

Luciano Sandrin

# CUIDAR AL ENFERMO



Centro de  
Humanización  
de la Salud

*Serendipit*

DESCLÉE DE BROUWER

Luciano Sandrin

172

## CUIDAR AL ENFERMO

Migajas de psicología



Crecimiento personal

COLECCIÓN

*Serendipit*

Desclée De Brouwer 

Título del original en italiano:  
*Aver cura del malato.*  
*Briciole di psicologia*  
© 2011 Edizioni Camilliane, Torino, Italia  
Traducción: M. M. Leonetti

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2013

Henao, 6 – 48009 Bilbao

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

 [EditorialDesclee](#)

 [@EdDesclee](#)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3644-5

Adquiera todos nuestros ebooks en  
[www.ebooks.edesclee.com](http://www.ebooks.edesclee.com)

# INTRODUCCIÓN

Cuidar a la persona enferma, así como el sufrimiento que acompaña su camino vital, es tarea de cada uno de nosotros. Para poder realizarlo es importante amarla, pero también poder disponer de algunos conocimientos, no sólo técnicos, sino también psicológicos y relacionales. Esto vale, de diferentes modos, para los profesionales de la salud, para los familiares, los voluntarios y los amigos. Y es que nadie puede considerarse al margen.

Cuidar al enfermo es mucho más que interesarse por su enfermedad.

Cada uno de los enfermos es diferente, y también nosotros, que queremos ayudarles, somos diferentes. No hay un único modo de llevarlo a cabo, un modo que sea válido siempre y en cualquier caso. Una buena psicología nos hace atender a estas diferencias y nos ayuda a tenerlas en cuenta en nuestra labor.

La psicología puede ayudarnos a comprender al enfermo y a comprendernos a nosotros mismos. También puede indicarnos cómo tejer una relación de cuidado satisfactoria desde el punto de vista humano y eficaz desde el terapéutico.

Éste es un pequeño libro sobre la *psicología del enfermo*. Son *migajas* que, al menos así lo espero, podrán ser de utilidad tanto para quitar un poco de miedo cuando vayamos a visitar a un enfermo y no sepamos qué decir, como para cometer algún error menos cuando queramos ayudarle y creamos que no tenemos necesidad de aprender a hacerlo.

Son *migajas de psicología* que nos pueden ayudar a cada uno de nosotros, porque la enfermedad es algo que acompaña nuestra vida y la de nuestros amigos y seres queridos.

# 1

## COMPRENDER EL COMPORTAMIENTO

Si observamos a las personas, e intentamos comprender por qué se comportan de determinados modos, nos daremos cuenta de que no es sólo para satisfacer las necesidades fundamentales a las que es preciso responder si queremos sobrevivir. Los motivos pueden ser varios: la curiosidad de conocer, la necesidad de seguridad, el deseo de pertenencia y de amor, la búsqueda de identidad y de sentirse «alguien», el deseo de realizar los propios sueños y otros muchos motivos.

A veces *el porqué de nuestras acciones* está claro como la luz del sol y no es preciso ser psicólogo para comprenderlo: algo que nos atrae, un recuerdo, el deseo de parecernos a alguien al que estimamos, la coherencia con una decisión, el deseo de realizar algún proyecto o alcanzar algún ideal a toda costa, y otras cosas. Otras veces no resulta tan fácil de comprender: los factores que intervienen son muchos, unos se nos escapan o son un tanto excesivamente complicados, y varían también al variar el momento vital.

Cuando intentamos explicar nuestro comportamiento y el de los otros estamos haciendo, bien o mal, psicología. El trabajo de los psicólogos consiste, en efecto, en *observar* el comportamiento de las personas (palabras, gestos, acciones, modos de vestir, silencios, etc.) e intentar comprender sus motivaciones más o menos claras y visibles, o sea, realizar una *interpretación*: yendo más allá de lo que se ve, no dejándose aprisionar por explicaciones obvias que, con frecuencia, son fruto de prejuicios o de proyecciones personales. A veces, es bastante fácil comprender, incluso para los psicólogos: observando al individuo, sus expresiones, la situación que está viviendo y el ambiente que le rodea, se consigue comprender los motivos de su comportamiento. Otras veces todo resulta un poco más misterioso y los mismos psicólogos tienen dificultades para llegar a comprender: deben remontarse a las emociones, los sentimientos, las ideas, los recuerdos, a otras *huellas psíquicas*, que se encuentran en el interior del individuo, se remontan probablemente a su infancia y deben recurrir a dinámicas no siempre fáciles de explicar. Ahora bien, no por ello se dan los psicólogos por vencidos. Utilizan varios medios, desde la conversación a los test más o menos complicados, a fin de desenvolverse entre los meandros psíquicos del pensamiento y de la emoción, desde el consciente al inconsciente, y aprenden a ajustar las cuentas con diferentes comportamientos y diferentes personalidades, con variadas historias

familiares y complicados influjos sociales. Y todo esto para llegar a interpretar acciones, gestos y palabras, que tienen frecuentemente el aspecto de auténticos *mensajes codificados*. Ahora bien, en estos intentos de comprender, se pueden diversificar las explicaciones de diferentes psicólogos, del mismo modo que se diversifican las escuelas de pensamiento a las que se remiten.

El ideal al que tiende la psicología es poder *prever*, al menos en sus grandes líneas, y con una buena probabilidad de adivinar, cómo se comportará el individuo en determinadas situaciones o, al menos, *cómo tenderá a comportarse*. Y también cómo cambiará su comportamiento si cambian las situaciones, la red social en la que está sumergido y el ambiente en el que vive: si cambia, de modo particular, nuestro modo de ayudar. *Observar, interpretar, prever*: tres palabras-clave para quien quiera adentrarse en el mundo de la psicología. Pero también tres palabras-clave si queremos comprender cómo hemos de ponernos en relación con aquellos a quienes deseamos *ayudar*.

En el comportamiento humano influyen diferentes factores. Sería imposible enumerarlos todos. De todos modos, esos factores se refieren a la *persona* misma (personalidad, edad e historia vivida); a su *medio vital* (contexto social y ecológico en que vive); a los *acontecimientos de la vida* que está experimentando (también en función del *significado* que el mismo individuo, las personas que le rodean y el mundo social y cultural más amplio) les atribuye.

El comportamiento del individuo enfermo es también fruto de un juego más o menos claro de diferentes factores ligados a la personalidad y a sus dinamismos, al tipo de enfermedad que está viviendo y al significado individual y sociocultural que se le atribuye de una manera más o menos consciente, al tipo de estructura sanitaria y de relaciones en que el mismo enfermo se encuentra implicado y que se han vuelto, incluso de manera sólo temporal, su nuevo medio.

Observar estos factores, y comprender cómo interactúan, es indispensable para prever el comportamiento de una persona enferma y para actuar en consecuencia. Para ayudar de una manera válida es preciso aprender a observar e intentar comprender. Sólo de este modo pueden *entrar en sintonía* nuestras palabras y nuestros gestos con lo que vive el otro, descubrir sus necesidades y sus deseos, y dar una respuesta que no sea trivial a los mismos.

El tiempo empleado en comprender no es un tiempo perdido, es una ganancia que podremos *comprobar* muy pronto.

Con todo, siempre deberíamos recordar que todos somos diferentes unos de otros. Se trata de una constatación tan obvia que no necesita comentario alguno. La psicología nos ayuda, a buen seguro, a comprender lo que influye en nuestro comportamiento, *el porqué* de un juego

que ya ha tenido lugar. Prever el comportamiento de la persona, aunque lo hayamos observado atentamente, es un poco más complicado. Son varios los factores no previsibles que entran en juego, y no precisamente en último lugar su libertad.

Comprender el comportamiento del individuo –sano, enfermo o minusválido– no resulta siempre fácil; prever cómo reaccionará en ciertas situaciones resulta todavía más difícil. Incluso para un psicólogo. La reacción del otro es en ocasiones diferente a como la habíamos previsto, incluso después de haber observado de una manera correcta y haber realizado todos los esfuerzos para comprender. Y su comportamiento puede seguir siendo indescifrable incluso después de que hayamos hecho todo lo posible para prestarle ayuda y comprensión.

En las relaciones humanas es preciso *tener en cuenta hasta el factor sorpresa*, ese elemento que desorganiza nuestras expectativas y nuestras previsiones. La persona humana es siempre más rica que los resultados de nuestros análisis, un misterio que no conocemos nunca de manera suficiente. Las dinámicas psíquicas, la libertad personal y los influjos sociales más o menos ocultos intervienen al mismo tiempo a la hora de dar vida a lo que decimos y a lo que hacemos. Precisamente por esto, el comportamiento del otro se nos escapa, no pocas veces, de las manos.

En cualquier caso, un poco más de conocimientos psicológicos podrá ayudarnos.

## 2

### LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En el campo de la psicología que se interesa por la enfermedad y por su curación, se habla cada vez más de *psicología de la salud*, que se inspira en el modelo biopsicosocial. Se trata de una perspectiva que subraya la relación entre cuerpo, mente y relaciones sociales, y se interesa por la *salud global* de la persona, prestando una atención particular a su promoción. Es una perspectiva teórica en la que quedan superados tanto el viejo dualismo entre *psiche* y *soma*, como la concepción mecanicista de causas singulares en la aparición de la enfermedad, reconociendo en la base de las alteraciones de la salud la interacción dinámica de factores múltiples, que se combinan de maneras diferentes. Se trata de un modelo sistémico que subraya la complejidad del organismo humano y la interdependencia entre las diferentes perspectivas interpretativas.

La psicología de la salud es el sector de la psicología que se interesa en comprender por qué las personas gozan de salud, por que se ponen enfermas, cómo responden a la enfermedad y a las dinámicas psíquicas implícitas en el cuidado. Estudia estos problemas y promueve intervenciones para ayudar a la persona tanto a estar bien como a hacer frente a la enfermedad. Se interesa por todos los aspectos ligados a la salud y a la enfermedad a lo largo de todo el curso de la vida: la promoción de la salud y su mantenimiento; la prevención y el tratamiento de las enfermedades; la etiología y los correlatos de la salud, de las enfermedades y de las disfunciones; el mejoramiento de los cuidados y la formulación de la política sanitaria. Precisamente por esto, los que trabajan en el ámbito sanitario están cada vez más convencidos de que –dado que la salud y la enfermedad están determinados por una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales– el hecho de trabajar juntos puede ayudar mejor a las personas a mantener un elevado nivel de salud, a modificar los comportamientos que influyen en la enfermedad y a disminuir las consecuencias negativas de la misma enfermedad.

El modelo biopsicosocial permanece atento a las variables como el sujeto, sus recursos, sus vínculos afectivos y su contexto social. El desplazamiento de la atención desde la curación (*guarizione*) al cuidado (*cura*), y al cuidarse (*prendersi cura*), subraya la importancia del contexto relacional entre el que cuida y el paciente, que da significado a la experiencia de las personas implicadas en vistas a la optimización del bienestar general y a promover la calidad de vida del sujeto y de sus familiares.

El factor más importante que ha dado vida este nuevo sector de la psicología es el cambio del tipo de enfermedades al que estamos asistiendo: ciertos trastornos de tipo agudo como causa de enfermedad y de muerte están dejando cada vez más espacio a las enfermedades de tipo crónico como principales factores de muerte o de minusvalía. Los factores psicológicos y sociales tienen una importancia particular en este tipo de enfermedades, bien como causas, bien influyendo en su desarrollo, bien en su gestión. La psicología de la salud podemos entenderla, por consiguiente, como un campo complejo e integrado de conocimientos psicológicos que miran al mantenimiento de la salud, a su promoción, a la prevención de la enfermedad, a su cura y a la mejor adaptación a la misma.

Sólo teniendo en cuenta esta complejidad, se consigue comprender la *crisis* que vive el enfermo, la interrupción biográfica que comporta la enfermedad y lo que significa *ayudar psicológicamente al enfermo*, evitando reducir el soporte psicológico a una cosa vaga, resultado, no de conocimientos adecuados, sino, con frecuencia, expresión de un saber superficial que tiene poco que ver con la psicología o es fruto de proyecciones personales indebidas.

La *psicología de la salud* se inspira en el modelo biopsicosocial y se interesa por la *salud global* de la persona que vive dentro de un determinado medio, tiene una historia personal, familiar y social, y se desarrolla *a lo largo de todo el curso de su vida*. La salud que se toma en consideración no es sólo la del cuerpo, sino la salud de la persona en su totalidad, insertada dinámicamente en un proyecto de vida en el que todas las experiencias, tanto las alegrías como las heridas, pueden ser integradas y formar parte de la propia historia personal con todas las de la ley, en los lugares y en los medios culturales en que ella se construye. La salud, expresión de un equilibrio buscado continuamente y nunca alcanzado del todo, va más allá del cuerpo y puede estar presente también en personas enfermas o minusválidas que permanecen físicamente como tales, pero pueden desarrollar (con la ayuda de unos competentes compañeros de viaje y el apoyo de una comunidad acogedora) su *misión* en la vida.

En la práctica se trata de un paso desde un modelo de cuidados centrado en la enfermedad a un modelo centrado en el *enfermo asumido (preso in cura) como persona*, en la totalidad de su experiencia: un ensanchamiento de la perspectiva desde un modelo biomédico, que corre el riesgo de convertir al paciente en un sujeto pasivo, a un modelo biopsicosocial, que recupera su subjetividad y pone de relieve los factores psicosociales que influyen en la salud. Según una variante de este modelo, el modelo biopsicosocial-*espiritual*, la *salud* (que también puede ser considerada como *bien-estar, estar-bien y calidad de vida*) afecta al cuerpo, a la mente y a las relaciones de las personas, pero afecta también a su espiritualidad/religión, y está

influida por esta dimensión.

Este nuevo modelo de cuidado exige una formación diferente por parte de los distintos profesionales sanitarios, una formación que les ayude a comprender que la relación interpersonal forma parte integrante del cuidado, que el diálogo abierto y respetuoso tiene un valor terapéutico, que el hecho de centrarse en la persona no sólo es útil a los pacientes, sino que puede aportar un beneficio a la vida profesional de los trabajadores.

Son varios los modelos psicológicos destinados a explicar la relación entre el comportamiento y la salud, y a predecir cuáles son los comportamientos relevantes para la salud. Todos concuerdan en la centralidad del papel de las actitudes y de las creencias como determinantes del comportamiento mismo.

También en el estudio de la *vivencia de enfermedad* (emociones y estrategias mentales puestas en marcha por el sujeto a fin de hacer frente a su enfermedad) y de los *comportamientos* que de ahí se siguen (comportamientos de enfermedad), se interpretan las respuestas del enfermo no como simple reacción a cambios somáticos, sino como *respuestas elaboradas*, fruto de una influencia recíproca de factores mentales y relacionales, capaces de condicionar a su vez el curso de la enfermedad y de su cuidado.

# 3

## PSICOLOGÍA DEL ENFERMO

La psicología que se interesa por la vivencia psicológica del enfermo (pensamientos y emociones), por sus comportamientos y por las dinámicas relacionales con los distintos profesionales sanitarios (psicología del enfermo, psicología médica, etc.) puede ser considerada como un sector en el interior del campo más amplio de la psicología de la salud.

El comportamiento humano, incluso en la enfermedad, es fruto de un entramado de factores ligados a la *persona* (características y dinamismos que definen una cierta *personalidad* como resultado de un bagaje que tiene el individuo desde su nacimiento, pero también de las experiencias vividas a lo largo de toda su historia, su ciclo de vida), a la *enfermedad* por la que está pasando, entendida como un particular *acontecimiento de vida*, y al *medio* ecológico y social en el que el enfermo se está enfrentando con esta particular experiencia. Estos factores inciden en el comportamiento y, en diferentes grados, lo determinan a través de la mediación del *significado* que el individuo y el mundo sociocultural en que vive atribuye, de una manera más o menos consciente, a los mismos.

Para comprender a la persona enferma (minusválida, sufriente) y poder ayudarla, es importante prestar atención a una serie de factores que responden a algunas preguntas:

- ¿*quién* es esta persona?
- ¿*qué* enfermedad o minusvalía está viviendo?
- ¿*cómo* la está viviendo?
- ¿*qué significado* le atribuye?
- ¿*con quién* la está viviendo?
- ¿*dónde* la está viviendo?
- ¿*con qué ayuda* puede contar?

Observar estos factores, y comprender cómo interactúan, es indispensable para prever cuál podrá ser el comportamiento de una persona enferma al variar estos factores y decidir cómo tejer una relación de ayuda que sea significativa desde el punto de vista psicológico. Es preciso acordarse de verificar si nuestra ayuda obtiene el resultado previsto, y no maravillarse de las siempre posibles sorpresas, dado que estamos hablando de personas libres, aunque estén viviendo situaciones que, en cierto modo, las condicionan.

Comprender el comportamiento del enfermo y la experiencia que está viviendo nunca es

posible del todo. Prever cómo reaccionará en determinadas situaciones es más difícil todavía. En cualquier caso, la psicología nos ofrece una ayuda para descifrar el comportamiento del enfermo y poder «sintonizarnos» con sus frecuencias de onda emotivas y cognitivas (su vivencia).

Es fácil de verificar cómo cualquier tipo de enfermedad provoca reacciones no sólo biológicas, sino también respuestas psicológicas y consecuencias sociales: depreciación de uno mismo, vida más limitada, aislamiento social, vivencias de soledad, ser una carga para los otros o sentirse como tales, etc. Sin embargo, es frecuente que quien se ocupa de la persona enferma tienda a olvidarlo y prefiera concentrar su propia atención únicamente en la patología del cuerpo y en su funcionamiento, ignorando sus consecuencias psicosociales o minimizando su importancia.

Una enfermedad sobreviene en el marco de la vida de un individuo y, por consiguiente, tiene consecuencias importantes –especialmente si la enfermedad produce invalidez, es grave o crónica– tanto en el plano psicológico como en el social. Se trata, pues, de una *experiencia vivida en su globalidad* y no resulta fácil para el interesado disociar las modificaciones que se manifiestan en el plano biológico de las que tienen lugar en el plano psicológico, relacional y social. En la vivencia de la persona enferma se produce con frecuencia un paso desde el *estar* enfermo al *ser* un enfermo. Se trata de una convicción que cambia el modo de vivir y de afrontar la experiencia de la enfermedad. Ahora bien, no sólo esto: estar enfermo provoca un cambio temporal en el comportamiento, ser un enfermo condiciona la identidad de la persona.

La enfermedad interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de vida, pone en crisis las relaciones con el propio cuerpo y con el propio mundo en que vive el individuo, es una situación que modifica o hace perder los roles familiares y profesionales que definen la posición de cada uno en el contexto social. Defrauda las expectativas y pone en crisis las esperanzas. La persona que se pone enferma en su cuerpo vive una *crisis personal* a nivel psicosocial, una *desorientación de su propia identidad* que no siempre se resuelve fácilmente y, a veces, puede desembocar en una auténtica desorganización de la personalidad.

La *vivencia de enfermedad*, y los comportamientos que de ahí se derivan, es a buen seguro diferente en cada individuo y depende de toda una serie de factores:

- gravedad, tipología y modalidad de la aparición de la enfermedad;
- el momento en que se produce;
- la personalidad del paciente, su edad y sus experiencias precedentes en este campo;
- la valoración personal que hace de esto y su significado social;
- la capacidad de la familia y del medio social para asistirle y apoyarle;
- el tipo de cuidado que los profesionales sociosanitarios están en condiciones de ofrecerle.

A nivel psicológico, la enfermedad no es importante en sí misma, sino por cómo se percibe y se vive. La lengua inglesa distingue entre *disease*, *illness* y *Sickness*, es decir, entre *proceso patológico* que interesa al cuerpo, *vivencia de enfermedad* de la persona y *rol social de enfermo*. No siempre se pasa de uno a otro de una manera automática.

A partir de ahí se puede comprender por qué ciertas enfermedades, que no son particularmente graves, suscitan, a veces, reacciones emotivas importantes y, viceversa, frente a enfermedades muy serias podemos no manifestar las reacciones esperadas. Estas diferencias comportamentales se pueden explicar a partir del modo en que el paciente percibe la enfermedad, del valor que le atribuye, o sea, a partir del *significado* que el enfermo, que se encuentra también bajo el influjo familiar, social, cultural y religioso en el que está insertado, da a su enfermedad. Este significado puede ser más o menos consciente y evidente, o bien inconsciente y estar ligado a simbolismos personales, fruto de una elaboración que tiene lugar en lo profundo de la psique.

Las respuestas emotivas y comportamentales del enfermo no son, por consiguiente, reacciones automáticas (mecánicas) a símbolos de variado tipo, sino resultado de complejas elaboraciones psíquicas en las que el aspecto cognitivo, es decir, la valoración que realiza el sujeto de los acontecimientos relacionados con su bienestar y con su vida, tiene un papel importante. Entre la situación-estímulo y la respuesta-comportamiento median elaboraciones mentales (valoraciones cognitivas y reacciones emotivas) que es menester tomar en consideración.

Hay significados ligados al tipo de personalidad, de educación, de historia que el individuo ha vivido y de la cultura en que vive. Con todo, hay muchos significados compartidos por muchos enfermos y que se presentan, por tanto, con cierta frecuencia.

Y éstos son, de modo particular, los *significados de la enfermedad* considerada como:

- *peligro-amenaza*,
- *impedimento-obstáculo*,
- *pérdida-muerte*.

Todos ellos entran en las «interpretaciones» más o menos conscientes del enfermo y desencadenan, respectivamente, una serie de respuestas emotivas y comportamentales:

- *ansia-miedo*,
- *frustración-rabia*,
- *tristeza-depresión*.

A veces se produce una mezcolanza entre los significados y entre las respuestas emotivas y

comportamentales.

La enfermedad puede ser vivida también como *desafío*, frente al que es posible reaccionar o sucumbir, y estar influenciada por otros varios significados personales o socialmente compartidos: véase, por ejemplo, el significado de castigo, sus matrices psicológicas, culturales y religiosas, así como los sentimientos de culpa que de ahí derivan y que pueden complicar las respuestas a la misma enfermedad.

Siempre es difícil prever el modo en que reaccionará cada persona en una situación de enfermedad, y muchas reacciones que pueden parecer extrañas no son más que intentos personales y conscientes de adaptación a la misma situación o mecanismos inconscientes de defensa de las emociones (en particular la angustia) que desencadena la enfermedad.

*Cada uno tiene también su estilo* en el modo de enfrentarse a la enfermedad.

# 4

## LAS NECESIDADES DEL ENFERMO

Abraham Maslow ha clasificado las *necesidades* que interesan a las personas de una manera jerárquica: desde las fundamentales para la vida a las más elevadas y que podríamos calificar de espirituales. Considera que el individuo sólo puede pasar a las necesidades más elevadas cuando ha satisfecho, de modo gratificante, las necesidades del nivel precedente, y prevé que podrá seguir haciéndolo también en el futuro inmediato. La jerarquía de las motivaciones puede variar mucho de un individuo a otro, en función de diferentes factores, de los que no ocupa el último lugar la situación que está viviendo, como puede ser una enfermedad o una minus-valía. A pesar de todos los «distingos» del caso, la *escala de las necesidades* se ha revelado como un modelo fiable y útil para captar cuáles son las exigencias del enfermo, sobre todo en el nivel psicosocial, y para comprender cómo y por qué la enfermedad y la hospitalización son situaciones particularmente frustrantes.

1) *Necesidades fisiológicas*. Son fundamentales porque están relacionadas con la supervivencia del individuo: tienen que ver con el hambre, la sed, el reposo, el sueño, la sedación del dolor, el mantenimiento de la salud, etc. Si permanecen insatisfechas, todas las demás necesidades, incluso las más nobles y espirituales, corren el riesgo de quedarse a la sombra y no ser tomadas en consideración. En determinadas circunstancias de enfermedad es evidente la prevalencia de estas necesidades, para cuya satisfacción el enfermo se muestra particularmente dependiente de los otros. La tendencia a concentrarse en este tipo particular de necesidades está presente también, sin embargo, en enfermos menos graves, a consecuencia del dinamismo regresivo que interesa al enfermo, un auténtico retorno psicológico a la infancia. Las necesidades fisiológicas pueden servir incluso de canal para cualquier otro tipo de necesidad: a menudo son «mensajes» de necesidades de otro nivel como, por ejemplo, las necesidades afectivas.

2) *Necesidad de seguridad*. Es la necesidad psicológica que se expresa a través de la búsqueda de familiaridad, de estabilidad, de control, de información y de protección contra el peligro. En nuestro caso el peligro está constituido por la enfermedad, por el dolor y por la muerte, pero puede verse acentuado por el medio hospitalario, un medio desconocido, vivido con frecuencia no como un «lugar familiar», sino como un «medio extraño» o un «campo enemigo». Hay mil factores que proporcionan inseguridad al enfermo hospitalizado: la misma

enfermedad, la novedad del medio hospitalario, la ignorancia de sus leyes, la separación de los familiares, la dificultad para clasificar a los diferentes trabajadores sanitarios y sus respectivas competencias, no conseguir comprender un determinado lenguaje, una determinada cultura. Los factores que satisfacen la necesidad de seguridad en el enfermo están ligados a una información comprensible y creíble sobre la enfermedad y sobre sus posibles consecuencias, a la confianza que tiene en quien le cuida y en quien le asiste, a la constatación de que no le han dejado solo y a la certeza de que, pase lo que pase, no le abandonarán. La frustración de la necesidad de seguridad impide una adaptación equilibrada a la enfermedad y a la realidad hospitalaria, aumenta el ansia y provoca, con mucha frecuencia, agresividad. La enfermedad, en cuanto tal, se vive como hundimiento de las seguridades. Y en su búsqueda de relaciones que les den seguridad, algunos enfermos vuelven a un estilo comportamental de tipo infantil.

3) *Necesidad de pertenencia y de amor.* La necesidad de pertenencia y de afecto, de ser aceptado y amado, satisfecha en la vida cotidiana por los familiares y por los amigos, de sentirse en el propio territorio, en el propio grupo, entre los propios compañeros de trabajo, se acentúa en la situación de enfermedad y de hospitalización, a causa del aislamiento relacional y social en que está viviendo ahora la persona enferma. El internamiento en el hospital ha arrancado al enfermo de su medio vital, insertándolo en un medio extraño, impersonal, en donde no recibe los testimonios de interés y de afecto a los que estaba acostumbrado. También a causa de la *regresión*, fenómeno por el que nos volvemos un poco niños desde el punto de vista psicológico, el enfermo tiende a vivir de un modo más intenso y exigente esta necesidad de afecto y de amor, y en este proceso tiende a identificar al médico con la figura del padre que lo puede y lo sabe todo, y a la enfermera con la figura de la madre, que debe cuidarle sólo a él. La frustración de esta necesidad constituye una de las causas más frecuentes de la no adaptación del enfermo hospitalizado. Su satisfacción puede proporcionar una contribución válida a la terapia. En esta línea se han hecho famosas las investigaciones de Spitz, que pudo observar cómo la falta de intercambios emotivos y cuidados afectivos en el primer año de vida tenía efectos perjudiciales no sólo en el desarrollo psicológico del niño, sino también en su misma supervivencia. También son importantes los estudios de Bowlby sobre el apego.

4) *Necesidad de estima y de consideración.* La necesidad de estima está satisfecha cuando nos sentimos personas competentes, útiles, reconocidas y apreciadas por los otros, es decir, cuando nos sentimos valorados y nos valoramos nosotros mismos de una manera positiva (la estima y la autoestima se influyen recíprocamente). La satisfacción de esta exigencia conduce a sentimientos de confianza y de valor. La frustración de estas exigencias produce sentimientos

de inferioridad, desánimo y depresión. La enfermedad pone en crisis el sentimiento de estima. La estima de los otros respecto al que está enfermo se resquebraja. Éste se da cuenta, de repente, de que sus sueños y sus proyectos quedan condicionados por realidades (el mismo cuerpo) que no se encuentran bajo su control. El cuerpo frágil, enfermo o minusválido no influye sólo en la vivencia, sino que afecta también a la imagen de sí mismo: la identidad personal entra en crisis. Los modelos que, a lo largo del desarrollo, han sido la referencia y el criterio con el que medir el propio valor aparecen ahora remotos, inalcanzables. De ahí derivan sentimientos de vergüenza, inferioridad, inadecuación y culpa. Perder la propia imagen supone perder un «objeto de amor» muy importante. Y esto contribuye a la tristeza y a la depresión. A esto se añade un cierto tipo de tratamiento que despersonaliza y que, con frecuencia, está presente en los hospitales. El enfermo se deja a la espalda en el hospital roles sociales merecedores de un cierto prestigio (en la familia, en el trabajo, en la vida social, etc.) para «ponerse», junto con el pijama, el rol de enfermo, no digno, al que lo ve y al que lo experimenta, de una particular consideración social y de respeto.

5) *Necesidad de sentirse realizado*. La necesidad de realizarse constituye, a buen seguro, la necesidad más elevada y la podemos definir como la necesidad de hacer aquello que nos sentimos capaces de hacer (y, por consiguiente, nos sentimos inclinados a ello). La forma específica que asume esta necesidad varía de persona a persona, y su satisfacción está condicionada por toda una serie de factores sociales. Esta necesidad queda particularmente frustrada con la enfermedad, que impide y obstaculiza, a veces de una manera repentina, la realización de los propios proyectos y de los propios sueños. Ésta queda, o se vive, como una disminución de la propia personalidad, como una amenaza contra la propia identidad, como un impedimento a la propia realización, como un conjunto de pérdidas: aunque se consiga la curación, siempre quedará como un paréntesis para olvidar. La necesidad de realización puede convertirse, sin embargo, en quien no ha perdido la confianza en sí mismo, en un resorte para retomar los propios compromisos y las propias relaciones familiares y sociales, en el impulso para volver al propio medio de vida y a los propios compromisos al salir de la enfermedad, del estado de regresión y dependencia que ésta trae consigo. La enfermedad se puede vivir como un desafío, como una ocasión de crecimiento no sólo humano, sino también espiritual.

6) *Necesidad de trascendencia*. El hombre consigue encontrar su plena realización cuando puede satisfacer su deseo de trascendencia, dando significado y valor –tal como nos recuerda Viktor Frankl– a lo que está viviendo: tarea no siempre fácil en el enfermo y en sus familiares, y más aún porque las realidades que están viviendo son consideradas por el contexto social como un *no-valor*, como un paréntesis que es preciso cerrar de prisa, como una experiencia para olvidar.

## DEFENDERSE DE MANERA INCOSCIENTE

Frente a la enfermedad, podemos observar, tanto en el individuo como en su familia, reacciones emotivas inmediatas y comportamientos que tienen su raíz en *mecanismos inconscientes de defensa*. Según el psicoanálisis, nuestra mente emplea, a menudo sin que seamos conscientes de ello, un conjunto de «trucos mentales» para remover, ignorar, olvidar y evitar aquello que nos hace correr el riesgo de hacernos sufrir demasiado y de poner en crisis nuestros equilibrios psíquicos individuales: *mecanismos inconscientes que nos defienden* de la angustia, pero que sirven también para tomar tiempo y encontrar nuevos modos de adaptarnos. Y hay ciertas expresiones o comportamientos que son señal de esto.

En la enfermedad las emociones son más bien intensas y hacen correr el riesgo de desorganizar la estructura psíquica del individuo, sus equilibrios emotivos, cognitivos y comportamentales, así como su capacidad de gestionar y mantener bajo control la situación. El enfermo pone entonces en marcha, «*inconsciente-mente*», toda una serie de mecanismos de defensa que han de ser bien comprendidos, porque tienen su utilidad: ayudan a luchar contra la angustia desencadenada por la amenaza constituida por la enfermedad y a instaurar una nueva modalidad de relación de la persona enferma con la enfermedad, consigo misma y con los otros.

Los mecanismos de defensa, también en la experiencia que vive el enfermo, son de diferentes tipos. En la base hay siempre una *remoción*, un intento de hacer desaparecer de la conciencia todo lo que puede molestar. Voy a señalar sólo algunos.

a) *Desplazamiento y proyección*. A veces la actitud del enfermo es la de la víctima, la del que parece decir: «¡Todos la han tomado conmigo!». Es el resultado de una dinámica compleja en la que la agresividad sufre una gran cantidad de *desplazamientos* –desde el obstáculo que produce la frustración a otros objetos o personas conectados con él, en los que se descarga–, hasta ser *proyectada* sobre los otros. Al final, son los otros los agresores, y se les culpabiliza de ello. Se trata de una reacción que tiene su función psicológica positiva, porque el enfermo mantiene alejada la angustia desencadenada por la enfermedad y en cierto modo puede descargar la tensión, aunque al precio de una relación muy molesta con las personas que le rodean y le cuidan. El personal sanitario, aunque también los familiares, los voluntarios y los amigos, corren el riesgo de responder a la agresividad del enfermo también de manera

agresiva, con lo que se entra en un círculo vicioso en el que la agresividad tiende a aumentar cada vez más. O bien se alejan del enfermo y le abandonan.

b) *Regresión*. Es el retorno a estadios anteriores en el desarrollo psicológico, tanto a nivel cognitivo como emotivo y comportamental. Frente a emociones, conflictos y dificultades demasiado fuertes, el individuo tiende a volver (regresar) a posiciones ya experimentadas y consideradas como más seguras. Su relación con los que le asisten tomará el modelo de la relación que el niño mantiene con sus padres. De este modo, el paciente tiene la posibilidad de aceptar la pérdida transitoria de la autosuficiencia, poniéndose en manos del médico «padre omnipotente» y de la enfermera «buena madre», tanto por lo que respecta a sus propias decisiones como para la satisfacción de sus propias exigencias más elementales, así como de compensar de este modo las frustraciones infligidas por la enfermedad, gozando de las atenciones y de las solicitudes de los otros. Esto le conducirá a una dependencia, no sólo física, sino también emotiva y comportamental en relación con los diferentes profesionales de la salud, y a restringir poco a poco sus propios intereses. Lo mismo sucede también en relación con los familiares. Si bien esta actitud ayuda al comienzo de la enfermedad, favoreciendo la colaboración con el personal sanitario, a la larga puede complicar el cuidado, y ser un obstáculo para el proceso de rehabilitación y de reasunción del rol normal de adulto y de los compromisos que implica.

Algunos enfermos se fijan en posiciones de este tipo porque, de un modo más o menos consciente, han captado sus ventajas. A este respecto hablan los investigadores de ventajas primarias y secundarias de la enfermedad. Las *ventajas primarias* desempeñan un papel en la misma génesis de la enfermedad, que se convierte en «solución» inconsciente de conflictos, o en satisfacción de necesidades que no se pueden expresar. Las *ventajas secundarias* son, en cambio, factores que pueden favorecer el acomodarse en la enfermedad y su conversión en crónica. Hay individuos que, paradójicamente, extraen ventajas de la perduración de la enfermedad, del aislamiento y de la dependencia. La enfermedad permite, en estos casos, no sólo una escapatoria de los problemas, sino que permite también no ser desaprobados y recibir un suplemento de cuidados. El enfermo consigue suscitar en los otros la atención y la ayuda que de otro modo no conseguiría provocar. Ciertos comportamientos regresivos quedan «fijados» a veces por actitudes de hiperprotección y por «excesos de cuidados» por parte de los trabajadores sanitarios, de los familiares y de los voluntarios.

c) *Denegación y Negación*. Se trata de importantes mecanismos de defensa del sujeto (del Yo), que se encuentran con una gran frecuencia también en el individuo enfermo. Consisten en negar la realidad de un hecho doloroso o generador de ansiedad, en excluir del mismo inconscientemente un determinado aspecto perturbador o en ser incapaces de reconocer su

verdadero significado. Estos mecanismos de defensa se encuentran con más facilidad en las enfermedades graves o crónicas, o en sujetos incapaces o no preparados para modificar su propia «imagen» corpórea y social. Se usan, en particular, para defenderse de la angustia de la muerte y de las pérdidas que la pueden ocasionar con más facilidad. En ciertas ocasiones, el enfermo llega a negar, incluso de buena fe, las informaciones recibidas.

La *negación* puede ser *parcial*. En este caso, el enfermo, aunque acepta la enfermedad y las posibles consecuencias que ésta tiene sobre su propia imagen y sobre su propia vida, se toma algo así como «zonas francas», y actúa como si determinados comportamientos no tuvieran nada (o poco) que ver con su enfermedad. De este modo, intenta minimizar el poder de la enfermedad en su vida.

Como otras reacciones psicológicas, ciertos mecanismos de negación y de rechazo a admitir la realidad o su significado, usados incluso de manera parcial, pueden tener una función protectora, porque impiden que el individuo quede abrumado por el ansia y por otras emociones perturbadoras. Sin embargo, en otras ocasiones pueden impedir una buena adaptación a la realidad. Y ésa es la razón por la que los que asisten al enfermo deben respetar su comportamiento defensivo y no intentar restablecer la verdad científica cuando esa verdad no puede ayudar al paciente a aceptar o soportar mejor su propia perturbación y colaborar a la terapia, sino que deben ser capaces también de ayudarlo a enfrentarse con la realidad.

Con todo, respetar el comportamiento defensivo del paciente no es sinónimo de «callar la verdad». Significa intervenir intentando comprender qué función defensiva tienen determinadas actitudes y comportamientos para la persona enferma, sin forzamientos, aunque también sin retrasos, porque una negación llevada al exceso complica también las relaciones y puede ser peligrosa, ya que no permite conocer al enfermo la gravedad de la enfermedad y hace difícil, y hasta imposible, la terapia.

En la experiencia de la enfermedad pueden estar presentes *otros mecanismos de defensa* como la racionalización, la conversión, el aislamiento del afecto, la formación reactiva, la sublimación y otros más.

# 6

## ESTRATEGIAS DE RESPUESTA CONSCIENTES

El tipo de respuesta a la enfermedad no depende únicamente de mecanismos de defensa que tienen su matriz en el mundo del inconsciente, sino de toda una serie de actitudes y de comportamientos que el interesado puede adoptar, «*consciente-mente*», y que manifiestan su estilo de afrontar (estilo de *coping*) la enfermedad. El concepto de *coping* (que se suele traducir en español por *afrontamiento*) pone en tela de juicio la «mediación cognitiva» consciente de la mente de la persona.

Podemos definir el *coping* como el conjunto de esfuerzos que realiza la persona, en los planos cognitivo, emotivo y comportamental, para gestionar del mejor modo posible las demandas internas y externas de las situaciones que producen estrés de diversos modos. La enfermedad es, a buen seguro, una de esas situaciones, dado el sufrimiento y la angustia que provoca y los cambios a los que somete a la persona.

Son varias y diferentes las *modalidades de hacer frente* a los acontecimientos estresantes, son propias de cada individuo, reciben precisamente el nombre de *estilos de coping o afrontamiento*, y están marcados –a nivel cognitivo, emotivo y comportamental– por vivencias de impotencia y falta de esperanza, por una tendencia a la evitación y a la negación, por un espíritu combativo y de confrontación, por actitudes fatalistas o por una aceptación activa. Es fundamental la *sensación de control* que experimenta el individuo sobre la situación que esté viviendo, así como la percepción de la *eficacia* de su acción. La respuesta de la persona a la enfermedad es una *respuesta en gran parte elaborada* frente a una *crisis*, vivida como peligro, pero también como oportunidad.

El enfermo está sumergido en una serie de emociones (a veces en una auténtica tempestad emotiva) y se defenderá con diferentes mecanismos inconscientes, aunque también será capaz, especialmente en el momento siguiente, de adoptar conscientemente diferentes modos de afrontar la situación. Es frecuente que mecanismos de defensa inconscientes y estilos de *coping* conscientes convivan en la experiencia del enfermo y de sus familiares.

Son muchas las variables que intervienen a la hora de dar vida, por ejemplo, a un fenómeno complejo como *el dolor*. Los pensamientos, las opiniones, las convicciones, los razonamientos pueden influir de manera negativa o positiva en la percepción del dolor y en sus consecuencias emotivas y comportamentales. Muchos pensamientos negativos pueden amplificar el dolor y

disminuir su tolerabilidad. Y también es verdad lo contrario. Tanto si somos conscientes de ello como si no, la experiencia del dolor es en gran parte fruto de elaboración e interpretación personal.

El papel desarrollado por la evaluación cognitiva de la experiencia del dolor cuenta con numerosos ejemplos en la situación de enfermedad. La intensidad con la que sentimos el dolor y el tipo de emociones que desencadena dependen de muchos factores. Con todo, el elemento psicológico central es el *significado* que ese dolor tiene para el individuo que lo vive, así como su importancia en el interior de las relaciones. Del significado personal, mediato desde el punto de vista cultural, que la persona dé a la experiencia del dolor depende en gran parte su capacidad de soportarlo y de aceptarlo. Ahora bien, todo esto sufre la influencia del significado que los familiares y el personal sanitario den a esta experiencia.

En la psicología actual cada vez se considera más a la persona como sujeto agente, *elaborador de informaciones*, cuya evaluación cognitiva de los acontecimientos resulta determinante por lo que respecta a la vivencia emotiva y a su modo de comportarse en las distintas situaciones y, por ende, también en la experiencia de la enfermedad. Y se la considera como «persona en el contexto» social y cultural, y no como individuo aislado.

El *significado*, es decir, la *evaluación cognitiva* que realiza el individuo, es el elemento que tiene la última palabra a la hora de determinar la vivencia de un acontecimiento. Según la *perspectiva cognitivista*, la persona *evalúa conscientemente* la enfermedad por la que está pasando y pone en marcha toda una serie de estrategias para afrontarla. La evaluación es el proceso que media activamente entre las demandas y los recursos del medio y de las situaciones vitales por un lado, y los objetivos y las creencias personales del individuo, por otro. Hay una *evaluación primaria* relativa al significado que se atribuye a la enfermedad, y una *evaluación secundaria* que considera los recursos personales y sociales con los que el individuo piensa que puede contar a la hora de afrontarla. El resultado del proceso de evaluación consistirá en una variedad de *respuestas de coping* a través de los cuales el individuo intenta *hacer frente* a las situaciones de estrés y de sufrimiento, y que pueden expresar su auténtico *estilo de coping*. Existe, por ejemplo, un estilo de *coping* que afronta el problema e intenta resolverlo, y otro estilo de *coping* que se centra en las emociones e intenta adormecerlas o elaborarlas.

En relación con la vulnerabilidad del sujeto frente a los acontecimientos que causan estrés es importante el hecho de creer o no creer que se puede influir en el curso de los acontecimientos de la propia vida, o sea, *dónde* se encuentra *el puesto de control* de la situación: en nosotros mismos, en los otros, en Dios, en los santos protectores o en fuerzas benéficas.

Un constructo psicológico cada vez más estudiado es el de la *resiliencia*, un rasgo de la personalidad que nos ayuda a comprender por qué hay gente que se hunde frente a dificultades pequeñas o medianas y otra gente que, en cambio, consigue resistir incluso frente a experiencias traumáticas. Y nos ayuda también a mejorar y crecer. Existe una resiliencia individual, familiar y comunitaria que se influyen recíprocamente.

En la psicología de la salud que se interesa por la respuesta de la persona a su enfermedad tiene, por consiguiente, un particular relieve el *significado atribuido a la enfermedad*. En efecto, ésta puede ser considerada como amenaza o como desafío, como enemigo o como alivio, como obstáculo o como provocación, como pérdida o como ganancia, como castigo o como valor, como momento para olvidar o como un tiempo precioso de vida. En función del significado atribuido, se diversificarán las respuestas a la enfermedad.

Según esta perspectiva, los principales factores que influyen en la salud, el cuidado y el bienestar de la persona no son las consecuencias objetivas de la enfermedad, sino más bien los modos en que ésta es interpretada. Esto vale también para los que se ocupan, en diferentes niveles, de la persona enferma.

Está claro sobre todo que la adaptación de la persona a la enfermedad puede ser ayudada por el tipo de soporte que recibe.

## LA IMPORTANCIA DEL SIGNIFICADO

Según Viktor Frankl, aunque alguien no pueda cambiar su destino, puede ser libre a la hora de afrontarlo mediante una *actitud* diferente incluso en presencia de los sufrimientos más grandes. La persona puede ser libre, incluso en las situaciones más extremas, dándoles un significado propio y cambiando así la actitud respecto a la dependencia que éstas traen consigo. Frankl ha llamado *logoterapia* al enfoque terapéutico que de ahí se deriva, porque se trata de una *terapia a través del significado* (logos).

Su contribución ha abierto el camino para comprender la importancia de los *valores espirituales*, de los significados que la persona elige libremente y de las interpretaciones que ofrecen las religiones y que ayudan a afrontar la enfermedad, a convivir con el sufrimiento que ella trae consigo, con una actitud que es una resistencia activa hasta en el signo de la rendición. La enfermedad puede hacer redescubrir valores espirituales olvidados, sentimientos religiosos auténticos y una serenidad particular en la que la persona encuentra expresiones nuevas, antes inimaginables. En este sentido, la enfermedad, como la minusvalía y la experiencia del dolor, puede hacer crecer y madurar.

Los *significados religiosos* respecto al sufrimiento y la enfermedad, y las imágenes de Dios que de un modo más o menos explícito los expresan, entran de una manera consciente o inconsciente en los circuitos de la evaluación cognitiva de la persona que sufre y de la que está a su lado, y tienen una influencia positiva o negativa (a través de inter-*acciones* e inter-*relaciones* continuas) incluso en la vivencia de la enfermedad y en el modo de enfrentarse a ella. Conseguir *reconocerlos* es el primer paso para elaborarlos mejor y situarse «libremente» frente a la experiencia del sufrir y trascenderla «*espiritual-mente*».

En las palabras del enfermo y en las de los que le acompañan, en los contenidos de sus diálogos y en sus comportamientos, hay siempre (de una manera explícita o implícita) una determinada imagen de Dios, que no siempre coincide con lo que se dice creer racionalmente. Hay varias imágenes, que emergen en ocasiones del inconsciente, que hablan del Dios bueno o del Dios malo, del Dios que ayuda en todas las dificultades o que decepciona cuando no interviene, del Dios compasivo o del Dios apático, del Dios escondido o del que tiene el rostro de algún miembro de la propia familia, del Dios omnipotente o del Dios derrotado, del Dios que muere y del que resucita, del juez severo o del Dios misericordioso, y otras más

todavía.

Desde el punto de vista psicoanalítico, se trata de representaciones interiores de las que eran las personas importantes de referencia (sobre todo los padres), que aseguraban la vida, el amor, la protección, la seguridad y la confianza. O que, por el contrario, han expresado en la relación con los hijos lo contrario de todo esto. También pueden ponerse en relación con las imágenes de Sí, de la propia identidad, de la comunidad religiosa a la que se pertenece. Sirven para dar estabilidad a la concepción que se tiene de sí mismo o del propio grupo; guían nuestro comportamiento y nuestra acción; gobiernan los sentimientos, ayudan a dominar los deseos y los miedos, las decepciones y los sufrimientos, la nostalgia y la alegría. Y estas imágenes aparecen no sólo cuando se habla expresamente de Dios, sino también en las palabras que expresan la experiencia de la enfermedad, en las interpretaciones del dolor y en las relaciones que encarnan su cuidado.

Las imágenes de Dios del que asiste y cura se encuentran o se desencuentran con las del enfermo, influyen en ellas, las contagian e inciden en su experiencia religiosa en cuanto tal. En consecuencia, el que quiera ayudar al enfermo debería ser consciente de sus propias representaciones de Dios y del vínculo de éstas con su misma historia personal; conocer los aspectos colectivos a los que se refieren sus imágenes y las del enfermo; captar en las representaciones de Dios de los pacientes la concepción que tienen de sí mismos; comprender mejor sus sentimientos de culpa en los que inciden las atribuciones religiosas, sus deseos más profundos y sus miedos, y debatirlas con mucha prudencia con el paciente; saber que las imágenes de Dios se manifiestan no sólo allí donde se habla explícitamente de Dios, sino en muchas otras expresiones; estar convencidos de que las imágenes de Dios de los pacientes son al mismo tiempo imágenes de Dios y del enfermo mismo.

En el intento de dar sentido al sufrimiento, el enfermo se encuentra con frecuencia sumergido por una serie de preguntas, símbolo de una búsqueda, pero también expresiones más o menos abiertas de una determinada manera de «vivir» a Dios y su presencia. Las preguntas y las respuestas que expresan las actitudes respecto al propio sufrimiento, estructuran la experiencia religiosa del enfermo y su propia relación con Dios y requieren respuestas relacionales diversificadas. Los significados otorgados a la enfermedad y al dolor, presentes en el enfermo o en quienes le cuidan, transmiten también una determinada imagen de Dios y de su papel en esta experiencia, contagian las emociones del mismo enfermo, se transforman en vivencias y estructuran la experiencia misma del sufrimiento en sus distintas dimensiones.

En la enfermedad, del mismo modo que asoma la oportunidad de purificar la imagen de Dios, se revela también la ocasión de purificar o redescubrir valores olvidados, y no precisamente en último lugar el valor de la salud y de la vida. Se encuentran con frecuencia

nuevos significados para vivir. Y se vuelve a descubrir el valor de la esperanza. Los mecanismos de defensa y de adaptación a una nueva (y emotivamente desconcertante) situación son también *mecanismos que ayudan a mantener la esperanza*, a asegurar la posibilidad de un futuro, con variadas perspectivas. Hay una serie de factores psicosociales que influyen en el curso de la enfermedad o, por lo menos, en la calidad de vida del paciente, y uno de ellos es la esperanza y la ayuda que se ofrece para mantenerla viva.

De la confianza, no ilusoria sino realista, alimentada por las respuestas del otro a las propias preguntas y a las propias necesidades, *re-nace* un sentimiento de seguridad en el que se fundamenta la esperanza, es decir, la posibilidad de proyectarse en un futuro posible, basado no tanto en la omnipotencia del propio deseo como en las propias capacidades reales y en la intervención de otro. Las experiencias humanas de esperanza y los portadores humanos de esperanza pueden ser vividos por el enfermo como *momentos de paso, signos* cálidos de algo (y de Alguien) que los trasciende.

La religión, en sus diferentes expresiones, entra también, desde una perspectiva psicológica, en el cuadro más amplio de las estrategias de *coping* (diferentes modalidades de hacer frente a la enfermedad). En situaciones de enfermedad, de sufrimiento y de fuerte estrés las personas usan con frecuencia modalidades de *coping* que están en relación con lo sagrado. En determinadas situaciones ceden nuestros recursos y nos quedamos solos con nuestras vulnerabilidades. La religión ofrece una serie de soluciones para esos momentos en los que falla la capacidad de ser dueños de la situación, de intervención y de control (los principios rectores del *coping*). El lenguaje de lo sagrado –misterio, sufrimiento, tolerancia, esperanza, finitud, rendición, plan divino y redención– se vuelve más relevante frente a lo que está más allá de nuestras fuerzas. El soporte espiritual se vuelve disponible e importante cuando fallan otras formas de soporte; las explicaciones religiosas se vuelven más plausibles cuando las otras explicaciones dejan de convencer; cuando la vida parece fuera de control, todavía es posible un control último a través del confiarse a Dios y a los santos protectores; y la religión ayuda en la búsqueda de nuevos significados cuando los viejos ya no se sostienen o no responden a la situación. Tal vez se deba a eso que lo sagrado se vuelva tan irresistible en los momentos del dolor y de la enfermedad, cuando entran en crisis los poderes humanos.

Algunas estrategias de *coping* de tipo religioso (como la confianza en Dios, la oración, la lectura de la Biblia, los ritos religiosos y un buen soporte relacional por parte de la propia comunidad) no sólo proporcionan consuelo y un sentimiento de paz en el momento de la enfermedad, sino que influyen también de una manera positiva en la salud.

Con todo, dependerá del tipo de religiosidad.

# 8

## UNA BUENA ADAPTACIÓN

Siempre resulta difícil prever cómo reaccionará cada persona a las situaciones de enfermedad y de dolor, y muchos comportamientos que pueden parecer extraños no son más que intentos de adaptación a situaciones nuevas y particularmente estresantes. De este modo puede haber una *buena adaptación* del enfermo a su enfermedad y, al mismo tiempo, la presencia de comportamientos regresivos, de dependencia y de agresividad, que proporcionan al individuo un modo y tiempo para controlar emociones negativas como el ansia, la cólera, la depresión, y elaborar, con el tiempo, comportamientos más adecuados y que respondan a la situación. También en la adaptación a la enfermedad *cada uno posee su estilo*.

La adaptación, para ser positiva, no debe ser una aceptación pasiva de la enfermedad, sino una actitud flexible y equilibrada, que permita a la persona salvar sus propios valores y realizarse a sí misma en una medida compatible con las limitaciones impuestas por la enfermedad, y con las minusvalías que de ella se puedan seguir, cambiando su manera habitual de comportarse, sin por ello entrar en crisis y disgregarse. La adaptación pasa a través de una *toma de conciencia realista* de la enfermedad y de sus consecuencias, pero también de sí mismo, de las propias fragilidades y de las propias riquezas, tal vez insospechadas. Se trata de un proceso a veces veloz e inmediato, a veces lento y gradual, en el que la realidad de la enfermedad no se percibe como un tiempo vacío y, por consiguiente, es rechazada o puesta entre paréntesis, sino integrada como elemento que tiene un significado y un lugar en el relato de la propia vida y en la construcción de la propia identidad.

Recurriendo a una terminología psicoanalítica, podemos decir que la experiencia de la enfermedad fuerza al individuo implicado en ella a pasar de un modo de razonar y de un estilo de vida en el que domina el «principio del placer» a actitudes que tienen en cuenta debidamente el «principio de realidad». Y, en este sentido, podemos decir que la enfermedad también puede hacer madurar: una maduración que, en determinadas personas, tiene lugar a través de un auténtico mecanismo de *sublimación*, que puede manifestarse con una genuina reviviscencia de sentimientos religiosos auténticos, con un redescubrimiento de valores olvidados y con una particular serenidad en la que la personalidad encuentra expresiones nuevas y antes inimaginables.

La actitud ante la enfermedad es absolutamente personal en cada caso y depende de muchos

factores. La *personalidad* del mismo enfermo tal vez sea la variable más significativa a la hora de determinar las reacciones psicológicas a la enfermedad. Ahora bien, el individuo interactúa continuamente con el medio y con las personas que le rodean: el medio vital del paciente y el mismo *medio sanitario* constituyen, por consiguiente, variables significativas, junto con la personalidad, en la determinación de la actitud del enfermo respecto a la enfermedad y a sus respuestas de adaptación. Ciertos modos de reaccionar por parte del enfermo son, con frecuencia, los modos de reaccionar de sus familiares o son la reacción al tipo de tratamiento que recibe de la persona que trabaja en la estructura sanitaria en la que está insertado.

La aportación del grupo familiar es esencial en la adaptación del enfermo a la situación en que se encuentra, pero también es importante el influjo del medio sanitario, que, a través de las personas que en él trabajan, ejerce un rol determinante en la facilitación o, por el contrario, sirviendo de obstáculo en la elaboración de respuestas psicológicas de tipo constructivo. El tipo de comunicaciones en que está implicado el enfermo condiciona la estructuración de la experiencia que está realizando y los comportamientos que de ahí se siguen. La vivencia del enfermo, sus reacciones psicológicas y sus comportamientos están influenciados continuamente por la vivencia y por los comportamientos de quienes le asisten y le cuidan, pero también por sus *expectativas* que, a veces de una manera imperceptible, afloran en las relaciones, a través de los gestos y las palabras.

Algunos elementos favorecen, ciertamente, la elaboración de actitudes y comportamientos más adecuados a la situación que está viviendo por parte del enfermo: la confianza en la estructura sanitaria, en el servicio que ofrece y en el personal que trabaja allí; la información adecuada sobre el propio estado de salud y sobre las intervenciones terapéuticas, llevada a cabo a través de una comunicación clara y sencilla, que tenga en cuenta el nivel cultural del enfermo; la responsabilización del enfermo con el fin de disminuir su dependencia y facilitar su autonomía; una buena relación entre el personal sanitario y el enfermo, basada en la escucha, el respeto, en la empatía y en la modalidad de respuesta que se pueden aprender.

Una escucha atenta y participativa permite al enfermo encontrar, atribuir y legitimar, a través de la narración de Sí mismo y de sus propias experiencias, un significado a su propia vida y un sentido de identidad, *reconstruyendo una biografía* que la enfermedad interrumpe o desorganiza, y desarrollando no sólo interpretaciones de los acontecimientos pasados y presentes, sino impulsándole también hacia aspiraciones, decisiones y acciones particulares dirigidas al futuro. Construir y reconstruir narraciones de Sí mismo, mantenerlas y encontrar en los otros una confirmación y una ayuda para sostenerlas constituye un factor fuertemente motivador para las decisiones y las acciones, e influye en el desarrollo de la persona.

Las actitudes respecto a la enfermedad son, a buen seguro, varias, pero se pueden reconducir a los verbos *estar* y *ser*. Decir que *estamos enfermos* es considerar la enfermedad como un enemigo que viene de fuera, como un parásito que ha venido a plantarse en nuestra persona. En este caso, es suficiente con descubrir este parásito, darle la batalla a este enemigo, hacerlo desaparecer y todo volverá a ser como antes. El mundo psíquico del enfermo –sus emociones, sus relaciones, su misma personalidad– no se encuentra aquí muy implicado. Es diferente la actitud del que siente que *es un enfermo* y vive como tal. Aquí está implicada toda su persona y toda su vida experimenta cambios profundos. Con todo, no se trata de dos actitudes que se excluyan, sino de dos polos de una misma vivencia –unas veces será uno el preponderante y otras veces el otro– entre los que vira la experiencia del enfermo, también en función del tipo de enfermedad y del curso de la curación.

Y esto acontece de modo particular en el enfermo crónico, cuya psicología es, en algunos aspectos, diferente de la del enfermo agudo. «Frente a un diagnóstico de enfermedad crónica – sintetiza una terapeuta de rehabilitación–, la primera sensación que tiene el enfermo es la de un vacío imposible de colmar, la de una increíble traición por parte de la vida. ¡Tantos compromisos, proyectos, deseos! ¡Todo anulado de un solo golpe! Y asoma de improviso la perspectiva de las consecuencias que la enfermedad desencadenará en su mundo afectivo, los posibles abandonos, ser una carga para sus seres queridos... El elemento de lo definitivo parece sancionar la condena de modo irrevocable. Algo se rompe en la vida del enfermo, algo acaba para siempre; y este algo es, en el fondo, él mismo».

En el caso de la *enfermedad aguda* el individuo pasa de estar sano a convertirse en un paciente de una sección hospitalaria, por ejemplo. Cuando se resuelve la enfermedad todo vuelve a ser como antes: el enfermo vuelve a estar sano. El *enfermo crónico* es, en cambio, un individuo que pasa de estar sano a *verse obligado a vivir con una enfermedad en el mundo de los sanos*, en un mundo connotado por la salud. O sea, que el enfermo crónico no debe asumir el *papel de enfermo*, como los que se meten en la cama con la gripe o entran en un hospital. Se trata con frecuencia de un individuo que sigue participando en la vida diaria, aunque periódicamente tenga necesidad del médico o de recurrir a la asistencia sanitaria para curarse de una enfermedad ya diagnosticada. Las enfermedades crónicas, que son muy diferentes entre ellas, tienen, sin embargo, en común ser enfermedades que duran en el tiempo; es decir, que tienen un particular carácter temporal, en el que el sufrimiento presente se percibe siempre sobre el fondo de la experiencia pasada y de las posibilidades futuras, está *entrelazada en la biografía de la persona* y en la de su familia.

Si en las fases del diagnóstico de la enfermedad, la vivencia del enfermo está marcada sobre todo por la incertidumbre y por el ansia que ésta conlleva, después del diagnóstico el

individuo enfermo vive una especie de *interrupción biográfica*, la sensación de que el curso de la propia vida está seriamente amenazado, y con ello su propia identidad. La persona debe responder a esta ruptura por medio de una *reconstrucción narrativa*, dando nuevos significados a su biografía.

Si bien el problema principal del enfermo crónico es el de vivir con una enfermedad en un mundo de sanos, otros problemas a los que debe hacer frente el enfermo están ligados al hecho de haberse dado cuenta de que ha perdido aspectos de su vida que daba por garantizados, de tener que convivir con una enfermedad que presenta no pocas restricciones, de sentirse (y estar) socialmente aislado y desacreditado (y esto afecta a su Sí mismo y amenaza su misma identidad y su autoestima), de vivir su vida como una carga para los otros.

Varios problemas se presentan de manera diferente en función del tipo de enfermedad, de la visibilidad de los síntomas y de la incomodidad que pueden crear, y del diferente nivel en el que pueden presentarse: en el nivel de *disminución corpórea (impairment)*, de *minusvalía funcional* (la capacidad de ejecutar algunas tareas de «modo normal») o de *hándicap* (las consecuencias en el marco social, con sus expectativas-defensas-respuestas). También son diversos los mecanismos de *coping* que usa el enfermo para convivir, de modo satisfactorio, con una situación que dura en el tiempo: es el *estilo de vida* completo de la persona –en sus aspectos físicos, psicológicos, relacionales, sociales y sanitarios– el que entra en juego a la hora de encontrar una *estrategia* de adaptación a una enfermedad que dura mucho tiempo.

El problema principal para los que viven situaciones de enfermedad crónica es el de encontrar un *equilibrio* entre las exigencias del cuerpo y las de la sociedad, la necesidad de resolver las demandas que vienen del cuerpo y las que vienen de la sociedad, que a menudo entran en competición. Se puede comprender así cómo los confines entre la enfermedad crónica y la minusvalía –y las reacciones sociales respecto a ellas– son, en determinadas situaciones, más bien lábiles.

Los sanos deberán aprender a convivir con enfermos que, cada vez en mayor número, pasarán gran parte de su vida, no en las estructuras sanitarias, sino en el interior del marco social, en el interior del mundo de los sanos.

# 9

## EL NIÑO ENFERMO

Los profesionales sanitarios deberían prestar una atención particular al niño enfermo, especialmente cuando vive la experiencia de la hospitalización, de una enfermedad grave o que dura en el tiempo, y de la consiguiente soledad.

La enfermedad es fuente de un sufrimiento que, al menos en parte, se podría aliviar y deja a menudo una marca en el futuro del niño, incluso desde el punto de vista psicológico, especialmente cuando el equipo sanitario no comprende sus exigencias y no les garantiza un espacio suficientemente acogedor en el hospital, donde al trauma de la enfermedad se añade la interrupción de la vida de siempre, la separación del medio conocido y una relación diferente con las figuras parentales. El niño enfermo puede sentirse particularmente solo, los otros no comprenden su lenguaje y esto le hace todavía más frágil.

Un mejor conocimiento de la vivencia del niño, de sus comportamientos y de su estadio de desarrollo, puede ayudar a planificar una modalidad de intervención correcta. Es fuerte el prejuicio de que «el niño no comprende» o de que no es posible entablar con él una relación significativa, adecuada a su edad. Se olvida, incluso, que hablar de la experiencia del niño enfermo sin tener en cuenta la «diferencia experiencial» entre un niño de pocos meses y un chico de once años es un artificio que impide implantar una relación adecuada de cuidado y de ayuda.

Se olvida, a continuación, que junto a él están sus familiares (padres, abuelos, hermanos y hermanas) que «*con-viven*» con su enfermedad y que una adecuada atención a sus necesidades y un apoyo relacional que los fortifique pueden ser de gran ayuda también para el niño.

El niño, sobre todo hasta los 3-4 años –en virtud de su inmadurez cognitiva y afectiva para comprender y aceptar las experiencias de dolor, de incomodidad y de privación–, se presenta como más indefenso que el adulto frente al trauma de la enfermedad y de la hospitalización, todavía débil para controlar, incluso a través de particulares mecanismos de defensa, las emociones y fantasías, que son tanto más angustiosas cuanto más pequeño es él, y los confines entre la realidad y la fantasía son más bien lábiles. El niño enfermo sufre por lo que pasa en su cuerpo, pero también, y sobre todo, por lo que pasa en su vida, por el dolor que comporta la enfermedad y por el aislamiento que imponen los cuidados. Y con frecuencia se le deja solo (aun cuando las personas que tiene a su alrededor sean muchas) para hacer frente a situaciones

particularmente angustiosas.

Hay que prestar una atención particular al sufrimiento que acompaña al proceso del morir. Los adultos tienden a infravalorar la capacidad del niño para comprender el tema de la muerte, tal vez porque quieren conservar «un espacio infantil feliz imaginario» que los defienda de su propio miedo a la muerte. En realidad, las ideas que tiene el niño de edad comprendida entre los tres y los seis años sobre la muerte están mucho más evolucionadas de lo que se cree en general.

La conciencia de la muerte, y el miedo que de ahí se sigue, está presente en el niño gravemente enfermo con mucha más frecuencia (e incluso antes que en el niño sano) de lo que sus familiares o los profesionales sanitarios prefieren creer. A veces no se habla de ella para continuar manteniendo su rol social y no ser abandonado. Y lo hace entrando en lo que se ha dado en llamar *mutua ficción* con sus padres y con los miembros del staff: todos saben que el niño enfermo se está muriendo, pero actúan como si debiera continuar viviendo. Todos mantienen así su propio rol social: el niño el de seguir creciendo, los padres el de protegerle, los miembros del staff el de cuidarle.

Myra Bluebond-Langner, una antropóloga que ha podido llevar a cabo un trabajo de observación durante un período de nueve meses en una unidad de oncología pediátrica, ha explicado el rol que los niños enfermos de leucemia tienen en esta *mutua ficción*. La leucemia pone en duda de improviso la capacidad de estos niños para realizar las esperanzas de sus padres y de la sociedad. Ya no están a la altura de demostrar su valor a través de futuras realizaciones, porque no tienen futuro, carecen de lo que define el ser niños. La «mutua ficción» les permite actuar como si tuvieran un futuro, continuar actuando como niños. Siguiendo las reglas necesarias para mantener esta «mutua ficción» se muestran capaces de responder a las expectativas de los otros. Las muestras de agradecimiento por este comportamiento son grandes. Ellos ganan un sentido de realización personal, de satisfacción y de valor a sus propios ojos y a los ojos de los que le están cuidando. Estos niños, al reforzar las esperanzas de los adultos, se garantizan una presencia continua. No se sienten abandonados a sí mismos. Ahora bien, se trata de una ficción. «Ironías del destino –escribe nuestra autora– nuestros febriles intentos de hacer que se sientan bien a cualquier precio crea una especie de conspiración entre los niños, los padres y el staff hospitalario, que asegura que estos niño al final morirán solos».

Son muchas las violencias que el niño puede padecer. La mayor que se les puede infligir es el «no reconocimiento» de lo que él es de verdad, un niño, de lo que está viviendo y de cómo lo vive, sujeto de su vida y de sus sueños, y no objeto de nuestros deseos y de nuestras expectativas, cuya decepción provoca en él sentimientos de culpa y vergüenza que le hacen

sufrir de un modo particular.

La enfermedad, con el sufrimiento que la acompaña y con los miedos que provoca, supone para el niño una experiencia de desconcierto y de soledad. La presencia de los que le quieren o de los que, por diferentes razones, le cuidan puede ser el signo de una pertenencia que subsiste, de una relación que vuelve a anudar los fragmentos de su cuerpo y de su vida, le ayuda a contener su angustia y sostiene su esperanza. Hay una proximidad que cuida y que consuela.

A veces no sucede nada de esto. El que debería estar cerca se aleja y el que se acerca crea, en la relación con él, una gran extrañeza y distancia, aun cuando le colme de regalos. «Cuando me desperté –cuenta Oscar, un niño gravemente enfermo, en el relato *Oscar y la dama de rosa*– vi que, naturalmente, me habían traído regalos. Desde que estoy internado en el hospital de manera permanente, mis padres tienen algunas dificultades con la conversación; entonces me traen regalos».

Las reacciones del niño a la enfermedad y a la hospitalización están ligadas en gran parte a su personalidad y a su edad, pero también a las reacciones de sus padres: una actitud racional y controlada por parte de los padres puede ser un factor muy tranquilizador para el pequeño enfermo; por el contrario, el ansia, el nerviosismo o el rechazo suscitan en los niños reacciones inadecuadas, agresividad y sentimientos de culpa. Las distintas reacciones emotivas y comportamentales del niño se resienten también, de una manera significativa, de las relaciones que se establecen entre su familia y los profesionales que le atienden.

Han sido en particular los estudios de Bowlby y Robertson los que han puesto de relieve cómo la separación de la madre puede tener en el niño hospitalizado repercusiones psicológicas, incluso fuertes, en función del tiempo que dure la separación y de las condiciones que la caractericen. Protesta, desesperación y negación son las fases que recorre el niño hospitalizado y separado de su madre para llegar al estado de «ajuste», que no siempre es positivo, porque es más aparente que real.

Una experiencia de hospitalización que no prevea la presencia de la madre o de otras figuras que sean importantes para el niño puede traer consigo graves riesgos para el equilibrio psíquico del niño, que puede sentirse perturbado, aunque también se debe tener en cuenta la menor riqueza de estímulos que reina en el medio hospitalario con respecto al familiar y al escolar. La organización de la unidad de pediatría debe permitir al niño, por consiguiente, no romper de una manera dramática con las personas que son significativas para él, con sus actividades de costumbre y con su estilo de vida habitual. En este sentido también la presencia de una sala de juegos y la de maestros que permitan el desarrollo de una cierta actividad escolar, especialmente en el caso de prolongadas y repetidas estancias en el hospital, son

factores muy importantes y tranquilizadores para el pequeño enfermo. Llevarse con él algunos juegos de casa, poder estar con otros niños, tener un mínimo de posibilidades de movimiento (cuando la condición física lo permite), estar en contacto con un personal sanitario comprensivo y tranquilizador, poder mantener contactos constantes con los miembros más significativos de la familia... son todos ellos factores que ayudan al niño enfermo a vivir sin excesivos miedos y angustias la experiencia de una estancia hospitalaria.

Especialmente el niño con una enfermedad crónica debe hacer frente a una serie de problemas ligados al sufrimiento físico, a su desarrollo cognitivo, al tipo de relaciones familiares (de indiferencia y rechazo o hiperprotección) y al contexto social (hospitalario y no hospitalario) en el que vive. No se puede, por ejemplo, separar la vivencia del niño enfermo crónico de las dinámicas familiares en las que está insertado. Las reacciones de las familias son complejas. Aparecen con frecuencia momentos de shock, de desorganización, de lucha y de negación, hasta alcanzar una reorganización del marco de las relaciones familiares y una aceptación, más o menos activa, de la enfermedad de su hijo.

Una relación de ayuda al niño enfermo no puede prescindir de una atención a su familia a nivel psicológico y relacional. En ciertas ocasiones las atenciones y las relaciones se concentran sólo en el niño enfermo y se corre el riesgo de «marginar» a los otros miembros de la familia. Con lo que se obtiene como resultado que, a menudo, no se cae en la cuenta de su sufrimiento y de sus necesidades.

## AYUDAR A LA FAMILIA

Para ayudar al que está enfermo, es importante cuidar también a su familia, algo que se olvida con frecuencia. Las reacciones de los familiares frente a la enfermedad de un ser querido son de varios tipos y, en ciertos aspectos, siguen la pauta de las reacciones del enfermo. Algunos familiares se muestran particularmente ansiosos y angustiados, y se vuelven demasiado protectores; o bien viven la enfermedad de uno de sus miembros como una amenaza para la estabilidad de toda la estructura familiar, intentan negar la enfermedad, se muestran incapaces de aceptar la realidad y de comprenderla. Otros reaccionan más bien de una manera agresiva con los médicos y el personal de enfermería, así como con la estructura sanitaria, de cuya competencia parecen desconfiar; la agresividad respecto al enfermo adopta la forma de actitudes culpabilizadoras y de frases del tipo: «Tú te lo has buscado» y «Si nos hubieras escuchado».

Hay grupos familiares que se cierran y se aíslan del contexto social. Esta reacción, especialmente en las enfermedades crónicas y en las enfermedades que tienden a agravarse, expone a la familia al riesgo de no conseguir, sobre todo tras las fases iniciales de la enfermedad, hacer frente a las emociones y gestionar una situación que se vuelve cada vez más pesada. Hay familias que responden con reacciones depresivas, desconsuelo y hasta desesperación (emociones no siempre proporcionadas a la enfermedad real de su pariente), haciendo aparecer mensajes devaluadores del tipo: «No lo conseguirá», «Ya no volverá a ser como antes» –auténticos «lutos anticipadores» para la prevista muerte de su ser querido–.

Sin embargo, también hay familiares, psicológicamente fuertes, que facilitan en el enfermo una percepción realista de la enfermedad, con sus aspectos negativos y sus posibilidades residuales, la esperanza de un buen desenlace y la confianza en los cuidados. Éstos colaboran con los profesionales sanitarios y abandonan, respecto a ellos, expectativas milagrosas y «omnipotentes». Consideran la situación como un *desafío* que deben aceptar.

Las emociones y los comportamientos de los miembros de la familia se asemejan, en gran parte, a los del enfermo. Esto se debe también a que entre la familia y el enfermo existe un auténtico *contagio emotivo* que circula a través de las palabras, los gestos y las relaciones. El contagio emotivo entre el niño enfermo y su madre constituye, sin duda, el ejemplo más claro.

No es sólo el enfermo el que tiene que hacer frente a la enfermedad. También han de hacerlo los familiares y los amigos más íntimos. Se trata de un conjunto de personajes insertados en

una tupida y comprometedor *red de relaciones*. Las actitudes que el enfermo desarrolla y expresa en esta situación están condicionadas también por las actitudes que desarrollan los familiares con respecto a la enfermedad. Las actitudes de la familia se reflejan siempre, de una manera ventajosa o no, en el mismo enfermo. Ahora bien, esto vale también en la otra dirección: desde el enfermo a los familiares.

Una actitud de confianza en la familia crea, por ejemplo, un clima que se refleja de modo positivo en el enfermo. Sin embargo, esto vale también para las emociones que crean incomodidad. El ansia del familiar pone ansioso al mismo enfermo y le impide considerar la realidad de un modo más objetivo y, en el caso de una enfermedad crónica, reorganizar su propio estilo de vida. El desconsuelo del familiar se convierte para el enfermo en un mensaje depresivo. Las emociones entran en un circuito relacional en el que la familia y el enfermo se refuerzan recíprocamente. Y en este circuito entran también la culpa, la agresividad, el hacer como si no fuera verdad, o se produce una negación maciza, e inconsciente. El enfermo se adapta con frecuencia, aun sin quererlo, a las reglas del juego.

Ahora bien, también entran en este circuito relacional las emociones positivas como la esperanza.

La familia no es simplemente la suma de los miembros particulares, sino un «sistema», o sea, «un todo» en el que cada parte se encuentra en tal relación con las otras partes que cualquier cambio la afecta y la cambia en su conjunto. La enfermedad es una *crisis* (es decir, la ruptura de un equilibrio conseguido a veces de una manera fatigosa), no sólo para el enfermo, sino también para todo el sistema familiar. La enfermedad rompe el equilibrio de la persona en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales, pero pone en crisis también a la familia en estas mismas dimensiones: la enfermedad es una *crisis familiar*, las personas y las relaciones ya no son las de antes. Especialmente en el caso de enfermedades crónicas el cambio es estructural. A veces la variación de la temperatura creada por la enfermedad es demasiado fuerte e imprevista, o demasiado prolongada, y colapsa el «termostato familiar», y con ello la estabilidad del calor emotivo y del control cognitivo de toda la casa. Hay necesidad de una ayuda exterior, adicional.

Entre las causas de estrés más frecuentes para los familiares, especialmente en las enfermedades crónicas, figuran las ligadas a la necesidad de modificar la propia vida laboral y doméstica, adaptándola a las necesidades del pariente enfermo, a las nuevas tareas asistenciales; a las angustias derivadas de las evidentes (y con frecuencia incomprensibles) modificaciones comportamentales, de humor y de personalidad del enfermo; a las dificultades económicas; en ocasiones también a la preocupación por una supuesta familiaridad de la enfermedad. En la familia existe una complementariedad de funciones. Lo que produce la

enfermedad es una confusión de los roles: por ejemplo, la madre debe asumir también la responsabilidad económica de la familia, el muchacho se ve obligado a crecer deprisa, el padre queda desplazado y se le trata como a un niño.

Cambia la dinámica interna de la familia. Uno de los cambios principales es un incremento de la dependencia del individuo enfermo con respecto a los otros miembros de la familia, que, en ciertas ocasiones, se estrecha en torno al enfermo, aislándose del mundo social. Es particularmente difícil la relación que se establece entre el padre anciano enfermo y los hijos. Se produce, efectivamente, en este caso una inversión de los roles y el padre anciano puede aceptar con una gran dificultad depender de su hijo. Las tensiones familiares, acalladas con frecuencia, pueden estallar de repente frente a la enfermedad.

La enfermedad crónica es más que la suma de muchos acontecimientos particulares. Su trayectoria se asimila al curso mismo de la vida. De este modo contribuye también íntimamente al desarrollo de una vida particular que se hace inseparable de la historia de la vida misma.

La historia de la enfermedad es, con todo, el relato no sólo de la historia personal del enfermo, sino de toda la familia. La trama, las imágenes y los símbolos que estructuran la narración de la enfermedad proceden de la persona interesada, pero también de los modelos familiares. Para el médico, como para el psicólogo, el enfermero o el asistente espiritual, investigar el significado que tiene la enfermedad para el enfermo significa *realizar un viaje con él* al interior de su historia familiar y al interior de la riqueza de sus relaciones.

La enfermedad que dura en el tiempo es como un hilo rojo que colorea las diferentes relaciones y conecta los distintos momentos de la historia personal y familiar. *El relato de la enfermedad es el relato de la historia del enfermo, pero también de la historia familiar.*

A pesar de las fuertes tensiones que se pueden desarrollar cuando un miembro de la familia contrae una enfermedad, especialmente cuando ésta es grave o crónica, estas tensiones no son siempre catastróficas. Algunas familias se unen más a consecuencia de la misma enfermedad. La enfermedad es, también para la familia, una crisis que puede llevar a la ruptura, pero también puede hacer aflorar recursos insospechados. Se trata de una crisis y, por consiguiente, como todas las crisis, tiene en sí misma una serie de oportunidades. La *resiliencia* del individuo se entrelaza con la resiliencia familiar, también en la experiencia de la enfermedad, de la minusvalía y del dolor.

Una gran parte de la tensión y del sufrimiento que viven las familias, en el caso de la enfermedad de alguno de sus miembros, se podría evitar o por lo menos disminuir, si se prestara más atención y una adecuada relación de ayuda, en el ámbito psicológico y espiritual,

por parte de los que se ocupan del enfermo. Si estamos convencidos de que la enfermedad es una crisis no sólo del enfermo, sino de todo el sistema familiar, deberíamos estar igualmente convencidos de que una asistencia adecuada y una atención eficaz pasan a través de todas las redes relacionales y, por consiguiente, no pueden dejar de insertarse en el tejido familiar.

Cuidar a la familia, escuchar su historia y caminar juntos, se convierten, por tanto, en un concreto deber terapéutico, en una dimensión importante de la relación de ayuda y de cuidado.

## EL CAMINO DEL MORIR

Frente a la muerte, podemos advertir en la persona enferma un conjunto de emociones y de respuestas cognitivas y comportamentales.

La mayoría de las personas reacciona –según la psiquiatra Kubler-Ross– cuando toma conciencia de que tiene una enfermedad mortal con expresiones de *negación* y de *rechazo* que, al impedir o frenar la aparición de la angustia, les permiten recuperar el coraje y movilizar, con el tiempo, defensas menos radicales.

«¿Por qué yo?» es la pregunta que aparece a menudo y que va acompañada de sentimientos de *cólera* que se descarga contra los médicos, el personal sanitario, los familiares, los asistentes religiosos... y también contra Dios. Los enfermos buscan en algunas ocasiones firmar un contrato y *llegar a pactos*, en primer lugar con Dios, pero también con los trabajadores sanitarios, con la intención de obtener algún beneficio, tal vez «por buena conducta»: si no es posible obtener la curación, por lo menos añadir un poco de tiempo a la propia vida. Existe, pues, un momento de particular sufrimiento que el enfermo que va a morir debe afrontar a fin de prepararse para su última separación de este mundo: es el momento de la *tristeza* y de la *depresión* por las pérdidas padecidas, pero también por las pérdidas previstas y temidas: es como una especie de luto anticipado por la propia vida.

Poco a poco el enfermo, si ha dispuesto de tiempo y ha recibido ayuda para elaborar sus emociones, muestra actitudes de *aceptación* de la realidad: no se trata tanto de una «fase feliz», de un estar contentos por lo que sucede, sino de un levantar serenamente acta de la realidad, de un adaptarse a la situación. Lo que, por lo general, permanece a lo largo de todo el camino del morir es la *esperanza*.

El camino del enfermo que va a morir no sigue siempre estos pasos. Cada persona tiene su manera de reaccionar. Son diferentes las necesidades, las emociones, los mecanismos de defensa que se viven; diferentes y personalizadas sus reacciones psicológicas. También depende mucho del tipo de relaciones en que está inserta la persona que va a morir. Los dinamismos descritos por la psiquiatra Kubler-Ross son en cualquier caso muy frecuentes en los enfermos conscientes de que van a morir: es importante comprenderlos para «sintonizar» mejor con lo que están viviendo.

El *miedo* es la principal emoción que experimenta el enfermo frente a la muerte y del que se

defiende: miedo de lo desconocido, de la soledad y del abandono; miedo de perder a los familiares y a los amigos, de perder el propio cuerpo y con él la propia imagen, la propia integridad, la propia identidad; miedo a perder el autocontrol y la conciencia, de estar a merced de los otros; miedo al dolor; miedo a la condenación por verdaderas culpas o vividas como tales; miedo a no conseguir dar un sentido cabal a la propia vida.

Muchas de las reacciones psicológicas del enfermo en fase terminal responden a una *necesidad de defenderse* del miedo. Sin embargo, también describen un camino, más o menos lento y complicado, de toma de conciencia, de *adaptación a la situación* y de aceptación de la realidad: un camino de separación, o sea, de luto por la vida, que se resiente de muchos factores. Su *trayectoria psicológica* es fruto de emociones y defensas en las que tienen importancia los modos personales de reaccionar, los significados dados a la situación, sus expectativas y consiguientes comportamientos. Con todo, depende también –y no en poca medida– de las emociones, de los significados sociales, culturales y religiosos, así como de las expectativas que el personal sanitario, los familiares y los amigos proyectan sobre el enfermo y sobre la situación que está viviendo. Nuestras *expectativas* sobre el comportamiento de la persona que va a morir pueden convertirse en auténticas *profecías* que nosotros mismos, con nuestro modo de comportarnos y con los mensajes que, aunque sea de manera inconsciente, enviamos, colaboramos a realizar.

Desde una perspectiva relacional, en la que son importantes los vínculos y su ruptura, se capta mejor el significado del miedo a morir y de los mecanismos defensivos como la negación frente a la muerte. *La muerte se vive, en primer lugar, como separación*. Negar la muerte significa defenderse de la angustia que supone esta última separación. La persona humana tiene necesidad de adherirse y ligarse afectivamente a alguien o a algo para vivir. El individuo va tejiendo a lo largo del tiempo relaciones, establece vínculos, se adhiere a alguien o a algo, después se separa para tejer nuevos vínculos y experimentar nuevas adhesiones. Este ciclo de *apego y de separación* –como nos recuerda Bowlby– es la esencia misma de la vida y marca su camino.

El proceso del morir es, en primer lugar, para el enfermo, pero también para los otros protagonistas de la relación, un proceso de luto y de separación: un separarse más o menos imprevisto y lacerante de los propios «objetos de amor». Negar la muerte no es otra cosa que un intento extremo de defender los vínculos en los que se ha construido y se apoya la propia identidad, de mantenerse abrazado a personas y cosas de las que se está profundamente enamorado: un cerrar los ojos frente a una separación definitiva y, por ello, particularmente angustiosa. Las reacciones psicológicas que podemos observar en los enfermos que son conscientes de que van a morir nos cuentan la historia de un «trabajo de luto» particularmente

doloroso, porque ya no serán posibles las relaciones afectivas con otros «objetos de amor» (momento decisivo para la superación del luto), a no ser en otra dimensión.

El enfermo que se está muriendo tiene necesidad de *sentirse conectado*, de encontrar un sentido a su vida incluso en el momento de la muerte, de ver un futuro, de vivir su vida en el interior de una historia que continúa y de encontrar una respuesta a su deseo de inmortalidad. Su mayor sufrimiento es el de quedarse solo, el de sentirse *desconectado* y, poco a poco, abandonado.

El miedo a la muerte es, sobre todo, miedo a lo que sucede en el camino del *morir*. Es miedo a la dependencia, a la impotencia y al dolor que con mucha frecuencia acompañan a los enfermos terminales. El dolor del enfermo, especialmente el del enfermo que va a morir, es con frecuencia un dolor «total», que afecta a la persona no sólo en su cuerpo, sino que interesa a sus emociones, a sus relaciones y a su espiritualidad. No siempre el personal sanitario se muestra capaz de responder terapéuticamente a las distintas (aunque integradas e interactivas) dimensiones del dolor.

La presencia o el miedo a este dolor es lo que puede llevar al enfermo o a los que le asisten a pedir que se acelere el momento de la muerte. Hay motivaciones psicológicas en la demanda de la eutanasia que es preciso tomar en consideración y evaluar con atención.

El miedo a la muerte puede llevar a familiares y a miembros del personal sanitario a alejarse del enfermo precisamente en el momento en el que necesita sentirse insertado en un contexto relacional que le dé protección y le ayude a encontrar significado en lo que vive. Si se siente comprendido en su experiencia de dolor y «conectado» en una red de relaciones (también espirituales y religiosas) significativas, puede vivir un sentimiento de valor, de integridad y de compleción. Y sentirse sereno.

Uno de los aspectos a los que se presta todavía poca atención es el impacto que produce la enfermedad, especialmente la mortal, en los diferentes miembros de la familia.

# 12

## CUIDAR LA RELACIÓN

El cuidado de la salud, especialmente en los momentos más frágiles, y del sufrimiento que la acompaña, no puede prescindir de la dimensión relacional. El modelo biopsicosocial recupera la experiencia subjetiva, la dimensión social de la persona enferma y el valor terapéutico de la reciprocidad relacional entre los diferentes profesionales y el paciente. Están llamados a buscar continuamente una *sintonía* comunicativa verbal y no verbal. Por eso es necesario reflexionar sobre lo que pasa en estas relaciones, sobre las emociones que circulan entre el paciente y la persona que le cuida, tanto para cuidar mejor a los otros como para cuidarse mejor uno mismo y la propia salud, en su totalidad,

La humanización de los cuidados no puede prescindir de una visión «sistémica» capaz de captar la interdependencia y la interacción –tanto en la salud de la persona como en la búsqueda de una buena calidad de vida– entre los factores que se pueden referir al cuerpo, a la mente y a las relaciones, y una colaboración activa entre los diferentes profesionales de la salud. Es necesario pasar de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en la persona enferma, con la convicción de que también los valores, los sentimientos, los modos de pensar del enfermo y de los que le cuidan inciden (de una manera más o menos consciente) en la consecución de los objetivos terapéuticos.

En la base de una *relación de ayuda* eficaz, de un buen *comportamiento prosocial*, se encuentra la capacidad de experimentar *empatía*, de sentir el mundo más íntimo del otro como si fuera propio sin perder nunca la cualidad del *como si*; ser capaces de sintonizar con sus modos de pensar, con sus emociones, con sus deseos, viviéndolos en cierto modo como propios sin «con-fundir» las propias vivencias con las suyas, sin perder la percepción de una diferencia.

A veces no existe una verdadera empatía, sino más bien «con-fusión», una identificación total con la experiencia emotiva del que sufre, sin que medie una diferenciación entre uno mismo y el otro. El punto de equilibrio entre la comprensión de la experiencia del otro a nivel cognitivo y la participación emotivo-afectiva en su vivencia no puede ser igual en toda relación, ni tampoco se puede encontrar de una vez por todas, sino que se ha de buscar continuamente, monitorizando la relación, obrando de modo que sigamos siendo «inteligentes» en la gestión de la propia implicación emotiva.

La capacidad del que ayuda para mostrarse, al mismo tiempo, desprendido e implicado, observador y partícipe, próximo y distante, objetivo y subjetivo con respecto a la persona que sufre, capaz de sumergirse y de salir a flote, es esencial para el desarrollo óptimo de la empatía. Es necesario pasar de la observación del otro a la introspección de sí mismo, entre lo que pasa fuera y dentro de nosotros. En la relación de ayuda y de cuidado están implicadas las emociones del que ayuda y cuida y las del que es ayudado y cuidado, y se influyen de manera recíproca.

La relación de ayuda y de cuidado es una relación que requiere formación, reflexión, tiempo y colaboración. Se trata de una relación a través de la cual los cuidadores intentan *contener el sufrimiento* que los pacientes no pueden gestionar ellos solos. Contener significa acoger y recoger las emociones y los afectos que vive el paciente de forma desorganizada, verbalizarlos, darles un nombre y un sentido para restituirlos con una forma que él pueda sostener y asimilar.

Si bien el proceso empático con la persona que está pasando por una situación de particular fragilidad ayuda a comprender su experiencia, existe siempre el riesgo de que los propios problemas emotivos no resueltos, las heridas reabiertas por la experiencia que el otro está viviendo, la excesiva identificación con él y la continua exposición a su dolor, conduzcan a implicarse demasiado intensamente y a quedar «contagiado». Entre el que ayuda y el que es ayudado se puede crear, no una alianza «terapéutica», sino un auténtico «contagio emotivo», que aumenta la vulnerabilidad propia y la ajena. El resultado es que no se consigue ayudar a quien se encuentra en la situación de dolor y los dos salen más heridos.

Mucho del sufrimiento, en el que ha elegido una profesión de ayuda, se encuentra en el hecho de sentirse derrotado, en la sensación de perder el control de la situación, en el hecho de ver quebrarse la imagen de «curandero omnipotente», solucionador de problemas, salvador. Para sentirse alguien realizado en las profesiones de ayuda, y en las actividades de voluntariado, es preciso revisar y reelaborar la propia *imagen* de cuidadores y ayudantes, adaptándola de una manera creativa a los diferentes ámbitos en los que se está comprometido. Es preciso encontrar un buen equilibrio entre el ideal de *cuidar* la enfermedad y el del *cuidarse* de la persona, más relacional y afectivo, satisfactorio para los dos miembros de la relación y siempre posible. De este modo, se puede expresar en la relación terapéutica características paternas y maternas que residen en cada uno de nosotros: modalidades relacionales saludables para nosotros y para aquellos a los que intentamos cuidar.

Winnicott nos recuerda que hoy existe el riesgo de que *la cura*, en el sentido de curación de la enfermedad y resolución de sus causas, sustituya al significado materno de «cura» como «cuidar». Y escribe: «Querría sugerir que podemos ver el aspecto del curar/cuidar como un

marco adecuado para la aplicación de los principios que hemos aprendido al comienzo de nuestra vida, cuando, como individuos inmaduros, éramos objeto de atención y de cuidado por parte de nuestras *madres, suficientemente buenas* por así decirlo (y éste es el mejor tipo de medicina preventiva), y de nuestros padres».

Amarse a sí mismo significa amar lo que verdaderamente se es: *cuidadores suficientemente buenos*, y no las propias ilusiones. Conocer los propios límites y los propios puntos fuertes nos hace bien a nosotros y a aquellos a los que deseamos ayudar: nos permite reforzar nuestras defensas y ayudar al otro sin dejarnos herir, pero también sin proyectar sobre él problemas que no tiene o buscar en la relación la resolución de los propios problemas y el cuidado de nuestras propias heridas afectivas.

La *relación terapéutica* puede ser leída, no sólo en clave de cuidados y de información, sino también *en clave afectiva*, como resultado de una interacción entre la necesidad de apego del paciente y la aptitud para cuidar por parte del cuidador. Las expectativas que el paciente deposita en el médico, en los diferentes trabajadores sanitarios y en la misma estructura, así como la determinación con la que intenta mantener la proximidad, recuerdan los mecanismos y las estrategias que caracterizan a las dinámicas del apego, desde la infancia.

La tendencia a identificar algunas figuras de referencia, y a tejer una relación privilegiada con ellas, se basa en la necesidad de apego: un dinamismo psicológico ilustrado por John Bowlby para describir el tipo de vínculo afectivo del niño con las figuras significativas, y aplicado hoy a distintos sujetos, en diferentes situaciones de vida y contextos relacionales. El trabajador particular (y el equipo en su conjunto) puede ser considerado como *base segura y refugio* cuya proximidad da una sensación de seguridad, buscada y mantenida de diferentes modos especialmente en los momentos de dolor, y cuya separación provoca desconsuelo y rabia.

Las interacciones más significativas que hemos experimentado en la vida, especialmente durante los primeros años, contribuyen a estructurar nuestro *mapa relacional*, una especie de condensado de informaciones sobre cómo funcionan las relaciones sociales y afectivas, sobre lo que podemos esperar de los otros, cómo ganar su atención, proximidad y apoyo. En consecuencia, es importante reconocer los estilos relacionales de los pacientes y su efecto sobre nosotros. Estilos diferentes de apego requieren respuestas relacionales diferentes.

Ahora bien, tiene importancia sobre todo cuidarse, conocer el propio *mapa relacional* y ocuparse de las propias emociones. No es posible permanecer mucho tiempo al lado de alguien que sufre o al lado de alguien que está muriendo, escuchar el *sufrimiento espiritual* del otro, si no se es capaz de escuchar el propio sufrimiento. Éste nos recuerda continuamente los grandes interrogantes del vivir, del morir y del *porqué* del dolor, que no es posible acallar:

para poder estar al lado del que está viviendo el dolor, la muerte, la angustia, la rabia, la esperanza, debemos entrar en contacto y conocer nuestro miedo a la muerte, nuestra angustia, nuestra rabia, nuestros dolores, nuestra esperanza.

## EL RIESGO DE QUEMARSE

Cuidar la relación, y la esperanza que en ella se retransmite, puede ser saludable, no sólo para el enfermo, sino también para el que le cuida. Desde una perspectiva relacional, atenta a los influjos recíprocos entre las personas implicadas, la salud de que se debe hablar no es sólo la del enfermo, sino también la del que le asiste y le cuida. El cuidado se expresa en la relación y queda influenciado por el tipo de relación. Cuidar la relación constituye una variable importante para el cuidado del otro y el cuidado de sí mismo. Y sirve de ayuda para no *quemarse* (burnout).

El *burnout* es un tipo de agotamiento profesional que afecta a toda la persona, en modos y grados diferentes: física, emotiva, intelectual, relacional y espiritualmente. El trabajo va perdiendo poco a poco sentido, significado y dirección. Se tiene la impresión de trabajar en vano, de empujar cada día una piedra que vuelve siempre, como en el caso de Sísifo, al punto de partida. Lo que antes tenía un valor particular, y en lo que se invertía lo mejor de sí mismo, se pone ahora en tela de juicio. Las alegrías del trabajo pasan al «trasfondo». En el primer plano queda la «figura» de un samaritano decepcionado que debe volver a socorrer cada día a alguien sin poder resolver el problema de una vez por todas.

Es el resultado de un continuo y *fuerte desequilibrio entre demandas y recursos*, un foso imposible de colmar entre el ideal y la realidad, entre lo que requiere la profesión y la organización concreta del trabajo, entre lo que demandan las personas y las posibilidades reales de ayudarles, entre las expectativas y las respuestas. Los *costes* de este fuego que se apaga son más bien elevados: para la persona que no recibe los cuidados adecuados, para el profesional que ofrece unos cuidados que no están a la altura de su profesionalidad y se desmotiva, para la estructura en la que trabaja, para la familia y la comunidad en que se vive.

El equilibrio propio de la empatía corre el riesgo de saltar cuando se *cuida continuamente* a personas que sufren: pueden «con-fundirse» los propios sentimientos con los del paciente, las necesidades de los otros con «la propia necesidad de que los otros tengan necesidad», la profesión con la propia vida privada, el compromiso profesional con el personal, la casa con el trabajo. La *falta de pathos* (a-patía), que caracteriza al burnout, es el fracaso de una buena *empatía* (equilibrio entre proximidad y distancia), el resultado de una implicación emotiva que se nos ha escapado de las manos. Y se busca un culpable de todo esto: uno mismo, las

personas a las que se está ayudando, los compañeros de trabajo, la estructura, los jefes, el mundo entero.

La *personalidad del profesional sanitario* (es decir, su historia afectiva, su estilo interpersonal, su capacidad de control emocional, la idea que tiene de sí mismo y de su trabajo, su modo de evaluar las cosas) influye en sus respuestas emotivas y comportamentales, en su capacidad para gestionar el estrés, y tiene una relevancia particular en la aparición del *burnout*. El que, en la relación con el otro, confunde implicación personal e implicación profesional, y tiende a implicarse afectivamente sin una lectura adecuada de la realidad, sin calcular los riesgos con los que se va a encontrar y sin realizar un inventario de los recursos de que puede disponer, está, a buen seguro, sometido a riesgo. Como también lo está el que busca satisfacer en el trabajo *sólo* su necesidad de realización, de aceptación, de estima, de afecto y de aprobación, sus ideales de vida: necesidades e ideales que encuentran su realización en el trabajo, pero que el trabajo nunca podrá satisfacer por completo.

La personalidad es, qué duda cabe, un factor importante para comprender el comportamiento de las personas. Sin embargo, es igualmente importante el *contexto ambiental, laboral y relacional* en el que se vive y se actúa. Leer el *burnout* como resultante de factores personales sin tener en cuenta el contexto –como subraya Christina Maslach– sería como «analizar la personalidad de los pepinillos para descubrir por qué han llegado a convertirse en encurtidos, pero sin analizar el barril de vinagre en el que han estado sumergidos».

Hay motivos de incomodidad y de sufrimiento ligados a las modalidades de *organización del trabajo*: conflictos entre los deberes profesionales y la sensibilidad personal, dificultades para poner de acuerdo las expectativas que los otros o nosotros mismos hemos depositado en nosotros, ambigüedad en la definición de las mismas tareas profesionales, dificultades para leer y comprender las necesidades de los otros, dificultad y fatiga para reorganizar el trabajo frente a nuevas exigencias y nuevos desafíos, escasez de recursos disponibles, etc.

Para comprender más a fondo el paso desde una actitud positiva y cálida para con las personas que viven de diferentes modos el sufrimiento, a una mirada negativa sobre ellos y sobre un estilo relacional desapegado e indiferente, es importante, sin embargo, centrar la atención en la relación como tal, en el *tipo de implicación personal, emotiva y afectiva*, que la persona que ayuda está llamada a instaurar con el que recibe la ayuda, y comprender la naturaleza y la profundidad de este vínculo: éste es *el núcleo del problema* que se presenta en la relación de ayuda y de cuidado, el lugar en el que los diferentes factores de estrés se amplifican.

Tratar a diario con personas que sufren y están enfermas, angustiadas y necesitadas, con personas que continuamente están pidiendo algo, implica un enorme gasto de energías

personales en la gestión de las propias emociones. Ahora bien, lo que es más generador de ansiedad es que el otro nos recuerda, con su misma presencia, el dolor, la fragilidad, el perderse de la mente, el límite, la vulnerabilidad y la muerte (una realidad que tendemos a remover continuamente) y nos remite *como en un espejo* la imagen de aquello en que también nosotros podríamos convertirnos en cualquier momento. El contacto se vuelve particularmente estresante cuando la relación se vuelve íntima desde el punto de vista afectivo, los mecanismos defensivos saltan, se crean identificaciones y fusiones emotivas, y podemos revivir en la relación experiencias afectivas y heridas que nos han marcado. La *justa distancia emotiva* (típica de la empatía y de una buena relación de ayuda) tiende a saltar y los sujetos se vuelven particularmente vulnerables en las situaciones más calientes.

Christina Maslach, que figura entre las primeras psicólogas en emprender, de una manera sistemática y a fondo, el estudio del *burnout*, nos lo describe como un síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, en el que se produce un *agotamiento emotivo*, una *modalidad relacional despersonalizada y despersonalizadora* y un *sentimiento de no realización* (cuando no propiamente de fracaso) en el propio trabajo.

Con el rompimiento de la autoestima, se implanta un fuerte sentido de impotencia. Se buscan compensaciones o fugas de diferentes tipos, por lo menos en la fantasía, refugios para defender la propia supervivencia: balsas de salvamento que nos ayuden a mantenernos a flote y que al menos nos den la ilusión de que no todo está perdido. Algunos buscan un trabajo en el que ya no tengan una relación directa con la gente, otros se evaden en sus hobbies o en cualquier otro tipo de dependencia que les alivie del estrés y que les ayude a no pensar.

El *burnout*, y el sufrimiento que le acompaña, pueden brindarnos la ocasión para reapropiarnos de nosotros mismos y de nuestra propia vida, para equilibrar la aproximación a los otros con el aproximarnos a nosotros mismos, tener cuidado de nosotros mismos, de la profesionalidad y de la relación que la expresa.

## VERDAD Y ESPERANZA

Uno de los problemas más difíciles que se le plantea al que asiste a un enfermo, y de modo particular al médico, es el de la «verdad» o, mejor, el del tipo de comunicación y de información que se debe dar al enfermo sobre su enfermedad. Las explicaciones y la información que el médico proporciona al enfermo (y a sus familiares) llegan a sus oídos y entran en el circuito de su conciencia, pero ya pasan por un filtro a nivel perceptivo y desencadenan una serie de emociones y de defensas, con frecuencia a nivel inconsciente, que confunden el significado mismo de las palabras.

Dar información no plantea ningún problema cuando se trata de enfermedades ordinarias o en cualquier caso benignas. La situación supone una carga pesada desde el punto de vista psicológico cuando se trata de enfermedades graves, mortales o que producen invalidez. Éstas desencadenan en el enfermo, en los familiares y en el personal sanitario, diferentes estrategias defensivas. El resultado puede ser que a muchos enfermos no se les dé la información adecuada sobre la naturaleza y el curso de la enfermedad, sobre el porqué y sobre la utilidad de determinadas intervenciones terapéuticas. Todavía está muy difundida la idea de que emitir el diagnóstico significa «matar al enfermo». Con mucha frecuencia se crea alrededor del enfermo un silencio que, si bien al comienzo protege de la angustia, acaba al final no sólo por complicar la relación con el interesado, sino también por hacer nacer sentimientos de incomodidad, inutilidad, frustración y culpa en los mismos trabajadores sanitarios. Y a menudo se complica también la relación del enfermo con las personas a las que más quiere, precisamente en los momentos en que más necesitado está de proximidad y de afecto.

Cada vez son más los pacientes que quieren saber y también los médicos que prefieren informar. Con todo, existe el peligro de hablar demasiado pronto, forzando una negación, una defensa, que en ese paciente, en ese momento, tiene su propia utilidad. Existe asimismo el peligro más sutil de atribuir a la verdad un valor absoluto y buscarla sea como sea, en cualquier situación, en su totalidad, como si se tratara de un objetivo que se debe alcanzar inmediatamente. Existe, en suma, el riesgo de que la *conjura del silencio* sea sustituida por la *imposición de la verdad*, o sea, de que la información negada sea sustituida por la verdad impuesta o intempestiva.

El médico puede dar en ocasiones una información apresurada para aliviar su propia

ansiedad, siendo que es la ansiedad del enfermo la que se debería aliviar. Procediendo de este modo se olvida que la *verdad* puede ser incompleta para tener en cuenta al hombre enfermo, que tiene sobre todo necesidad de ser tranquilizado y de colaborar con la terapia: una *verdad relativa al enfermo* mismo.

El equilibrio entre el decir y el callar es un equilibrio dinámico, en el interior de una relación profesional-paciente (no sólo médico-paciente) en la que lo que vale es la modalidad de la comunicación y la calidad de la relación, y en la que nada está adquirido de una vez para siempre. Ahora bien, la comunicación no se compone sólo de palabras. La cuestión no consiste simplemente en *si* decir o no decir la verdad, sino más bien en el *cómo* decirla (dado que el modo en que se brinda la información vale más que la misma información) y, sobre todo, en *quién* es la persona más adecuada para comunicarla (o en cualquier caso para gestionarla), y en el tipo de relación y de *acompañamiento* en que se ha de insertar la verdad.

El problema tiene que ver, en primer lugar, con los que están al lado del enfermo y con su capacidad para elaborar angustias y vivencias conectadas con la muerte, el dolor, la frustración, la culpa y la esperanza. «La comunicación eficaz de noticias negativas –sintetiza muy bien Maura Anfossi– presupone el dominio del itinerario informativo en un doble nivel: una transmisión clara, simple y correcta de informaciones inherentes al estado de salud y la capacidad de acoger y gestionar las consiguientes emociones del paciente y de sus familiares». Si las noticias que hay que transmitir son dolorosas, las emociones serán particularmente intensas y será necesario reconocerlas y contenerlas: tarea no fácil, más bien estresante y que requiere una competencia adecuada, fruto asimismo de una convicción de que la capacidad de comunicar bien con el paciente forma parte integrante de la prestación profesional y del cuidado. Una *buena comunicación* es una comunicación que permite al enfermo distinguir entre el mensaje (que puede ser negativo) y el mensajero, al que se puede percibir como apoyo y como persona disponible. Tiene una función terapéutica.

La comunicación puede transmitir desesperación o esperanza. Hay un modo de comunicar el diagnóstico de una enfermedad grave que no tiene en cuenta que el enfermo tiene su propia sensibilidad y reactividad psicológica, con efectos más bien negativos incluso en el proceso de la enfermedad. Hay un modo de comunicar el diagnóstico que transmite esperanza, prospecta posibles realizaciones y hace más soportable la enfermedad.

El diagnóstico se calla con frecuencia «para no quitarle al enfermo la esperanza»: ésta es la razón, o, mejor aún, la «racionalización», de los que prefieren silenciar a toda costa la verdad. En realidad, la verdad y la esperanza pueden convivir. Y los enfermos se fían mucho más de los médicos que dejan abierta la puerta a la esperanza y aprecian a los que, a pesar de las malas noticias, son capaces de decirles la verdad conectando con el diagnóstico un sentido de

«desafío» más bien que de «condena a muerte», dejando abierta la posibilidad de un futuro, de un crecimiento, de una esperanza realista. Es la posibilidad y la apertura a un futuro lo que cualifica la vivencia de esperanza, como expectativa de algo que está pendiente de realización y que, en su anticipación, se convierte en una motivación para actuar en el presente.

Siempre es posible dar una esperanza, incluso limitada, pero verdadera. Sea cual sea la gravedad de la enfermedad, un médico prudente trabaja con la voluntad de vivir del enfermo y con sus esperanzas no menos que con un adecuado tratamiento terapéutico. Si es importante estar atentos a no suscitar una falsa esperanza, lo es igualmente no alentar falsos miedos o desesperaciones indebidas.

No se puede forzar al enfermo a la esperanza, pero sí se le puede ayudar a descubrirla. Y esto se lleva a cabo a través de un acompañamiento humanamente significativo y un cuidado eficaz. Ahora bien, sólo se le puede animar a la esperanza cuando nosotros mismos la tenemos. La esperanza es una motivación no sólo para el enfermo, sino también para el que le cuida. La desesperación del que cuida es destructiva tanto para el paciente como para su familia. Los mensajes de esperanza y de desesperación pasan a través de mil comunicaciones. Esta dinámica se puede observar también entre el enfermo y la familia, así como entre la familia y el personal sanitario. La desesperación y el abandono se alimentan recíprocamente. Si bien la desesperación del enfermo puede condicionar al que le cuida, también la desesperación del que cuida puede ser contagiosa.

Es el hundimiento de las ilusiones, y la desesperación que de ahí se sigue, lo que puede llevar a *quemar* el propio compromiso y a caer en el síndrome del *burnout*. Cuidar a otro significa, también, cuidarse a uno mismo, cuidar la esperanza, sabiéndola adaptar a las diferentes situaciones, y cuidar la relaciones que la puedan expresar.

La esperanza no tiene nada que ver con una percepción edulcorada de la realidad. Podemos definir la esperanza, desde el punto de vista psicológico, como la capacidad de redefinir la propia vida y proyectarla en el futuro contando con la realidad presente. Implica una habilidad para descubrir o construir caminos para alcanzar los objetivos deseados, la percepción de que estos objetivos se pueden alcanzar y la capacidad de motivarnos a nosotros mismos para recorrer estos caminos y sentirnos responsables.

La esperanza constituye una variable importante en la experiencia del enfermo y en el itinerario del cuidado. Forma parte de la terapia.

Cuidar la relación significa curar lo que expresamos con ella. Nuestra relación de cuidado puede transmitir ayuda o incomodidad, apoyo o ilusión, desesperación o esperanza.

## EL APOYO SOCIAL

Cada individuo vive, a lo largo de su itinerario vital, en el interior de una densa red de relaciones interpersonales y sociales de las que forma parte. Tanto el proceso educativo como el terapéutico deben partir de este dato de hecho y tener en cuenta que lo que llamamos mental (pensamientos, emociones y motivaciones) y relacional (en sus aspectos comunicativos y afectivos) son aspectos de una única realidad experiencial, estrechamente correlacionadas e interactivas, que concurren ambas a la consecución del bienestar (y, por ende, de la salud) en sentido físico, psicológico y social: objetivo y subjetivo a la vez.

El apoyo psicológico al enfermo debe prestar atención, por consiguiente, a los factores individuales (la persona y su capacidad de *coping*), a sus relaciones sociales, al momento presente, pero también a la *dimensión temporal* (la perspectiva del *ciclo vital*) y al peso que han tenido los diferentes acontecimientos a lo largo de la vida, a las representaciones sociales compartidas en el interior de una cultura y a su influencia en las interpretaciones de los acontecimientos y en el propio estilo de vida, a los *valores* de referencia de los individuos particulares y del grupo de pertenencia, y a cómo motivan éstos el comportamiento.

El modelo *biopsicosocial(-espiritual)*, que en el medio de la salud –a nivel de prevención, cuidado y promoción– está sustituyendo al modelo biomédico, nos ayuda a comprender mejor cómo la salud y el bienestar de las personas son resultado de la interacción del sujeto (dotado de sus propias características biológicas y psicológicas, y de sus dotes personales) con su medio ecológico y social.

Un factor que influye, de una manera determinante, en la salud y en el bienestar de las personas, y las hace capaces de resistir a los acontecimientos estresantes de la vida y recuperarse frente a situaciones de sufrimiento (*resiliencia*), es el *apoyo social*. Los diferentes vínculos y relaciones sociales pueden ser importantes *factores de protección*.

Se han realizado diferentes investigaciones en este campo y ahora ya es un dato adquirido que el apoyo social está conectado con el estado de salud tanto física como mental del individuo: «El apoyo social –sintetizan Zani y Cicognani– ha sido definido como la información, procedente de otros, de que somos objeto de amor y cuidados, de que somos estimados y apreciados, y de que formamos parte de una red de comunicación y de obligación recíproca. Esta información puede provenir del cónyuge, de la persona amada, de los hijos, de

los amigos, o de las personas con las que mantenemos relaciones sociales o pertenecen a nuestra comunidad (diferentes asociaciones, la parroquia, por ejemplo)».

Entre las funciones del apoyo social en el caso de enfermedad, se pueden distinguir:

- el *apoyo emotivo* (la expresión verbal y no verbal de empatía, amor, tranquilidad, consuelo, confianza y cuidado), que puede ayudar al enfermo a reforzar su autoestima, a hacerle sentirse valorado y amado, y permitirle la expresión de sus sentimientos;
- el *apoyo instrumental* (ayudas y favores concretos) que le apoya en la resolución de algunos problemas prácticos y a retomar un cierto control sobre la situación, aumentando su autoestima;
- el *apoyo informativo* (consejos, sugerencias, informaciones de utilidad para la gestión de la enfermedad y la solución de problemas) que le confiere un cierto optimismo y reduce los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad;
- el *apoyo de estima*, compuesto de feedback y confrontación social, que ayuda al enfermo a estimar las experiencias que está viviendo.

Las diferentes dimensiones del apoyo social (no simplemente recibido, sino percibido y vivido como tal) pueden proporcionar, en su conjunto, una sensación de afiliación y de pertenencia que el enfermo percibe a menudo como «perdida», e incidir en la relación estrés-enfermedad.

Tanto en el cáncer, como, en general, en las situaciones de enfermedad crónica, la percepción del apoyo social que percibe el enfermo de parte de sus familiares tiene un efecto positivo sobre la adaptación, especialmente en la vertiente emotiva. Los médicos y los restantes profesionales sanitarios desarrollan un papel central en el apoyo informativo. En consecuencia, si es importante educar a la familia y al enfermo para que mejore su comunicación, facilitando la expresión de las necesidades y de los sentimientos (el socio ocupa una posición privilegiada en este sentido), todavía lo es más si las informaciones, por parte de los profesionales, se dan de tal modo que apoyen emotivamente al enfermo; y esto es lo que sucede cuando se educa a los médicos y a los distintos profesionales sanitarios para combinar al mismo tiempo el apoyo informativo y el apoyo emotivo.

El apoyo psicológico que ayuda al enfermo no es simplemente el que le proporciona directamente un psicólogo profesional (que debe tener sus espacios profesionales), sino también el que le brindan los diferentes profesionales sanitarios, sensibilizados y formados «psicológicamente» para hacerlo. Si esto no tiene lugar, se corre el riesgo de que precisamente la relación terapéutica acabe por aumentar el malestar del enfermo y su dolor, en vez de ayudar y cuidar.

De todos modos, no debemos olvidar que también los familiares tienen necesidad de apoyo a nivel psicológico y social, no sólo de parte de los profesionales sanitarios, sino también de parte del enfermo. Si existe una relación entre el apoyo psicosocial que recibe el paciente y su estado de salud, existe también una relación entre el apoyo que el paciente proporciona a sus familiares y la adaptación de la familia a la enfermedad. El apoyo afectivo que proporciona el cónyuge enfermo al que está sano aumenta el apoyo que el cónyuge sano conseguirá dar al cónyuge enfermo, en una auténtica interacción circular.

Es preciso estimular en el enfermo (y hacerle aprender) habilidades adecuadas para influir en la red social, para ser asertivo en la comunicación de sus necesidades y capaz de distinguir entre los recursos sociales que le pueden ayudar y los que no pueden hacerlo, para estar atento a las repercusiones que la evolución de su enfermedad tiene sobre sus relaciones.

Para mejorar la relación de cuidado, es preciso pasar de un modelo terapéutico *centrado en la enfermedad*, que se convierte fácilmente en un modelo *centrado en el médico, en los enfermeros o en la institución*, a un modelo *centrado en el enfermo* y atento a los diferentes factores biopsicosociales que influyen en la salud y en su cuidado. En la medicina centrada en el paciente *la relación se convierte en un momento del proceso de cuidados* que tiene como protagonista al enfermo, presta atención a captar cuáles son los significados que éste da a su enfermedad, los sentimientos que le genera, las expectativas y los deseos con que se dirige al médico y a la institución sanitaria, el contexto familiar, social y cultural en que está insertado.

Una formación humanística más atenta –tanto en el caso de los médicos, como en el de los enfermeros y los diferentes profesionales de la salud– no debe reducirse a hacer aprender una serie de *técnicas relacionales* para convencer al enfermo de que acepte el cuidado y se adhiera a ellos (*compliance*), sino que debe ayudar a *ser capaz de gestionar de manera competente la relación*, con la convicción de que es la persona que cuida el fármaco principal, y se trata de un fármaco que desarrolla su fuerza terapéutica *en la relación*.

Con todo, no es fácil educar a los diferentes profesionales socio-sanitarios para que presten atención al aspecto psicológico de su relación con el enfermo y con sus familiares. Una cierta desestimación de los aspectos psicológicos en la relación de cuidado y la sobrecarga de trabajo (no sólo en sentido físico, sino también emotivo) crean barreras y defensas, incluso inconscientes, que les impiden mostrarse disponibles para aprender *atenciones relacionales* (a nivel informativo, y también a nivel emotivo) vividas, más bien, como «perturbadoras» del proceso terapéutico.

Precisamente desde una perspectiva relacional, atenta a las influencias recíprocas, la salud de la que debemos hablar no es, sin embargo, sólo la del enfermo y la de sus familiares, sino también la de los diferentes profesionales y, en última instancia, la de la organización en

cuanto tal, es decir, su modo de funcionamiento, el significado que tiene para el que trabaja en ella y en qué medida permite a los individuos tomados uno a uno y en grupo ejercer su responsabilidad de cara a su propia salud. El apoyo psicosocial es también importante, por consiguiente, para reducir el estrés laboral (y el *burnout*) y *promover la salud del que trabaja en favor de la salud de los otros*.

Ahora se está haciendo cada vez más evidente que los factores psicosociales, de diferentes modalidades, están implicados en todas las enfermedades, porque la enfermedad acontece a las personas que tienen un cuerpo, pero también una estructura psicológica y están insertadas en un medio social. La psicología está llamada a llevar buen cuidado a no reducir su interés al individuo aislado de su medio, como si olvidara que los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos de las personas están siendo continuamente influenciados por los otros (ya estén presentes o bien sólo sean imaginarios) y por las relaciones que mantiene con ellos. Y ésta es la tarea de la psicología social y de la psicología de comunidad, llamadas a estudiar la *interfaz entre la esfera individual y la social y colectiva*, entre la psicológica y la social y a intervenir en los nudos relacionales que median entre los pasos de la una a la otra y en sus recíprocas influencias. También en todo lo relacionado con la salud de las personas.

Si la relación de ayuda es tal cuando *ayuda* a la persona que sufre a crecer y a recuperar su nuevo equilibrio o su adaptación a la situación, nada de esto se puede conseguir sin favorecer una auténtica potenciación (*empowerment*) de sus recursos: se trata de un proceso de cambio que, al intervenir en diferentes niveles (personal, interpersonal, microambiental y sociopolítico), convierte a la misma persona enferma en protagonista de su cambio (principal recurso para sí misma), aumentando sus competencias (a nivel cognitivo, emotivo y comportamental) así como sus habilidades para controlar de una manera activa su misma vida y gestionar las situaciones.

Sin embargo, precisamente por la reciprocidad de las influencias entre los socios de la relación de ayuda no podemos dejar de subrayar la importancia que tiene la persona del que ayuda (los significados que da a la enfermedad, a la curación, al dolor, a los modos de actuar frente a estas experiencias, su estilo de resistencia o rendición) no sólo directamente en la gestión del cuidado, sino también en la influencia que ejerce sobre los modos de enfrentarse a la enfermedad por parte de la persona enferma.

## CONCLUSIÓN

El dolor que vive el enfermo es con frecuencia el «lugar» de la soledad, pero es también el desafío a compartir. Estar implicados en el cuidado del que sufre significa aceptar el riesgo de entrar en una tierra que arde, pero significa también realizar una «com-pasión» y ser capaces de un amor, que son características típicas de una madre, capaz de captar en el comportamiento de su hijo, las expresiones de alegría y las de dolor, y sabe darle las respuestas que, incluso de una manera inconsciente, le pide. Se trata de unas características maternas que se alojan en el corazón de cada uno de nosotros.

Entre las reglas que san Camilo de Lelis dio a los que deseaban compartir su proyecto en el cuidado de los enfermos y en el alivio de su dolor hay una que vale pena citar: «En primer lugar, cada uno pida al Señor *la gracia de un afecto materno* hacia el prójimo para servirlo, con toda caridad, en las necesidades del alma y del cuerpo. En efecto, con la gracia de Dios, deseamos servir a todos los enfermos con *el afecto de una madre amorosa hacia su único hijo enfermo*». Y él fue un ejemplo de este afecto materno.

Se trata de un afecto que también nosotros estamos llamados a expresar, y a modular, en la relación de cuidado: como compañeros de un viaje que no sabemos previamente a dónde puede llevarnos.

Compartir la experiencia del enfermo, y formarnos para ser capaz de ayudarlo, puede hacernos descubrir sutilezas terapéuticas que no creíamos tener.

## PARA PROFUNDIZAR

- ANFOSSI M., VERLATO M.L., ZUCCONI A., *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*, La Meridiana, Molletta (BA) 2008.
- BAUM, A., NEWMAN S., WEINMAN J., WEST R., MACMANUS C. (Editores), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) 1997.
- BELLANI M.L. y otros, *Psiconcologia*, Masson, Milán 2002.
- BINETTI P. y otros, *Persona, paziente, cliente. Il mondo del inalalo in un mondo che cambia*, SEU, Roma 2000.
- BLUEBOND-LANGNER M., *The private wotids of dying chil-ihcii*. Princeton University Press, Princeton NJ 1978.
- BONINO S., *Mille fili mi legano a te. Vivere la malattia*, Laterza, Roma-Bari 2006.
- BOWLBY J., *Una base sicura. Applicazioni della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milán 1989 (or. ingl. 1988) (edición española: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona 2010).
- BRAIBANTI P., STRAPPA V, ZUNINI A., *Psicologia sociale e promozione della salute*, Vol. I: Fondamenti psicologici e riflessioni critiche, FrancoAngeli, Milán 2009.
- CASSIDY T., *Stress e salute*, Il Mulino, Bologna 2002 (or. ingl. 1999).
- CHICAUD M.B., *La crisi della malattia grave*, Borla Roma 2000 (or. fr. 1998).
- COLOMBERO G., *La malattia. Una stagione per il coraggio*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1981.
- CYRULNIK B., MALAGUTI E. (Eds.), *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Erikson, Trento 2005.
- DAVEGGIA L., SANDRIN L., *L'autonomia possibile. Attenzioni psicologiche nella riabilitazione del disabile*, Camilliane, Turín 1996.
- DE BERTOLINI C., RUPOLO G., *Psicologia medica*, Ambrosiana. Milán 1996.
- DE ISABELLA G. y otros (editores), *La psicologia nelle aziende ospedaliere e negli IRCCS*, Centro Scientifico Editore, Turín 2003.
- DELLE FAVE, A., BASSI M., *Psicologia e salute. L'esperienza di utenti e operatori*, UTET-De Agostini, Novara 2007.
- FISCHER G-N. (editor), *Trattato di psicologia della salute*, Borla, Roma 2006 (or. fr. 2002).
- FISCHER G-N., TARQUINIO C, *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Dunod,

París 2006.

- FRANKL, V. E., *Alla ricerca di un significato nella vita. I fondamenti spiritualistici della logoterapia*, Mursia, Milán 1974-1980 (or. al. 1959-1972).
- FREUD A., BERGMANN T., *Bambini malati. Un contributo psicoanalitico alla loro comprensione*, Boringhieri, Turín 1974 (or. al. 1946).
- GRASSI L., BIONDI M., COSTANTINI A., *Manuale pratico di psico-oncologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2003.
- GROOPMAN J., *Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia*, V&P, Milán 2006 (or. ingl. 2004).
- GUARINO A., *Psiconcologia dell'età evolutiva. La psicologia nelle cure dei bambini malati di cancro*, Erikson, Trento 2006.
- HOOD R.W., SPILKA B., HUNSBERGER B., GORSUCH E., *Psicologia della religione. Prospettive psicosociali ed empiriche* (or. ingl. 1996), Centro Scientifico Editore, Turín 2001.
- IANDOLO C., *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza*, Armando, Roma 1979.
- JEAMMET R., REYNAUD M., CONSOLI S., *Psicologia medica*. Masson, Milán 1987 (or. fr. 1980, edición italiana a cargo de L. Pavan) (edición española: *Psicología médica*, Elsevier Masson, Barcelona 2011).
- KUBLER-ROSS E., *La morte e i bambini*, Red, Como 1998 (or. ingl. 1983) (edición española: *Los niños y la muerte*, Luciérnaga, Barcelona 2011).
- KUBLER-ROSS E., *La morte e il morire*, Cittadella, Asís 1982 (or. ingl. 1969).
- LYONS A. C., CHAMBERIAIN K., *Health psychology. A critical introduction*, Cambridge University, Cambridge 2006.
- MASILACH C., *La sindrome del burnout. il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittadella, Asís 1992 (or. ingl. 1982).
- MASLOW A. H., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973 (or. ingl. 1970) (edición española: *Motivación y personalidad*, Editorial Díaz de Santos, Madrid 1991).
- MAURI A., TINTI C. (editori), *Psicologia della salute. Con testi di applicazione dell'approccio biopsicosociale*. UTET- De Agostini, Novara 2006.
- MEERWEIN E. (editor), *Psicologia e oncologia*, Bollati Boringhieri, Turín 1989.
- MICELI M., *Sentirsi soli*, Il Mulino, Bologna 2003.
- MORASSO G., TOMAMICHEL M. (editori), *La sofferenza psichica in oncologia. Modalità di intervento*, Carocci Faber, Roma 2005.

- OLIVERIO FERRARIS A., *La forza d'animo. Cos'è e come possiamo insegnarla a noi stessi e ai nostri figli*, Rizzoli, Milán 2003.
- OPPENHEIM D., *Crescere con il cancro. Esperienze vissute dai bambini e dagli adolescenti*, Erikson, Trento 2007 (or. ingl. 2003).
- OPPENHEIM D., *Dialoghi con i bambini sulla morte. Le fantasie, i vissuti, le parole sul lutto e sui distacchi*, Erikson, Trento 2004.
- POROT M. y colaboradores, *Psychologie des maladies. Manuel alphabétique clinique*, Masson, París 1989.
- PUTTON A., FORTUGNO M., *Affrontare la vita. Cos'è la resilienza e come svilupparla*, Carocci Faber, Roma 2006.
- RAIMBAULT G., *Il bambino e la morte*, La Nuova Italia, Florencia 1978 (or. fr. 1975) (edición española: *El niño y la muerte*, Saltes, Madrid 1981).
- RIPAMONTI C.A., CLERICI C.A., *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*, Il Mulino, Bologna 2008.
- ROBERTSON J., *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milán 1976 (or. ingl. 1970).
- ROSSI N., *Psicologia clinica per le professioni sanitarie*, il Mulino, Bologna 2004.
- RUSZNIEWSKI M., *Di fronte alla malattia grave*, Borla, Roma 2000 (or. fr. 1995).
- SANDRIN L., *Bambino malato e Psicologia della salute e della malattia*, en CINA G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (editor), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Turín 1997, pp. 99-106 y 966-996.
- SANDRIN L., *Convivere con la morte. Reazioni psicologiche nel malato e in chi lo cura*, en SANDRIN L. (editor), *Malati in fase terminale*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 1997, pp. 49-69.
- SANDRIN L., *Compagni di viaggio. Il malato e chi lo cura*, Paoline, Milán 2000 (edición española: *Compañeros de viaje: el enfermo y el cuidador*, San Pablo, Madrid 2001).
- SANDRIN L., *Relazioni sociali e salute*, en «Camillianum» 4 (2002), pp. 137-147.
- SANDRIN L., *Per capire il dolore. Annotazioni psicologiche*, en «Camillianum» 11 (2004), pp. 259-274.
- SANDRIN L., *Affrontare il dolore. L'attività della mente*, en CINA G. (editor), *Il dolore tra resistenza e resa*, Camilliane, Turín 2004.
- SANDRIN L., *Solitudine e malattia: uno sguardo psicologico*, en «Camillianum» 15 (2005), pp. 511-521.
- SANDRIN L., *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza*, Paoline,

- Milán 2005<sup>4</sup> (edición española: *Cómo afrontar el dolor: aceptar y comprender el sufrimiento*, San Pablo, Madrid 1996).
- SANDRIN L., *Tra corpo e psiche. Il supporto psicologico ai malati*, en LARGHERÒ E. (editor), *Guarire: sfida tecnica o atto di fede?*, Camilliane, Turín 2006, pp. 109-123.
- SANDRIN L., *Un'età da vivere. Invecchiare meglio si può*, Paoline, Milán 2007.
- SANDRIN L., *Aspetti psicologici del problema dell'eutanasia*, en «Camillianum» 19 (2007), pp. 39-49.
- SANDRIN L., *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Paoline, Milán 2007<sup>2</sup> (edición española: *Ayudar sin quemarse: cómo superar el burnout en las profesiones de ayuda*, San Pablo, Madrid 2010<sup>3</sup>).
- SANDRIN L., *Abbi cura di te. C'è un tempo per gli altri e un tempo per sé*, Camilliane, Turín 2007 (edición española: *Cuidarse a sí mismo*, PPC, Madrid 2007).
- SANDRIN L., *Vivere il dolore e la speranza*, EDB, Bologna 2009.
- SANDRIN L., *Il cammino del perdono. Briciole di psicologia*, Camilliane, Turín 2010.
- SANDRIN L., *Aver cura della relazione e della speranza*, en LARGHERÒ E., LOMBARDI RICCI M., MARCHESI R. (editores), *Medicai Humanities e bioetica clinica*, Camilliane, Turín 2010, pp. 147-161.
- SAUNDERS C., *Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita*, EDB, Bologna 2008 (or. ingl. 2003).
- SCABINI E., IAFRATE R., *Psicologia dei legami familiari*, il Mulino, Bologna 2003.
- SCHMITT E-E., *Oscar e la dama in rosa*, BUR, Milán 2004 (or. fr. 2002) (edición española: *Oscar y Mamie-Rose*, Obelisco, Barcelona 2006<sup>2</sup>).
- SCHNEIDER P.B., *Psicologia medica*, Feltrinelli, Milán 1978<sup>4</sup> (or. fr. 1969).
- SIMON M. A. (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*, Biblioteca Nueva, Madrid 1999.
- SNYDER C.R., *The psychology of hope*, The Free Press, Nueva York, 1994.
- SORESI S., *Psicologia della disabilità*, il Mulino, Bologna 2007.
- SORRENTINO A. M., *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Raffaello Cortina, Milán 2006.
- SOURKES B.M., *Il tempo tra le braccia. L'esperienza psicologica del bambino affetto da tumore*, Raffaello Cortina, Milán 1999 (or. ingl. 1995).
- SPITZ R.A., *Il primo anno di vita. Studio psicoanalitico delle relazioni oggettuali*, Armando, Roma 1975 (or. ingl. 1965) (edición española: *El primer año de la vida del niño*, Aguilar,

Madrid 1993<sup>3</sup>).

SULMASY D.P., *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*, en «The Gerontologist» 42, Special Issue III (2002), pp. 24-33.

TORTA R., MUSSA A., *PsicOncologia. Il modello biopsicosociale*. Parte generale, Centro Scientifico Editore, Turín 2007<sup>2</sup>.

VAN DER POEL C., *La sofferenza come ben-essere. Una sfida che si può vincere*, Paoline, Milán 1998 (editor L. Sandrin).

VIANELLO R., MARIN M.L., *La comprensione della morte nel bambino*. Giunti Barbèra, Florencia 1985.

WALSH F., *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Milán 2008 (or. ingl. s.f.).

WEINMAN J., *Psicologia per i medici*, Il Mulino, Bologna 1985 (or. ingl. 1981).

WHITE R. D., GILLILAND R.M., *I meccanismi di difesa*, Astrolabio, Roma 1977 (or. ingl. 1975).

WINNIKOTT D.W., *Dal luogo delle origini*, Raffaello Cortina, Milán 1990 (or. ingl. 1986).

ZANI B., CICOGNANI E. (editores), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Carocci, Roma 1999.

ZANI B., CICOGNANI E., *Psicologia della salute*, Il Mulino, Bologna 2000.

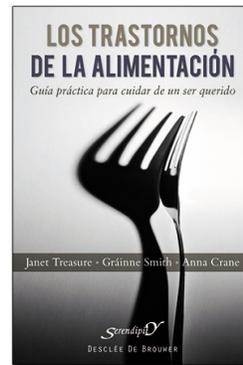
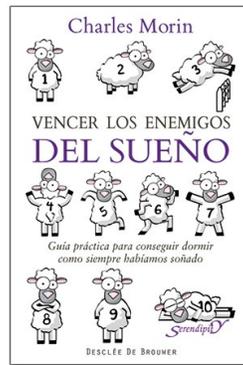
## ACERCA DEL AUTOR



*Luciano Sandrin* es presidente emérito del Instituto Internacional de Teología pastoral sanitaria (Camillianum) y profesor de Psicología de la salud y de la enfermedad. También es profesor de Psicología en el Seraphicum e imparte cursos de pastoral de la salud en las universidades Gregoriana y Lateranense.

Entre sus obras traducidas al castellano figuran: *Compañeros de viaje: el enfermo y el cuidador*; *Ayudar sin quemarse: cómo superar el burnout en las profesiones de ayuda*; *Cuidarse a sí mismo*; *Frágil vida: la mirada de la teología pastoral*; *Comprender y ayudar al enfermo: elementos de psicología, sociología y relación de ayuda*; *Cómo afrontar el dolor: aceptar y comprender el sufrimiento*; *La iglesia, comunidad sanante: un reto pastoral*.

## OTROS LIBROS



Adquiera todos nuestros ebooks en  
[www.ebooks.edesclée.com](http://www.ebooks.edesclée.com)



## **Estrésese menos y viva más**

*Cómo la Terapia de Aceptación y Compromiso puede ayudarle a vivir una vida más productiva y equilibrada*

Richard Blonna

ISBN: 978-84-330-2605-7

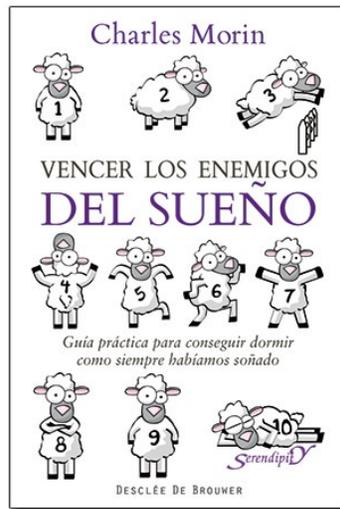
[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

-No voy a poder terminar el proyecto a tiempo. Estoy desesperado, todo me sale mal. ¿Por qué intento hacerlo todo a la vez?

Nuestra vida está repleta de situaciones estresantes que nos vienen dadas, pero eso no significa que no podamos hacerles frente. De hecho, nuestros propios pensamientos afectan al modo en que nuestro cerebro procesa el estrés, para bien o para mal. La mayor parte del tiempo nuestro cerebro complica los problemas, añadiendo inseguridad y frustración a situaciones ya de por sí difíciles.

"Estrésese menos y viva más" presenta un programa basado en la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** que puede ayudar a tu cerebro a reaccionar de forma diferente ante el estrés. Gracias a las técnicas de aceptación y Mindfulness que aquí se presentan, podrás aclarar tu confusión mental, aumentar tu concentración, vivir con plena atención el momento presente y canalizar tu energía hacia lo que realmente te importa. Así de simple.

Aprende a aceptar serenamente lo que no se puede cambiar. Encuentra la paz y la alegría en el momento presente. Practica las técnicas de relajación que pueden ayudarte en los momentos de crisis. Encuentra tiempo para ti mismo afirmando tu derecho a decir "No". Inesperado y poderoso... ya no volverás a afrontar tu estrés de la misma manera. **Steven C. Hayes**, autor de Sal de tu mente, entra en tu vida.



## Vencer los enemigos del sueño

*Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado*

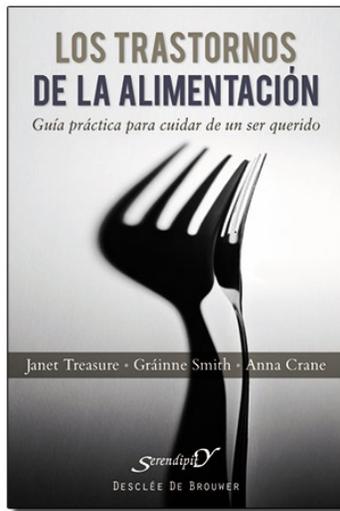
Charles Morín

ISBN: 978-84-330-2502-9

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

Este libro propone un programa completo para vencer los **problemas de sueño** sin necesidad de medicamentos. Después de explicar las distintas fases del sueño, el autor muestra cómo podemos modificar nuestros hábitos y nuestras actitudes para controlar el insomnio. Enseña también diferentes **técnicas de relajación** y propone algunos medios eficaces para crear un entorno que sea propicio al sueño.

Además, encontraremos también información útil sobre los desfases horarios, la apnea del sueño, la narcolepsia, los somníferos, así como sobre los trastornos del sueño específicos de los niños, los adolescentes y las personas mayores.



**Los trastornos de la alimentación**  
*Guía práctica para cuidar de un ser querido*  
Janet Treasure - Gráinne Smith - Anna Crane

ISBN: 978-84-330-2483-1

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

Esta obra pretende dotar a los cuidadores de las estrategias y conocimientos necesarios para apoyar y alentar a las personas que sufren un **trastorno de alimentación**, para ayudarles a liberarse de las trampas que les impiden recuperarse.

A través de un enfoque compartido, el texto ofrece información de **técnicas y estrategias** detalladas que mejorarán la capacidad de los profesionales y de los familiares para desarrollar una continuidad y una coherencia en el apoyo a sus seres queridos. Las autoras se sirven de la investigación científica y de la propia experiencia personal, además de las habilidades prácticas de apoyo, para aconsejar al lector en toda una serie de intrincados aspectos relacionados con el cuidado de la persona afectada. Estos aspectos incluyen:

- Trabajar en dirección a un cambio positivo con ayuda de las habilidades para mejorar la comunicación.
- Desarrollar habilidades de solución de problemas.
- Fomentar la resiliencia.
- Aprender a manejar las conductas difíciles.

Este libro constituye una lectura esencial tanto para los profesionales como para los familiares comprometidos en el cuidado y apoyo la persona que sufre un trastorno de alimentación. Las habilidades, la información y la comprensión que ganarán a lo largo

del proceso les ayudará eficazmente a superar dicho trastorno.

Además, encontraremos también información útil sobre los desfases horarios, la apnea del sueño, la narcolepsia, los somníferos, así como sobre los trastornos del sueño específicos de los niños, los adolescentes y las personas mayores.



## **Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento**

Ignacio Berciano

ISBN: 978-84-330-3585-1

[www.ebooks.edesclée.com](http://www.ebooks.edesclée.com)

¿Cómo adaptarnos al paso de los años? ¿Cuáles son las herramientas más adecuadas para mejorar, e incluso disfrutar; con el inevitable proceso de envejecimiento?

Desde estas páginas se hablará de radicales libres y de antioxidantes, del famoso resveratrol, que se encuentra más en los vinos tintos que en los blancos, de Picasso, de Leni Riefenstahl, de qué alimentos y deportes son los más convenientes y de muchos otros asuntos al respecto. Incluso de sexo.

Hace unos años, escuchamos en la terraza de un bar, al comienzo de una primavera sevillana, la opinión de un hombre de edad madura que sostenía, experto, un catavinos. Explicaba a sus contertulios que la vida es como compartir una botella de manzanilla con unos amigos. Los primeros sorbos pueden parecer los mejores pero, si sabemos paladearlo, no tiene por qué no ser delicioso el final de la botella.

Totalmente de acuerdo.



## **Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas**

### **Miguel Del Nogal**

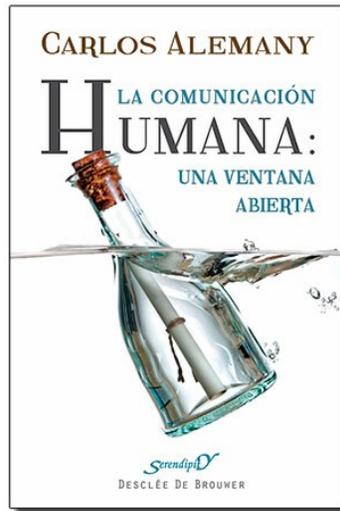
ISBN: 978-84-330-3628-5

[www.ebooks.edesclee.com](http://www.ebooks.edesclee.com)

El libro que tienes en tus manos tiene una pretensión muy clara. Ayudar a todas las personas que quieren dejar de depender de algo, independientemente de que se trate de tabaco, alcohol, cocaína...

El texto frente al que te hallas ha sido confeccionado con una intención práctica y un lenguaje cercano y directo que permita entender de manera sencilla cuáles son las sensaciones, pensamientos, contradicciones y malestares por los que puede pasar alguien que está en proceso de dejar de consumir. Y digo bien, en proceso, porque el paso más difícil es el que estás dando ahora mismo al plantearte que quizás este libro pueda ayudarte.

¡Ánimo, estás en el buen camino!



## La comunicación humana: una ventana abierta

Carlos Alemany

ISBN: 978-84-330-2617-0

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

Estamos inmersos en la tercera revolución de la comunicación, la de la *era digital*, las redes sociales, internet, los dispositivos móviles... y con ello peligra el bagaje de la comunicación cara a cara, la búsqueda de momentos para la mirada interior, la mejora de nuestra comunicación no verbal o la dimensión de escucha.

Los expertos definen la comunicación humana como un proceso de transferencia de información de una entidad a otra, por el cual se asigna el sentido y se transmite un intento de crear un entendimiento compartido. Este proceso requiere de un amplio conjunto de **habilidades de observación, comunicación no verbal, comunicación interpersonal, comunicación intrapersonal, escucha...** Este ensayo didáctico recoge algunas de estas dimensiones fundamentales para reflexionar sobre ellas e integrarlas en nuestra sabiduría personal, ensanchando el campo de percepción y atención en nuestros procesos vitales. Para darle una dimensión didáctica, todos los capítulos terminan con algún ejercicio práctico individual o grupal.

El libro, que se ofrece como una ventana abierta a los procesos de la comunicación, está dirigido a dos tipos de público: por una parte, al público universitario, especialmente quienes cursan la nueva licenciatura en comunicación. Y por otra al público en general, a aquellos que quieren reflexionar sobre sus propios procesos de comunicación o desarrollar nuevas habilidades comunicativas.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (35ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (eds.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ed.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. R. J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Crecer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.

47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar.* JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido.* M<sup>a</sup>. ÁNGELES NOBLEJAS. (2<sup>a</sup> ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos.* PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo.* LUIS CENCILLO. (2<sup>a</sup> ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* LESLIE S. GREENBERG. (3<sup>a</sup> ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ. (2<sup>a</sup> ed.)
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO. (3<sup>a</sup> ed.)
56. *El guión de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. (2<sup>a</sup> ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA, MARIA VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN. (2<sup>a</sup> ed.)
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN. (2<sup>a</sup> ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (7<sup>a</sup> ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (3<sup>a</sup> ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASIÁ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (9<sup>a</sup> ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER Y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2<sup>a</sup> ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2<sup>a</sup> ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNIS Y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. Introducción a la edición española por RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. MCMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2<sup>a</sup> ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. Con la colaboración de ITZIAR BARRENGOA. (2<sup>a</sup> ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* TOMEU BARCELÓ. (2<sup>a</sup> ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.

93. *Fluir en la adversidad*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad*. JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez*. JOHN AMODEO (2ª ed.).
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra*. BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas*. LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente*. MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina*. CLAUDE LMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo*. MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas*. JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal*. THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro*. MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (10ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío*. IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos*. MANUEL SEGURA MORALES. (14ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia)*. KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán*. MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt*. ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros*. RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo*. JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior*. MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas*. P. KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad*. A. CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido*. ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia*. BERNARD GOLDEN. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia*. JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada*. ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros*. BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad*. LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado*. RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud*. KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino*. ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia*. IOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia*. AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida*. PETER BOURQUIN. (10ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés*. THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza*. OLGA CASTANYER. (3ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes*. LORETTA CORNEJO. (4ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes*. Javier Tirapu. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes*. PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (3ª ed.)

134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ
141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÜTER RODÉS
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE
145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE (2ª ed.)
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ
148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* GEETU BHARWANEE
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ
152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ULRIKE DAHM
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* JANET TREASURE - GRÁINNE SMITH - ANNA CRANE
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* PETER RANDALL
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* BERND GÖRNER
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* CHARLES MORIN
158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* MIGDYRAI MARTÍN REYES
159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* PETER BOURQUIN
160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* JORGE BARRACA MAIRAL
161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* IGNACIO BERCIANO
162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* CYNTHIA G. LAST
163. *Todo lo que sucede importa. Cómo orientar en el laberinto de los sentimientos.* FERNANDO ALBERCA DE CASTRO (2ª ed.)
164. *De cuentos y aliados. El cuento terapéutico.* MARIANA FIKSLER
165. *Soluciones para una vida sexual sana. Maneras sencillas de abordar y resolver los problemas sexuales cotidianos.* DRA. JANET HALL
166. *Encontrar las mejores soluciones mediante Focusing. A la escucha de lo sentido en el cuerpo.* BERNADETTE LAMBOY
167. *Estrésese menos y viva más. Cómo la terapia de aceptación y compromiso puede ayudarle a vivir una vida productiva y equilibrada.* RICHARD BLONNA
168. *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ
169. *La comunicación humana: una ventana abierta.* CARLOS ALEMANY BRIZ
170. *Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien.* SANDI KRSTINIC
171. *Aprender de la ansiedad. La sabiduría de las emociones.* PEDRO MORENO
172. *Cuidar al enfermo. Migajas de psicología .* PEDRO MORENO
173. *Yo te manejo, tú me manejas. El poder de las relaciones cotidianas .* PABLO POBLACIÓN KNAPPE
174. *Crisis, crecimiento y despertar. Claves y recursos para crecer en consciencia .* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática.* LUCIANO SANDRIN . (9ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ED.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. (8ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (Coord.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL. (2ª ed.)
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual.* RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento.* THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación.* KARMELO BIZKARRA.
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* VICENTE SIMÓN. (2ª ed.)
42. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido.* JOSÉ CARLOS BERMEJO.
43. *Más allá de la Empatía. Una Terapia de Contacto-en-la-Relación.* RICHARD G. ERSKINE - JANET P. MOURSUND - REBECCA L. TRAUTMANN.
44. *El oficio que habitamos. Testimonios y reflexiones de terapeutas gestálticas.* ÁNGELES MARTÍN (ED.)
45. *El amor vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas.* BÄRBEL WARDETZKI