés en la mayoría de los trabajos al respecto.

Se puede asegurar que el hospital tiene una potencialidad estresora bastante grande desde el punto de vista de su propia estructura física. A niveles puramente intuitivos cualquier persona que haya padecido la experiencia de la hospitalización puede comprobar hasta que punto el ambiente físico del hospital es estresante. De forma que se puede considerar estresante de forma directa, porque produce estrés, y forma indirecta, porque no contribuye a resolver el estrés que el paciente ya está experimentando cuando ingresa.

El hospital genera, de forma directa, un tipo específico de estrés ambiental del que el diseño arquitectónico del hospital en general, y de algunas unidades especiales, en concreto son fuente importante. El uso físico de los servicios hospitalarios (o su mal uso) también puede producir estrés. Por ejemplo, el hecho de que un enfermo haya de permanecer encamado en un pasillo por falta de camas hospitalarias.

Un segundo apartado consiste en considerar al hospital como un obstáculo a la posibilidad de valoración y/o utilización de los recursos del individuo para afrontar el acontecimiento, coadyuvando de una manera indirecta a la producción del estrés.

El último punto analizado en el apartado anterior se solapaba con éste, puesto que hemos establecido en él que no se puede considerar al hospital como un estresor psicológico propiamente dicho, sino como un generador de sentimientos que son antagónicos de los sentimientos que podemos considerar recursos psicológicos del individuo. Desde este otro punto de vista, no se trata tanto de afirmar que el hospital genera, o incrementa, sentimientos de impotencia, de baja estima, de falta de imagen, etc., como de afirmar que el hospital impide que la persona ponga en juego sus recursos psicológicos. El resultado puede ser el mismo, pero el mecanismo que lo produce es, a nuestro modo de ver, muy diferente. Por ejemplo, la estructura y la dinámica sociales del hospital producen, al imponer su especial diseño de papel de paciente hospitalizado, la impotencia de la persona frente a sus circunstancias; pero además bloquean todo intento del paciente por reasumir su poder, aunque sea mínimo.

La teoría de Taylor (1979) de una sucesión temporal en la que a un corto período de reactividad sigue la instauración del desamparo, puede ilustrar lo que decimos. La iniciativa del enfermo por mantener algo de su control es descalificada por el sistema. Dicho con otras palabras, para que un acontecimiento ocurra yo puedo evitar que no ocurra, o hacer que ocurra. Una persona puede matar a otra dándole un veneno o no impidiendo que lo tome, o impidiendo que tome el antídoto. El resultado será el mismo, conseguido por acción, por omisión/bloqueo. La hospitalización trabaja en ambos sentidos, a nivel de recursos psicológicos, y, de hecho, casi a todos los niveles. Estresa e impide el uso de recursos para manejar el estrés.

Un ejemplo de lo dicho es el bloqueo de la capacidad de razonar de la persona. En este caso, no se trata de que el hospital genere incapacidad de razonamiento en el paciente, pero hace imposible la efectividad de su pensamiento.

Quizás sean dos las razones principales: primero, la persona hospitalizada no puede dejar de pensar en su enfermedad, estando, como está, dentro de un marco que la hace omnipresente, lo cual puede afectar a sus procesos cognitivos; segundo, el paciente está inmerso en un mundo sobre el cual sabe muy poco. Le falta conocimiento, no sólo de la enfermedad, sino del hospital, su funcionamiento, del personal que trabaja allí, etc. El paciente puede intentar entender lo que está ocurriendo allí pero su conocimiento es inadecuado y lo que le ocurre siempre parece quedar más allá de su control. Recordemos que una de las maneras de mantener (o lograr) control sobre el entorno es el conocimiento.

Por otro lado, nuestro conocimiento es parte de nosotros mismos, y cuando es incompleto nos sentimos también incompletos y ansiosos. Ciertamente, cuando se trata de temas abstractos o de temas que nos preocupan poco, si la información que tenemos es poca o incompleta, podemos simplemente dejar de pensar en ello o ponernos a pensar en otra cosa. Pero en el hospital eso es muy difícil, por no decir que es imposible. La "presencia" del hospital mantiene la "presencia" de la amenaza, es difícil dejar de pensar en ello y pensar en otra cosa. Más bien lo que ocurre es que el paciente busca más información y repite múltiples reinterpretaciones del material informativo que ya posee para subsanar una realidad deficiente. Más que alejarle del peligro percibido, cada nueva interpretación puede incrementar el miedo del paciente y la sensación de amenaza que siente.

En esa situación los procesos cognitivos quedan sin duda alterados por los déficits de información y por la dificultad de desviar el pensamiento del entorno en el que se está inmerso.

En primer lugar el hospital bloquea la expresión de los sentimientos, por lo que potencia su función estresante. Es decir el hospital bloquea, en general, los recursos psicológicos.

En segundo lugar, el hospital bloquea igualmente los recursos sociales. Por una parte, de una forma más indirecta, la progresiva hospitalización de la enfermedad (basta con ver el índice de inversión en recursos hospitalarios de la mayoría de los países en el occidente industrializado), ha contribuido a potenciar los elementos más negativos del rol de enfermo y a darle nuevas dimensiones estresantes. Por otra parte, todos nosotros estamos conectados con el mundo mediante nuestras relaciones con otras personas y nuestro lugar en el esquema social.

Nuestra interacción con los demás es vital para el mantenimiento de nuestra persona. Pero cuando estamos hospitalizados todas estas cosas cambian. Disminuyen, drásticamente, la cantidad y la calidad de los recursos sociales con los que habitualmente contamos. Aunque instrumentalmente contemos con la ayuda técnica de una institución social; en el hospital, sin embargo, los apoyos sociales de expresividad/afectividad se ven eliminados por la política misma de la neutralidad afectiva que suele mantener la institución. Y así mismo se elimina, casi por completo, la disponibilidad de otros recursos que no sean los meramente técnicos.

Todo el mundo social en que habitualmente vive la persona se ve súbitamente reducido a los estrechos límites de una habitación o una sala, que comparte con otras personas igualmente "desarraigadas", y de un conjunto de "profesionales" que tienen con ella una relación puntual, y que, como se ha visto, se cuidan mucho de establecer con el enfermo una relación que vaya no más allá de lo estrictamente necesario para su diagnóstico y/o tratamiento. En su situación de hospitalizado el paciente, sobre todo si es un niño, se ve imposibilitado de recurrir a los apoyos sociales más comunes, sobre todo al apoyo que le proporciona su familia. La ruptura de la interacción familiar habitual es una de las características más estresantes del acontecimiento de la hospitalización.

De hecho, si consideramos la ordenación de los acontecimientos estresantes de la hospitalización tal como la presentan Volicer y Bohannon (1978), podemos observar que los acontecimientos referidos a la falta de apoyos sociales están situados, casi en su totalidad, en la mitad superior: "contactos con el personal demasiado apresurados", "pensar en la pérdida de ingresos que supone el estar en el hospital", "lenguaje del personal incomprensible para el enfermo", "falta de visitas de la familia", "estar hospitalizados lejos de su hogar", "no tener seguro para pagar la hospitalización", "perder al/la esposo/a".

Por último, la dinámica hospitalaria impide directamente que el enfermo utilice sus propios recursos físicos. La hospitalización supone un obstáculo para la realización de conductas de afrontamiento, sobre todo de las que se califican como respuestas de acción directa. Así, la dinámica social intrahospitalaria y la aplicación del "modelo médico", impiden la emisión de respuestas de control o de participación, por parte del paciente, en su proceso de recuperación; imposibilitan casi totalmente las posibles respuestas de escape/evitación; potencian las respuestas de resignación o de aceptación de los acontecimientos; obstaculizan la reinterpretación positiva de ellos; dificultan extraordina-

riamente la realización de cambios de vida positivos, (dentro del hospital, por razones obvias, y fuera por la alta posibilidad de generar desamparo aprendido que, como ya vimos, existía). La dinámica de la hospitalización dificulta, igualmente, la realización de conductas confrontativas, dado que muchas de ellas son objeto directo de un cuidado psicológico, y, en algunos casos, del correspondiente entrenamiento que no existe en la práctica totalidad de los hospitales; potencia la adopción y representación del papel de enfermo en los términos exigidos por el modelo; obstaculiza las conductas de búsqueda de apoyo social; y prácticamente anula las de búsqueda de información.

En suma, los pacientes son personas con vidas que constituyen un complejo de experiencias, compromisos y direcciones, pasados, presentes y futuros. Esa complejidad, que a veces se simplifica hasta el punto de que la relación se establece no con el enfermo sino con la enfermedad, de la personalidad social humana sumada a la complejidad de la estructura del hospital, produce un plexo de relaciones también sumamente complicadas, pero cuyo saldo final es claramente negativo para el enfermo.

La posible solución al problema tampoco está nada clara, ni es tan simple. El reconocimiento del impacto psicosocial hospitalario puede significar un pequeño paso en la detección y alivio de los efectos estresores del hospital; supone un cierto reconocimiento de que tal estrés se produce y tiene consecuencias que pueden ser clínicamente relevantes.

En cualquier caso, nos conformamos con que lo expuesto signifique un paso en la detección y el alivio de los efectos estresores del hospital, y el reconocimiento de que tal estrés se produce y tiene consecuencias que pueden ser clínicamente relevantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abram H S. (1970): Psychological reaction to cardiac operation. A historical perspective. *Psychiatry Med.*; 1:277.
- Auerback S M. (1989): Stress management and coping research in the health care setting: an overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 57(3):388-395.
- Averill J R. (1973): Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*; 80:286-303.
- Bandura A, Walters R. (1963): Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura A. (1987): *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barrón S, Chacón F. (1992): Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Rev. Psicología Social*; 7(1):53-59.
- Baum A, Gatchel R J. (1981): Cognitive determinants of reaction to uncontrollable events: development of reactance and learned helplessness. *J. of Personality & Social Psy.*; 40:1078-1089.
- Beck A T. (1967): *Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects of depression*. New York: Hoeber Medical Division, Harper and Row.
- Beller E K. (1955): Dependency and independence in young children. *J. of Genetic Psychology*; 87:25-35.
- Ben-Zira Z. (1985): Potency: a stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. *Social Science and Medicine*; 21(4):397-406.
- Berkman L. (1985): The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En: Cohen S, Syme S L (Eds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Berkman L. (1986): Social network, support and health. *American Journal of Epidemiology*; 123:559-562.
- Billings A G, Moos R H. (1981): The role of coping responses and social resources in alternating the stress of life events. *J. of Behav. Med.*; 4:139-157.
- Blumberg E M, West P M, Ellis F W. (1954): A possible relationship between psychological factors and woman cancer. *Psychosomatic Medicine*; 16:277-286.

- Caplan R. (1979): Patient, provider, and organization. Hypothesized determinants of adherence. En: Cohen S J *Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives*. Washington, D.C.: American Association for the Advancement of Science.
- Carrobles J A, Godoy J. (1987): *Biofeedback*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cartwright A. (1964): *Human relations and hospital care*. London: Rontledge & Kegan.
- Castelnuovo-Tedesco P. (1961): *Depression in patients with physical disease*. New Jersey: Cranbury, Wallace Labs.
- Castro F, Rodríguez J. (1985): *Health care expectations of Mexican, Mexican American and Anglo American women*. (Unpublished).
- Castro F G, Rodríguez-Marín J. (1988): Creencias y expectativas respecto de la consulta médica: un análisis de diferencias culturales. *Revista de Psicología Social*; 3:135-150.
- Cervantes R. (1984): *The Oklahoma personal style inventory: a measure of construct validation*; Oklahoma City: Oklahoma State University. (Unpublished doctoral thesis).
- Cervantes R, Castro F. (1984): *Stress coping and Mexican American Mental health: A systematic review*. (Pre-print).
- Coates D, Wortman C. (1980): Depression maintenance and interpersonal control. En: Baum A, Singer J E (Eds.). *Advances in environmental psychology*. (Vol.2). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Cobb S. (1979): Social support and health through the life course. En: Riley M W. *Aging from birth to death: interdisciplinary perspectives*. Washington, D.C.: American Association for the Advancement of Science.
- Coe R M. (1970): *Sociology of medicine*. Second Edition. New York: McGraw-Hill.
- Coe R M. (1973): *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Cohen S, Glass D C, Phillips S. (1978): Environment and health. En: Freeman H E, Levine S, Reeder L G (Eds.). *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Cohen F, Lazarus R S. (1979): Coping with the stresses of illness. En: Stone G C, Cohen F, Adler N E (Eds.). *Health psychology: a hand-book*. San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Cohen F. (1980): Personality, stress and the development of physical illness. En: Stone G C, Cohen F, Adler N E. *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass Pub.
- Cohen S, Glass D, Singer J E. (1973): Apartment noise, auditory discrimination, and reading ability in children. *J. of Experimental Social Psychology*; 9: 407-422.

- Cohen S, Syme S L. (1985): *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Collado Ardón R. (1976): *Médicos y estructura social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Copeland D R. (1988): Stress and the Patient's family. En: Russell M F. *Stress management for chronic disease*. New York: Pergamon Press.
- Coser R. (1966): *Life in the ward*. East Lansing, Michigan: Michigan State University Press.
- Dean A, Lin N. (1977): The stress-buffering role of social support. *J. of Nervous and Mental Disease*; 169:403-417.
- De Araujo G, Van Arsdell P P, Helmes T W, Dudley D L. (1973): Life change, coping ability and chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*; 17:359-363.
- De Miguel J. (1983): *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.
- De Miguel J. (1985): *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel.
- Derogatis L R, Abeloff M, Melisaratos N. (1979): Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*; 242:1504-1508.
- Dimatteo R M. (1982): *New perspectives on a science of the art of medicine*. New York: Johnson, Grusky & Ravan.
- Dimatteo R M, Hays R. (1981): Social support and serious illness. En: Gottlieb B (Ed.) *Social network and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Dohrenwed B S, Dohrenwed B P (Eds.). (1974): *Stressful life events*. New York: Wiley & Sons.
- Dohrenwed B S, Dohrenwed B P. (1978): *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley & Sons.
- Duff R S, Hollingshead A B. (1968): *Shockness and society*. New York: Harper & Row.
- Durá E, Garcés J. (1991): La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*; 6(2):257-271.
- Durán M A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- Duttón D B. (1986): Social Class, Health and Illness. En: Aiken L H, Cechanic D (Eds.). *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Eiser S J. (1978): The medical student and the machine. *Harvard Medical Alumni Bulletin*; 53(1):14-16.

English E H, Baker T B. (1983): Relaxation training and cardiovascular response to experimental stressors. *Health Psychology*; 2:239-259.

Fleming R, Baum A, Singer J E. (1984): Toward an integrative approach to the study of stress. *J. of personality and social psychology*; 46(4):939-949.

Freidson E. (1970): *Professional of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodel Mead.

Fontana A F, Dowds B N, Marcus J L, Rakusin J M. (1976): Coping with interpersonal conflicts through life events and hospitalization. *J. of nervous & mental disease*; 162(2):88-98.

Franklin B L. (1974): *Patient anxiety on admission to hospital*. London: Study of nursing care project.

Freidson E. (1970): *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.

Gerth H H, Mills W (Eds.). (1958): *Max Weber: essays in sociology*. New York: Oxford University Press.

Glass D C. (1977): *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, N J: Laurence Erlbaum.

Goffman E. (1972): *Asylums*. Garden City, N.J.: Doubleday.

Goldman J, Schwab J J. (1965): Medical illness and patients' attitudes: somapsychic relationships. *J. of nervous and mental diseases*; 141(6):678.

Gordon D P. (1983): Hospital slang for patients: crocks, gomers, gorks and others. *Language in society*; 12(2):173-185.

Goss M E W. (1963): *Patterns of bureocracy among hospital staff physicians*. New York: Friedson.

Gore S. (1985): Social Support and Styles of Coping with Stress. En: Coh S, Syme L (Eds.). *Social Support and Health*. New York: Academic Press.

Greer S, Morris Y, Pettingale K W. (1979): Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*; 2:785-789.

Hall D. (1979): On calling for order: aspects of the organisation of patient care. En: Hall D, Stacey M (Eds.). *Beyond Separation*. London: Routledge.

- Hackett T P, Cassem N H. (1973): Psychological adaptation to convalescence in myocardial infarction patients. En: Naughton J P, Hellerstein H K, Mobler I C (Eds.), *Exercise testing and exercise training in coronary heart disease*. New York: Academic Press.
- Holmes T H, Rahe R H. (1967): The social readjustment rating scale. *J. of Psychosomatic Research*; 11:213-218.
- Hough R L. (1981): Socio-cultural issues in research and clinical practice: closing the gap. En: Serafetinides E A. *Psychiatric research in practice*. New York: Grune & Stratton.
- Hugh-Jones P, Tanser A R, Whitby C. (1964): Patients view of admission to a London teaching hospital. *British Medical Journal*; 2:660-664.
- Ilfield F W. (1977): Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry*; 134:161-166.
- Iscoc N, Williams J I, Szalai J P, Osaba D. (1991): Prediction of Psychosocial Distress in Patient with Cáncer. En: Osaba D. *Effect of cancer on quality of life*. Boston: CRC Press.
- Janis I L, Rodin J. (1979): Attribution, control, and decision making. En: Stone G, Cohen F, Adler N (Eds.). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Janis I L. (1958): *Psychological stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: Wiley & Sons.
- Johnston M. (1980): Anxiety in surgical patients. *Psychol.*; 10(1): 145-152.
- Jung J. (1984): Social support and its relation to health: a critical evaluation. *Med. Basic and Applied Social Psychology*; 5(2): 143-157.
- Justice B. (1988): Stress, coping and health outcomes. En: Rusell M L (Ed.). *Stress management for chronic disease*. New York: Pergamon Press.
- Kaplan de Nour A. (1981): Prediction of adjustment to haemo-dialysis. En: Levy N B (Ed.). *Psychonephrology I*. New York: Plenum.
- Karmel M. (1972): Total institution and models of adaptation. *J. of Clinical Psychology*; 28:574-576.
- Kassebaum G G, Baumann B O. (1965): Dimensions of the sick role in chronic illness. *J. of health & human behavior*; Spring. 6:16-27.
- Kaufman M R, Franzblau A M, Kairys D. (1956): The emotional impact of ward rounds. *J. Mt. Sinai Hosp.*; 23:782-803.
- Kimball C P. (1972): The experience of open-heart surgery. *Arch. Gen. Psychiatry*; 27:57.

- Kissen D M, Brown R I F, Kissen M. (1969): A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Annals of The New York Academy of Sciences*; 164:535-44.
- Kranz D S. (1980): Cognitive processes and recovery from heart attack; a review and theoretical analysis. *Journal of Human Stress*; 6:27-38.
- Kranz D S, Schultz R. (1980): A model of life crisis, control and health outcomes: cardiac rehabilitation and relocation of the elderly. En: Baun A, Singer J E (Eds.). *Advances in environmental psychology*; (Vol.2). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Lazarus R S, Folkman S. (1984): Coping and adaptation. En: Gentry W D (Ed.). *The handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- Lazarus R S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus R S. (1977): Psychological stress and coping in adaptation and illness. En: Lipowski Z J, Lipsi D R, Whubrow P C (Eds.). *Psychosomatic Medicine: Current Trends*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus R S, Launier R. (1978): Stress-related transactions between person and environment. En: Pervin L A, Lewis M (Eds.). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum Press.
- Leventhal H. (1975): *The consequences of depersonalization during illness and treatment. Humanizing health care*. New York: Wiley.
- Ley P. (1982): Giving information on patients. En: Eiser R (Ed.). *Social Psychology and Behavioral Medicine*. New York: Wiley.
- Lin N, Ensel W M, Simeone R S, et al. (1979): Social support, stressful life events and illness: a model & empirical test. *J. Health Soc. Behav.*; 20:108-119.
- Lipowski Z J. (1967): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, 2. Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*; 29(3):201-224.
- Lipowski Z J. (1970): Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry in medicine*; 1:91-102.
- Lipowski Z J. (1975): Physical illness, the patient and his environment: Psychosocial foundations of medicine. *American handbook of psychiatry*; 4:1-42.
- Lipowski Z J. (1969): Psychosocial aspects of disease. *Annals of internal medicine*; 71:1197-1206.

López-Roig S, Pastor M A, Rodríguez-Marín J. (1990): El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En: Rodríguez J (Ed.). *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad*. Barcelona: PPU.

López-Roig S, Pastor M A, Rodríguez-Marín J. (1993): Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas. En: Simón M A. *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Lorber J. (1975): Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general hospital. *J. of health and social behavior*; 16:213-225.

Maguire G P, Lee E G, Bevington D J, Kcheman C S, Crabtree R J, Cornell C E. (1978): Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British medical journal*; 1: 963-965.

Maier S F, Seligman M E P. (1976): Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*; 195:3-46.

Manderscheid R W. (1981): Stress and coping: a biopsychosocial perspective on alienation. *General systems*; 26:245-252.

Mason J W, Sachar E J, Fishman J R, Hamburg D A, Handlon J H. (1965): Corticosteroid responses to hospital admission. *Archives of General Psychiatry*; 13:1-8.

Mauksch H O. (1973): Ideology, interaction, and patient care in hospitals. *Social science and medicine*; 7:817-830.

Mauksch H, Tagliacozzo D M. (1962): *The patient's view of the patient role*. Chicago: Presbyterian-St.Luke's Hospital.

McIntosh J. (1974): Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: a selective review of the literature. *Social science & medicine*; 8:167-187.

Mechanic D. (1966): Response factors in illness: The study of illness behavior. *Social Psychiatry*; 1:11-20.

Mechanic D. (1974): Social structure and personal adaptation. En: Coelho G V, Hamburg D A, Adams J E (Eds.). *Coping & adaptation*. New York: Basic Books.

Mechanic D. (1976): Stress, illness and illness behavior. *J. of human stress*; 2:2-6.

Mechanic D. (1978): *Medical Sociology*. New York: New York Press.

Merton, R. (1957): *Social theory and social structure*. New York: Free Press.

Meyerowitz B E. (1980): Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*; 87:108-131.

- Mills R T, Kranz D S. (1979): Information, choice and reactions to stress: a field experiment in a blood bank with laboratory analogue. *Journal of Personality and Social Psychology*; 4:608-620.
- Millman M. (1982): The ideology of self-care. En: Grusky, Raven (Eds.). *Blaming the victims of illness*. New York: Johnson.
- Millman M. (1977): *The unkindest cut*. New York: McGraw-Hill.
- Mishler E G. (1981): Social contexts of health care. En: Mishler E G, et al. *Social contexts of health care and patient care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mishler E G, Tropp A. (1956): Status and interaction in a psychiatric hospital. *Human relations*; 9: 187-205.
- Mishel M H. (1984): Perceived uncertainty and stress in illness. *Res. Nur. Health*; 7(3):163-171
- Monat A, Lazarus R S (Eds.). (1977): *Stress and coping: an anthology*. New York: Columbia Univ. Press.
- Moos R H. (1977): *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Moos R, Taylor S. (1979): *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Moos R H, Tsu V D. (1977): The crisis of physical illness: an overview. En: Moos R H (Ed.). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Morris T. (1979): Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer treatment reviews*; 6:41-61.
- Neary D. (1976): Neuropsychiatric sequelae of renal failure. *British Medical Journal*; 1:122-130.
- Nichols K A. (1984): *Psychological care in physical illness*. London & Sydney: Croom Helm.
- Northup L, Weiner M I. (1984): Hospitalization, life change and ability to cope with asthma *J. of Psychosomatic Research*; 28(3):177-183.
- Parsons T, Fox R. (1958): Illness, therapy and the modern urban american family. En: Jaco E G (Ed.). *Patients, physicians and illness*. New York: Free Press.
- Parsons T. (1951): *The social system*. Chicago, Illinois: Glencoe Free Press. (Traducción española: El sistema social, 1966. Madrid: *Revista de Occidente*).

- Pastor M A, López-Roig S, Rodríguez-Marín J. (1990): Estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados. En: Rodríguez J (Ed.). *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad*. Barcelona: PPU.
- Paykel E S. (1974): Life stress and psychiatric disorder. En: Dohrenwend B S, Dohrenwend B P (Eds.). *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley.
- Pearlin L I. (1983): Role strains and personal stress. En Kaplan H B. *Psychosocial stress: trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Pearlin L I, Liebergman M A, Menaghan E G, Mullan J T. (1981): The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*; 22:337-356.
- Pearlin L I, Relabauch C. (1976): Economic strains and the coping functions of alcohol. *American J. of Sociology*; 85:652-663.
- Pearlin L I, Schooler C. (1978): The structure of coping. *J. of health and social behavior*; 19:2-21.
- Peiró J M, Salvador A. (1993): *Control del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- Pennebaker J W. (1982): *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Perez M, Reicherts J. (1992): *Stress, coping, and health*. Seattle: Hofrefe & Huber Pub.
- Perez R G. (1982): *Stress and coping as determinants of adaptation to pregnancy in hispanic women*. Los Angeles: University of California. (Doctoral dissertation).
- Perrow C. (1963): Goals and power structures. A historical case study. En: Freidson E (Ed.). *The hospital in modern society*. Toronto: Free Press.
- Pride L F. (1968): An adrenal stress: index as a criterion for nursing. *Nur. Res.*; 17:292-303.
- Rahe R H. (1972): Subjects' recent life changes and their near-future illness susceptibility. *Advanced Psychosomatic Medicine*; 8: 2-19.
- Raps C S, Peterson C, Jonas M, Seligman M. (1982): Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance or both? *Personality and Social Psychology*; 42(6):1036-1041.
- Raphael W. (1969): *Patients and their hospitals*. London: King Edward Fund.
- Ridder D, Schreurs K. (1996): Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychology, Health and Medicine*; 1(1):71-82.

- Rodríguez-Marín J. (1986): El impacto psicológico de la hospitalización. *Análisis y Modificación de Conducta*; 33:421-440.
- Rodríguez-Marín J, Castro F. (1985): Estilos de vida y salud. *Campus*; 4:6-8.
- Rodríguez-Marín J. (1990): Apoyo social y salud. Simposios. III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela: Tórculo A G.
- Rodríguez-Marín J. (1992): Estrategias de afrontamiento y salud mental. En: Álvaro J L, Torregrosa J R, Garrido A. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez-Marín J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín J, Pastor M A, López-Roig S. (1993): Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*; 5 (suplemento):349-372.
- Roth S, Kubal L. (1975): Effects of noncontingent reinforcement on ranks of differing importance: facilitation and learned helplessness. *J. of Personality and Social Psychology*; 32:680-691.
- Rotter J B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*; 80:1-60.
- Sabbioni M E. (1991): Cancer and stress: a possible role for psychoneuroimmunology in cancer research. En: Cooper C L, Watson M (Eds.). *Cancer and Stress: psychological, biological and coping studies*. New York: Wiley and Sons.
- Sangrador J L. (1986): El medio físico construido y la interacción social. En: Jiménez Burillo F, Aragonéz J I (Eds.). *Introducción a la psicología ambiental*. Madrid: Alianza.
- Sarason I G, Johnson J H, Siegel J M. (1978): Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of consulting and clinical psychology*; 46:932-946.
- Seeman M, Evans J W. (1961): Stratification and hospital care: II. The objective criteria of performance. *American Sociological Review*; 26:193-204.
- Seeman M. (1959): On the meaning of alienation. *American Sociological Review*; 24:783-791.
- Segall A. (1976): The sick role concept: understanding illness behavior. *J. of health and social behavior*; 17:163-170.
- Seligman M E P. (1975): *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

- Selye H. (1956): *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye H. (1976): *Stress in health and disease*. Woburn, Mass.: Butterworth.
- Silver R L, Wortman C B. (1980): Coping with undesirable life events. En: Garber J, Seligman M. *Human helplessness: theory and applications*. New York: Academic Press.
- Simonton O C, Simonton S S. (1975): Belief. Systems and management of the emotional aspects of malignancy. *Journal of Transpersonal Psychology*; 7:29-47.
- Skipper J K, Tagliacozzo D, Mauksch H. (1964): Some possible consequences of limited communication between patients and hospital functionaries. *J. of Health and Human Behavior*; 5:34-39.
- Spielberger C D. (1972): *Anxiety, Current Trends in Theory and research*. (Vol. 2). London: Academic Press.
- Srole L, et al. (1962): *Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw-Hill.
- Starret D. (1961): Psychiatric mechanisms in severe disability. *Rocky mountain medical journal*; 58: 42.
- Stewart A L. (1982): Coping with serious illness: a conceptual overview. En: Kaplan R M, Dimatteo M R (Eds.). Cambridge, MA.: Ballinger, Harper & Row.
- Taenzer P. (1986): Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*; 24(3):331-342.
- Tagliacozzo D L, Mauksch H O. (1972): The patient's view of the patient's role. En: Jaco E G (Ed.). *Patients, physicians and illness*. New York: Free Press.
- Taylor C. (1970): *In horizontal orbit*. New York: Hret, Rinehart, Winston.
- Taylor S E. (1983): Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*; 38(11):1161-1173.
- Taylor S E. (1986): *Health Psychology*. New York: Random House.
- Taylor S E. (1979): Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control? *J. of social issues*; 35:156-184.
- Taylor S E, Levin S. (1976): *The Psychological impact of breast cancer: a review of theory and research*. San Francisco: West Coast Cancer Foundation.
- Twaddle A C, Hessler R M. (1977): *A sociology of health*. Saint Louis: C V Mosby Co.

- Vanoss M B, Marín G, Padilla A, De La Rocha C, Fay J. (1983): Health care utilization by low-income clients of a community clinic: an archival study. Los Angeles: SSMHRC.
- Volicer B J, Volicer L. (1978): Cardiovascular changes associated with stress during hospitalization. *J. of Psychosomatic Research*; 22(3):159-168.
- Volicer B J, Bohannon M W. (1975): A hospital stress rating scale. *Nursing research*; 24(5):352-359.
- Volicer B J. (1974): Patient's perceptions of stressful events associated with hospitalization. *Nursing research*; 23(3): 235-238.
- Volicer B J. (1973): Perceived stress levels of events associated with the experience of hospitalization: development and testing of a measurement tool. *Nursing research*; 22(6): 491-497.
- Wallston B S, Alagna S W, De Vellis B M, De Vellis R F. (1983): Social support and physical health. *Health Psychology*; 2(4):367-391.
- Wallston B S, Wallston K A, Kaplan G D, Maides S A. (1976): Development and validation of the health locus of control scale. *J. of Consulting and Clinical Psychology*; 44:580-585.
- Wallston K, Wallston B, Devellis R. (1978): Development of the multidimensional health locus of control. *Scales Health Educational Monographs*; 6:160-176.
- Weisman A D, Worden J W. (1976): The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*; 7:1-15.
- Wilson R. (1963): The social structure of a general hospital. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*; 346:67-76.
- Wilson-Barnett J, Carrigy A. (1978): Factors affecting patients' responses to hospitalization. *J. of Advanced Nursing*; 3(3):221-228.
- Wilson-Barnett J. (1979): *Stress in hospital*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Wortman C B, Dunkel-Schetter C. (1979): Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *J. of Social Issues*; 35:120-155.
- Wortman C B, Brehm J W. (1975): Responses to uncontrollable outcomes: an integration of reactance theory and the learned helplessness model. En: Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. (Vol.8). New York: Academic Press.
- Wriglesworth J M, Williams J T. (1975): The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International journal of nursing studies*; 12:123-132.

Wright L M, Leahey M. (1987): Families and chronic illness. Springhorise, Penn.: Springhorise Corporation.

Wolf R. (1970): Emotional reactions to hysterectomy. *Postgraduate Medicine*; 47:165-169.

Wortman C B, Conway T L. (1985): The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En: Cohen S, Syme S L. (Eds.). *Social Support and Health*. Orlando, Fl.: Academic Press.

Zastowny T R, Roghmann K J, Cafferata G L. (1989): Patient satisfaction and the use of health services. *Explorations in causality. Medical Care*; 27(7):705-723.

PROGRAMA DE PUBLICACIONES EASP

El Programa de Publicaciones de la EASP es el producto natural del quehacer docente, de investigación y de asesoría de la institución.

La política de publicaciones de la EASP tiene como propósito: a) Difusión de conocimientos actualizados sobre la promoción de la salud; b) Difusión de conocimientos que promuevan y faciliten la cooperación técnica de la EASP con Andalucía y España y otros países; c) Desarrollo de la "memoria técnica" de la EASP mediante el registro e indización de su producto intelectual en forma de documentos científico-técnicos.

Para lograr los objetivos se pone énfasis en la selección y el balance de temas, el control de calidad del contenido de las publicaciones y la co-publicación con otras instituciones.

Los productos consisten en publicaciones de actualización de carácter técnico-general y de carácter técnico-especializado:

- a. **Serie de Monografías.** *Corresponden a obras específicas que contienen actualizaciones sobre temas relevantes. También hay monografías con información sobre recursos didácticos de promoción de salud, como es el caso de los Catálogos de material didáctico.*
- b. **Serie de Documentos Técnicos.** *De contenido científico-técnico que versan sobre algún tema especializado.*
- c. **Serie de Ponencias, Conferencias y Comunicaciones a Congresos y Jornadas.**
- d. **Publicaciones CADIME.** *El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) elabora tres publicaciones periódicas: Boletín Terapéutico Andaluz, Monografías y Ficha de Novedad Terapéutica, y también edita y distribuye la Alergia de Farmacovigilancia que elabora el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.*
- e. **Serie Red de Actividades de Promoción de Salud.** *Se trata de una revista de idéntico título, de periodicidad anual, la cual reseña actividades y facilita contactos e intercambio de información entre los grupos constitutivos de la Red. Los números 4 y 5 se han dedicado a los temas de "Sexualidad y salud" y de "Sida y salud", respectivamente.*
- f. **Publicaciones Misceláneas.** *Publicaciones no incluidas en las categorías anteriores.*

