

ASPECTOS SUBJETIVOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

José Manuel García Arroyo

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

Resumen.

Este artículo tiene como objetivo estudiar las reacciones emocionales de los pacientes a la hospitalización, especialmente cuando ocasionan problemas de comunicación con el médico. Se tomó una muestra de sujetos adultos que consultaron a la APPS (total: 14), a quienes se les aplicó el "Método de Abordaje de la Subjetividad" (MAS), consistente en realizar entrevistas no-directivas por medio de las cuáles se obtuvieron sus frases más emblemáticas, con las que fue posible reconstruir los fenómenos subjetivos. Se identificaron distintas emociones (miedo, ira, rabia, etc.), relacionadas con las exigencias que tenían que cumplir en el ingreso. Esto nos ha permitido definir dos reacciones disfuncionales: la "sumisa" y la "rebelde" y en ambas se produce un trastorno importante de la relación médico-enfermo. El médico debe conocer bien las reacciones disfuncionales expuestas, su origen y los problemas que ocasionan, ya que solo así puede intentar modificarlas.

Palabras clave. Hospitalización. Sumisión. Rebeldía. Reacciones disfuncionales. Método de Abordaje de la Subjetividad (MAS).

Abstract.

This article aims to study the reactions of patients to hospitalization, especially when they cause problems of communication with the physician. To this end, we took a sample of adult patients who consulted in the APPS (total: 14 subject), who were treated with the "Method of Approaching to the Subjectivity" (MAS), consisting of non-directive interviews through which we obtain the emblematic phrases from the patient which make possible to reconstruct the subjective phenomena. Different emotions (fear, anger, rabies, etc.) related to the requirements that patients had to undergo during the income were identify. This has allowed us to define two dysfunctional reactions: the "submissive" and the "rebellious", and in both there is an important disorder of medical-patient communication. The doctor should know well the dysfunctional reactions exposed, their origin and the problems that causes, since only then it will be possible to try to modify them.

Key words. Hospitalization. Submission. Rebellion. Dysfunctional reactions. Method of Approaching to the Subjectivity (MAS).

1. Introducción

Un hospital es una unidad física y social operativa cuya finalidad última consiste en devolver la salud al paciente hasta donde sea posible, intentando recuperarlo para la sociedad de manera que pueda continuar con sus actividades habituales; no siempre se consigue este objetivo, presentándose casos incurables en los que la hospitalización tiene fines más modestos (García Arroyo, 2021). A la función asistencial se le añaden las de docencia e investigación, como se da en cualquier parte de un sistema de salud moderno.

La palabra "hospital" deriva de hospites ("huesped"), refiriéndose a la "persona necesitada de asilo". Se trata de una denominación que parte de las instituciones de caridad que, apoyándose

en el Cristianismo, funcionaron durante toda la Edad Media; por entonces, lo importante no era curar sino cuidar de los enfermos y también de los necesitados e indigentes. En ese momento histórico, se había olvidado el origen de estos establecimientos en los templos griegos dedicados al dios Asclepio.

La diversidad de fines y de estructuras asociadas originan distintos tipos de hospitales (generales, psiquiátricos, maternales, rehabilitadores, asilares, etc). Los que aquí nos interesan son los generales que se ocupan de patologías reversibles, interviniendo en el diagnóstico y tratamiento, así como en la protección del paciente de las exigencias del medio. Se procura que la duración de las estancias en ellos se reduzca al máximo y que se oriente hacia una incorporación social rápida (Gallar, 2007), de manera que la antigua función de custodia prácticamente ha desaparecido (Coe, 1984). Esto hace que el hospital sea el prototipo de organización con fines complejos: un hotel, una escuela, un laboratorio y un lugar de tratamiento (Wilson, 1963).

El Hospital General cuenta con una serie de personas, distribuidas en dos grupos: los "sanitarios" y los "administrativos", pudiendo ambos entrar en conflictos de intereses (Smith, 1955) y en problemas de ejecución, debido al doble sistema de mando (Coe, 1984). Son características de cualquiera de ellos las siguientes: división del trabajo en grupos especializados, cohesión dentro de cada grupo, ordenación jerárquica con asignación de roles y principio de autoridad con normas de funcionamiento claras.

El hecho de que el hospital muestre un régimen de autoridad que exige obediencia, tanto de profesionales sanitarios como de enfermos, hace que no baste con que estos últimos cooperen, sino que deben comportarse de una determinada manera. Hablamos de mandatos que abarcan diferentes áreas funcionales: vestimenta, horario de comidas, sometimiento a pruebas e intervenciones, tiempos de visita, etc. Evidentemente, las normas se hacen más rígidas cuando el hospital tiene mayor tamaño, debido a la necesidad de control, con lo que disminuyen las iniciativas de los pacientes haciéndose la relación terapéutica menos espontánea (Rodríguez Marín, 2001).

Dadas las características citadas, el ingreso se constituye en un acontecimiento alienante, que se presenta como: extraordinario (no forma parte de la experiencia cotidiana), imprevisible (no suele estar programado), indeseado (salvo casos de gran molestia o dolor, nadie lo quiere) e incontrolable (obliga a ceder la dirección a los profesionales sanitarios) (García Arroyo, 2021). Así las cosas, la decisión del internamiento casi nunca recae en el paciente (se cifra solo en un 2 %) (Greenley, Davidson, 1988) y suele tomarse en circunstancias muy particulares (enfermedades graves, necesidad de cuidados que no pueden dispensarse en el domicilio o fracaso de los tratamientos utilizados) (Moor, 1973).

La hospitalización en sí misma supone un cambio drástico en la vida de una persona, pues la lleva a asumir un nuevo rol en el que no tiene experiencia, al tiempo que se pierden los restantes (Rodríguez Marín, 2001). Dentro del desempeño hospitalario se encuentran en un lugar destacado la obediencia y la dependencia exigidas; de hecho, el ingreso coloca al paciente en una situación de máxima dependencia, asumiendo el personal los medios, recursos y movilidad del enfermo, mientras éste se torna en un "menor de edad" que está allí para ser curado (Rodríguez Marín, 2001). Se espera que actúe pasivamente frente a los cuidados médicos (Coe, 1984), no quejándose y prestándose a cooperar (Wessen, 1966).

Del mismo modo, se produce lo que Coe (1984) llama "proceso de desnudamiento", consistente en separar al paciente de sus símbolos personales otorgándole otros que le dejan indefinido (uniforme, cama, número, trato impersonal, etc.). Esto se asocia a la

despersonalización y deshumanización que sufre, si bien los más graves pueden no darse cuenta en el momento de la admisión pero, durante la convalecencia, suelen captarlo (DeLange, 1963).

Estas demandas específicas dan lugar a reacciones emocionales que el médico tiene que conocer muy bien pues, en última instancia, son las responsables de la perturbación de la relación con sus pacientes; de su reconocimiento va a seguirse la posibilidad de manejar adecuadamente la comunicación en dicha relación (Uribe *et al.*, 2010; Guzmán *et al.*, 2011). En esta coyuntura, habría que considerar un nuevo problema: en los grandes hospitales se reduce la posibilidad de entender y manejar las emociones de los internados (Rodríguez Marín, 2001).

Lo que mueve esta investigación es estudiar en profundidad las reacciones de los enfermos y sus consecuencias comunicativas, intentando ir más allá de las explicaciones que se han dado hasta el momento; tales propuestas se han realizado desde puntos de vista que no tienen en cuenta la subjetividad de la persona implicada. Considerar las experiencias íntimas del paciente viene muy bien a los presupuestos de la medicina contemporánea, basada en el modelo biopsicosocial (Engel, 1977), que invita al médico a considerar, además de los aspectos somáticos, los componentes psicológicos (léase “subjetivos”) de cualquier problema.

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

2. Material y método

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

Los casos considerados son los siguientes:

***P-1.** Mujer de 68 años. Ingresada por fractura de cadera. Intervenida quirúrgicamente y dada de alta. Plantea problemas al personal sanitario.

***P-2.** Varón de 61 años. Ingresado por neumonía atípica. No plantea ningún problema al personal sanitario.

***P-3.** Mujer de 62 años. Ingresada por taquicardia paroxística supraventricular, no controlable con la medicación habitual. En su caso no se producen problemas con personal sanitario.

***P-4.** Varón de 57 años. Ingresado por pancreatitis aguda de etiología desconocida (no debida al alcohol). Plantea problemas al personal sanitario.

El diálogo con ellos permitió que rememoraran la experiencia del ingreso, lo que puso de manifiesto las correspondientes reacciones, tanto del paciente como del médico, al tiempo que se descubrieron los componentes (inter)subjetivos y comunicacionales implicados en el problema analizado. Se ha empleado el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS), que antes se aplicó a la investigación de múltiples patologías (distimia, hipocondría, reacciones ante el diagnóstico de cáncer, mastectomizadas, dismenorrea, etc.) con resultados bastante alentadores (García Arroyo, 2016).

El MAS (García Arroyo, 2016) utiliza entrevistas no-directivas en las que el paciente puede expresarse con naturalidad en un clima relajado, tranquilo y acrítico. Las preguntas que se le dirigen son abiertas, de manera que puede contestar con la amplitud y el tiempo que necesite, no entorpeciendo la libre expresión de sus sentimientos y emociones. El material obtenido es de naturaleza verbal y está compuesto por “enunciados”, si bien no todos pueden emplearse en la investigación debido a la intrascendencia de muchos de ellos para el asunto tratado. Esto hace que se separen dos formas de enunciados (García Arroyo, 2016): a) los “útiles” o “tipo I”, que contienen la información que aporta las claves del problema estudiado y b) los de “tipo II” o “inútiles”, que son sistemáticamente desechados por no contener ninguna información relevante y suelen referirse a asuntos baladíes (p. ej. “tengo pensado viajar a Italia”, “mi vecina ya tiene novio”, etc.). Se observa cómo, a lo largo de las entrevistas, los pacientes ganan en expresividad (verbal), logrando formular el problema sometido a análisis de una manera más clara y definida. Los enunciados “tipo I” se agrupan por su similitud (“enunciados convergentes”), ya que muestran un sentido parecido (*sinn*) y se refieren a lo mismo (*bedeutung*) (Frege, 1984), mientras el contexto (consulta médica) permanece constante. Con dichos enunciados van a constituirse diferentes categorías, que dan cuenta de las alteraciones comunicativas y emocionales de los entrevistados.

Se desprende de lo expuesto que el método es cualitativo, ya que no emplea la numeración ni la estadística; además, en otro lugar hemos demostrado que la subjetividad no puede ser cuantificada (García Arroyo, 2001a, 2001b).

3. Resultados

Los resultados incluyen las distintas categorías que hemos separado a partir de los enunciados obtenidos (de “tipo I”), las cuáles representan los componentes subjetivos del problema.

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

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

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

comprendía nada y tampoco me explicaban nada. Esto me ponía totalmente alterada y respondía”.

-Desconcierto. El paciente se siente perdido durante el ingreso (**P-1**: *“Intentaba atar cabos, pero eso para mí era imposible porque no sabía qué decían”*. **P-3**: *“No sabía qué pasaba, no entendía nada, no me informaban de nada”*). Suele relacionarse con la información deficiente que circula en la mayoría de los hospitales, aspecto señalado por numerosos autores (Brannon, Feist, 2001) (**P-4**: *“A mí no me decían absolutamente nada y eso me dejaba muy intranquilo”*).

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

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

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

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

-Ansiedad. Supone un nerviosismo o intranquilidad de carácter inespecífico (**P-3**: *“Si me ponía a pensar dónde estaba y qué hacía allí, me alteraba mucho y el corazón se me disparaba”*. **P-4**: *“Me intranquilizaba tener que estar allí encerrado y por las noches no descansaba”*).

Las emociones se encuentran fuera de la comprensión y de la reflexión del internado, de ahí el difícil manejo por parte de este; funcionan, en el sentido de Ewald, como un “cortocircuito afectivo” (Lersch, 1968).

3.2. El origen de las reacciones emocionales. Como pudimos comprobar, estas se presentan en respuesta a la exigencia de adaptación al rol de paciente hospitalizado, concretamente a la solicitud de obediencia. Por lo general, señalaron que lo que más les afectaba era tener que asumir las normas hospitalarias (**P-1**: *“Que te digan a tu edad lo que tienes que hacer, me parece excesivo, sobre todo cuando algunos de ellos son tan jóvenes”*. **P-2**: *“No sé cómo se puede aguantar tener que estar allí metido por cojones, en un sitio tan desagradable”*. **P-4**: *“Para mí aquello era inaceptable, me refiero a tener que sufrir una falta de libertad como esa”*).

Hay que decir que los pacientes estudiados fueron ingresados en grandes hospitales y que las normas de funcionamiento eran más rígidas, como antes se especificó.

3.3. Formas disfuncionales de reaccionar. Hemos hallado dos formas en los enfermos que tratamos:

a) **“Postura sumisa” o de “sometimiento”**. La descubrimos en los casos **P-3** y **P-2**. Detectamos las siguientes características:

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

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

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

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

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

Estas afirmaciones indican que no se trata, como se ha dicho, de que aprenden lo que se espera de ellos (colaboración, no entorpecer la labor del personal, respeto, etc.). Ante la situación indeseada que se les plantea actúan pasivamente, dejándose llevar y aceptando la dependencia-pasividad. Dado que el ingreso les desborda por completo, se colocan como un objeto en manos del Otro, que va a disponer de ellos. Eso implica que, ante la impotencia que el paciente siente, al no poder hacer nada por su mejoría, le otorga toda la potestad a un Otro, considerado omnipotente. Si no puede curarse con sus propias actuaciones adopta la actitud sumisa, de manera que el Otro mágicamente va a arreglar el problema sin él/ella hacer nada en absoluto y sin siquiera interesarse por lo que le está sucediendo.

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

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

chocarle la pasividad del paciente e intentar que reaccione (**P-3**: *“El médico me decía: señora, hable, dígame algo, por favor”*). En la Figura 1 presentamos un grafo que da cuenta de la dinámica del paciente sumiso.

b) “Postura rebelde” o de “obstinación”. La descubrimos en los casos **P-1** y **P-4**, en quienes hemos hallado las siguientes características:

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

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

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

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

-No se descubre ningún aprendizaje en las actitudes que adopta el internado. Más bien se trata de una respuesta espontánea, como ellos mismos afirmaron: **P-4**: *“Yo solo sé que a mí me salía la mala leche de dentro, sin pensar en nada y sin proponerme nada”*. **P-1**: *“Quería estar bien con ellos, de verdad, pero lo que me salía era ser desagradable sin proponérmelo”*.

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

En realidad no creen en la omnipotencia del Otro, no piensan que el médico lo sepa o lo conozca todo, por lo tanto, no pueden dejar de estar alertas, imposibilitando el dejarse llevar y ponerse en manos de alguien. A resultas de ello, se convierten en personas difíciles de atender y, como los “sumisos”, también suelen ser malinterpretados. Suele pensarse que son personas desagradables, maleducados, intransigentes, que no saben estar, groseros, etc; de ahí que se les haya denominado “malos pacientes”. Debajo de estas apariencias (¡que engañan!) encontramos un rechazo a la regresión, tomando una postura “progresiva”, en la que se enfrentan a una situación para la que realmente no están preparados, por eso no están conformes con nada y discuten, no cooperan, se enfrentan, etc. No se trata de un paciente “malo”, sino de alguien que no sabe cómo reaccionar para conservar su autonomía, la cuál no está acostumbrado a perder (“a mí no me digas lo que tengo que hacer, que soy mayorcito”). Tampoco existe un verdadero asumir el “rol de enfermo” porque no entienden que dejarse

llevar, en lo relativo a la enfermedad, las normas higiénicas o los tratamientos, no implica una pérdida de la autonomía.

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

4. Discusión y conclusiones

A pesar del intento actual de limitar el número de ingresos, debido a que muchas pruebas e intervenciones se realizan fuera del hospital y se acortan las estancias (Brannon, Feist, 2001), el internamiento puede ser necesario para una persona, en cuyo caso suele producirse un impacto psicológico (Hernández *et al.*, 2005; Fullerton *et al.*, 2003). Este se asocia con verse, de repente, introducida en un sistema autoritario que implica la existencia de actuaciones reglamentadas, como medio eficaz por el que un número escaso de personal mantiene bajo control a un gran número de pacientes. Las normas de este contexto les obligan a moverse en márgenes muy estrechos y exageran ciertas características de la relación médico-enfermo: dirección e iniciativa del profesional y obediencia del enfermo. Como señala Coe (1984), el individuo hospitalizado se convierte en un “niño sometido” a una autoridad superior de la cuál depende, por su propio bien. Evidentemente, no todos los internados van a responder de una manera favorable a estas exigencias, pudiendo aparecer “reacciones disfuncionales”. No se trata de algo nuevo, pues estas fueron estudiadas desde distintos ángulos pero, que sepamos, no se ha planteado nunca la forma de vivir estas circunstancias desde la subjetividad; esta es la novedad de la presente investigación.

Para alcanzar este fin invitamos a un grupo de pacientes, que fueron hospitalizados y que presentaron estas reacciones, a hablar libremente de sus experiencias. El hecho de que acudieran a consultar a la APPS (aunque fuera por un motivo distinto) nos dio la oportunidad de estudiar dichas manifestaciones psíquicas en profundidad. Se utilizó con ellos el “Método de Abordaje de la Subjetividad” (MAS) que ya ha dado abundantes frutos con distintas manifestaciones clínicas (duelos, hipocondría, dismenorrea, distimias, etc.) (García Arroyo, 2016, 2017a, 2017b, 2017c; García Arroyo, Domínguez, 2011, 2014). Este consiste en escuchar atentamente al paciente en el ambiente cálido y tranquilo de una consulta y recoger sus expresiones verbales con exactitud, mediante entrevistas no-directivas. Un paso más allá, pretende seleccionar los enunciados adecuados para la investigación (“tipo I”) y formar con ellos categorías; estas últimas representan los componentes de la subjetividad que estábamos buscando.

Se podría achacar al estudio que el material obtenido es retrospectivo, confiando en la memoria del sujeto, y no de manera directa durante el propio ingreso. Creemos que esto no supone un problema, sobre todo si pensamos que los enunciados “tipo I” aparecen, en principio, acompañados de abundantes manifestaciones emocionales, que representan formas expresivas que muestran como realmente se experimentó el ingreso. Recordemos que Freud conceptualizó el mecanismo de la “represión” a partir de darse cuenta de que los hechos

revividos conservaban la misma vivacidad que cuando fueron experimentados; así, “vivir” y “revivir” eran fenómenos equivalentes para el médico vienés. Aquí hemos visto algo parecido, dado que el dolor se conservaba intacto.

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

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

Las emociones que aparecen en estos casos son las de: miedo, temor, pena, impotencia y fatalismo, lo que sugiere que, muchas de estas personas, pueden haber tomado una postura de derrota ante algo inmanejable. De este modo, no asumen el “rol de enfermo” porque tendrían que: interesarse e investigar sobre su patología, motivarse para ponerse bien, hacer algo en su propio beneficio, etc. (Parsons, 1984). Taylor (1979) ha señalado que este comportamiento no es positivo, pudiendo ir en detrimento de la propia recuperación y se ha apuntado también el riesgo que tienen de “hospitalismo” (Coe, 1984).

Puede equipararse lo expuesto a una de las formas señaladas por Hollender (1956): el prototipo de relación “madre-lactante”, con un médico activo y un paciente pasivo. Si tenemos en cuenta el “control en la relación” (Rotter, Hall, 1992), el médico lo mantiene alto y el paciente bajo, tomando el primero el papel de “cuidador”. Además, plantean un problema importante de comunicación, que se sustenta en la diada (médico-paciente) que se forma en estos casos: al comportarse de una forma “tan correcta”, hacen pensar que están colaborando y, al no quejarse, hacen creer que no necesitan nada. Entonces, el médico opta por desentenderse de ellos, pudiendo dejar de observar signos y síntomas capitales.

2ª) “Postura rebelde” o de “obstinación”. El sujeto se instala en la queja y en la demanda, llegando al desafío y al opositorismo, hallándose alerta y desconfiado, lo que ocasiona frecuentes choques con los sanitarios. Aquí hallamos una oposición frontal a la dependencia y a las normas que exige el ingreso, de manera que las emociones registradas son: ira, rabia, disforia y desconfianza; algunos autores han hablado de “reactancia” en estos casos (Brehm, 1956). En los pacientes estudiados no hemos encontrado casos extremos de este comportamiento, en los que pudieran presentarse agresiones verbales o físicas o grandes transgresiones (beber, flitear, abandono del hospital, enfrentamiento, etc.).

Aquí el sujeto no quiere ponerse en manos del Otro, que dispondría de él a su antojo, ni tampoco ser un simple objeto de estudio. El comportamiento tiene que ser activo, sin dejarse llevar, lo que se debe a que no cree en el poder del Otro sobre la enfermedad, teniendo que mantenerse vigilante por lo que pudiera pasar. Si consideramos el “grado de control en la relación” (Rotter, Hall, 1992) el paciente se niega a perderlo con lo que se entra en una disputa en la que intenta siempre tener el dominio. En el modelo de Hollender (1956) hablamos del prototipo de relación “padre-hijo”, en la que el enfermo no acepta guiarse por el médico para poder curarse.

Ocasionalmente un problema de comunicación importante, debido a que el internado es un desconocido para el médico y este tiene dos posibles opciones: a) lo ignora, con lo que se le pueden escapar algunas manifestaciones clínicas o dejar pasar una demanda importante (Lorber, 1975, cuando no precipitar el alta (Coe, 1984) o b) intenta “meterlos en vereda”, poniéndole límites más estrechos, sin prácticamente escucharlo; es una mala solución porque provoca más rebeldía e indignación al paciente.

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

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

-En ninguna el paciente asume realmente el “rol de enfermo”, aunque hayan aceptado el ingreso, ya que no cumplen sus características (buscar ayuda, desear la curación, confiar en el médico, etc.) (Parsons, 1984). Se encuentran más interesados en el hecho de estar en el hospital, que en la patología que presentan. No puede decirse que estén negando la enfermedad, sino que muestran un conflicto respecto a una de las consecuencias de ella: ponerse en manos del Otro.

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

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

En nuestra opinión, las denominaciones de “paciente bueno” y “malo” deberían de desaparecer, por varias razones:

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

b) suponen una separación propia del pensamiento infantil: los “buenos” frente a los “malos” (como puede verse en películas, cuentos, discusiones de pareja o de familia, etc.); hablamos de un mecanismo defensivo denominado “polarización”.

c) Llevan a importantes paradojas dentro del pensamiento médico (Coe, 1984):

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

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

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

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

En consecuencia, la actitud del médico resulta fundamental pues puede desviar el comportamiento del internado, acentuando más ciertas características de éste. De ahí que no

pueda ubicarse exclusivamente en el plano biológico, pensando que lo psicológico no le concierne; tiene que entender por qué el paciente se conduce como lo hace, cosa que solo puede conseguir dialogando con él, tras crear un clima distendido carente de autoritarismo, que facilite la expresión de miedos, temores, contrariedades, etc. De hacerlo así, puede poner freno a las posturas controvertidas aquí presentadas, produciendo la adaptación y el aumento de su participación en la enfermedad. Un factor sobreañadido que puede jugar en contra de una mayor atención psicológica al paciente: que el personal sanitario se concentre más en la maquinaria que en este (Weitz, 1996), pasando por alto sus preguntas y comentarios (Taylor, 1982).

Jeanmet (1999) insiste en personalizar la relación con el enfermo, explicando a este el sentido de lo que se realiza y permitirle tomar una actitud activa. El mismo autor se refiere a humanizar los hospitales, lo que significa tener en cuenta las necesidades verdaderas de los enfermos, evitando que el hospital sea una fábrica para reparar órganos averiados. Dado que nos hemos centrado en reacciones muy generales del enfermo hospitalizado, sería conveniente continuar el presente estudio procurando relacionarlas con ciertas circunstancias personales de este (rasgos de la personalidad, nivel intelectual, aspiraciones, etc.).

Referencias bibliográficas

- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo: 91-96.
- Brehm, J.W. (1956). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Coe, R.M. (1984). *Sociología de la Medicina* (3ª ed). Madrid: Alianza Universidad.
- DeLange, W.H. (1963). Patient role conflict and reactions to hospitalization. *Journal of Health and Human Behavior* 4: 113-118.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136. DOI: 10.1126/science.847460
- Frege, G. (1984). *Estudios sobre semántica*. Barcelona: Orbis.
- Fullerton, C. et al. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2003; 41(2): 103-109. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200003>
- Gallar, M. (2007). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente* (4ª ed). Madrid: Paraninfo.
- García Arroyo, J.M. & Domínguez, ML. (2011). Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39(5): 331-333. <http://actaspsiquiatria.es/larevista.php>
- _____. (2014). Subjective aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. *Psychology* 5(18): 2064-2072. <http://www.scirp.org/journal/psych/>
- García Arroyo, J.M. (2001a). Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Primera parte). *An Psiquiatr* 17(7): 319-324.
<http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?S=1&IESP=16&IR=26&IDNR=1065>
- _____. (2001b). Lo cuantitativo y lo cualitativo en Psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Segunda parte). *An Psiquiatr* 17(7): 325-332.
<http://www.grupoaran.com/webN/Revistas.asp?S=1&IESP=16&IR=26&IDNR=1065>
- _____. (2016). *El cáncer de mama (2): metodología de la subjetividad*. Punto Rojo.
- _____. (2017a). Subjetividad y duelo. *Ciencia y Humanismo en la Salud* 4(3): 87-96.
<http://revista.medicina.uady.mx>

- _____. (2017b). Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 82(3): 271-279.
<http://www.scielo.cl/revistas/rchog/eaboutj.htm>
- _____. (2017c). Análisis lógico de los estadios iniciales de la esquizofrenia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 63(2): 79-87. <http://www.acta.org.ar/>
- _____. (2021). *Comunicación Asistencial para Médicos*. III Parte: Aplicaciones de la Comunicación Asistencial a las situaciones de gravedad. Sevilla: APPS: 10-17,
- Greenley, J.R. & Davidson, B.F. (1988). Organizational influences on patients health behavior. En: Cochman, D.S. (editor): *Health Behavior emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Guzmán, V., Torres, J., Plascencia, A., Castellanos, J. & Quintanilla R. (2011). Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. *Estudios sobre Culturas Contemporáneas* 17(33): 23-44.
- Hernández, G. *et al.* (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Med Chile* 133: 895-902. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- Jeammet, P. *et al.* (1999). *Psicología Médica* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Lersch, P. (1968). La estructura de la personalidad. Barcelona: *Scientia*: 184-219.
- Lorber, J. (1975). Good patients and problems patients: conformity and deviance in a general hospital. *Journal of Health an Social Behavior* 16: 213-225.
<https://www.jstor.org/stable/2137163>
- Moor, L. (1973). *Elementos de Psicología Médica*. Barcelona: Toray.
- Parsons, T. (1984). *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Rodríguez Marín, J. (2001). El hospital como marco de cuidado de la salud. En *Psicología social y de la salud*. Madrid: Síntesis: 161-172.
- Roter, D.L & Hall, J.A. (1992). *Doctors talking whith patients. Patients talking whith doctors*. Westport, Con.: Auburn House.
- Smith, H. (1955). Two lines of authority are one too many. *Modern Hospital* 85: 48-52.
- Szasz, T.S. & Hollender MH. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship. *Arch Intern Med* 97: 585-592.
DOI: 10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Taylor, S.E. (1979). Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues* 35: 156-184. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00793.x>
- Taylor, S.E. (1982). The impact of health organizations on recipients of services. En: Johnson AW. *Contemporary health services*. Boston: Auburn House.
- Uribe, M., Muñoz, C., Restrepo, J. & Zapata A. (2010). Percepción del paciente hospitalizado por falla cardíaca. *Institución de salud*. Medicina UPB 29(2): 124-134
- Weitz, R. (1996). *The sociology of health, illness and health care*. Belmont CA: Wadsworth.
- Wessen, A. (1966). The apparatus of rehabilitation: an organizaational analysis. En Sussman, M.B. *Sociology of rehabilitation*. Washington: Americal Sociological Society.
- Wilson, R.N. (1963). The Social Structure of the General Hospital. *Annals* 346: 67-76.
<https://doi.org/10.1177/000271626334600107>

<p>Rol del médico Rol del paciente</p> <p>←</p> <p>ACTIVO PASIVO-SUMISO</p> <p>DEPENDENCIA MÁXIMA</p> <p>BUSCA CONTROL DEL MÉDICO</p> <p>(“dime qué quieres que haga y lo haré”)</p>
<p>ACEPTA LA POSICIÓN</p>

<p>Rol del médico Rol del paciente</p> <p>←</p> <p>LO IGNORA REBELDÍA</p> <p>NORMATIVO.</p> <p>CONTROL DE AMBOS QUE IMPIDE NEGOCIAR</p> <p>(“A mí no me digas lo que tengo que hacer, que soy mayorcito”)</p>
<p>SE OPONE A LA POSTURA</p>