

# El paciente en el escenario de tratamiento



# Empleo de los servicios de salud



## ESQUEMA DEL CAPÍTULO

### Reconocimiento e interpretación de los síntomas

*Reconocer un síntoma • Interpretación de los síntomas • Representación cognitiva de la enfermedad • El inicio del tratamiento • Internet*

### ¿Quién utiliza los servicios de salud?

*Edad • Género • Clase social y cultura • Factores psicológicos y sociales*

### Mal uso de los servicios de salud

*Uso de los servicios de salud para trastornos emocionales • Conductas de demora*

### El paciente en el ambiente hospitalario

*Estructura de un hospital • Funcionamiento de un hospital • Modificaciones recientes en la hospitalización • Impacto de la hospitalización en el paciente*

### Intervenciones para aumentar el control en el hospital

*Afrontar una operación quirúrgica mediante intervenciones que favorezcan el control • Afrontamiento de procedimientos médicos estresantes mediante intervenciones que favorecen el control*

### El niño hospitalizado

*Ansiedad • Preparar a los niños para las intervenciones médicas*

Hace algunos años, el creativo titiritero Jim Henson murió repentinamente cuando tenía alrededor de 55 años, a causa, aparentemente, de un resfriado o gripe que empeoró rápidamente. Henson había estado trabajando largas horas y estaba agotado por los pesados negocios y compromisos de viaje, y aunque pensó que necesitaba ir al médico —los síntomas empeoraban— lo aplazó. Cuando finalmente acudió al hospital, la infección ya se había dispersado tanto que los médicos no pudieron ayudarlo. Generaciones de niños y padres que habían crecido con *Plaza Sésamo*, que habían llegado a encariñarse con la rana René, con Óscar y con las otras simpáticas invenciones de la imaginación de Henson se quedaron pasmados no sólo por el inesperado final de su excepcional carrera, sino por la forma en la que se produjo.

Unos días después a mi hijo le dio un resfriado con algo de fiebre y no parecía quitársele con los medicamentos usuales. Inmediatamente lo llevé al centro de atención médica donde un extenuado pero paciente médico me informó que todo estaba bien, que se trataba de una infección de origen viral y que no había nada que hacer, excepto que permaneciera en casa, que descansara mucho, tomara mucho líquido y que siguiera tomando los medicamentos con regularidad. La situación me hizo sentir un poco tonta y le comenté al médico que probablemente me había precipitado en ir a verlo por lo ocurrido a Jim Henson. El doctor sonrió y dijo, “Dra. Taylor, usted es probablemente la 30ª mamá que viene porque se ha quedado impresionada por lo que le ocurrió a Jim Henson”.

La pregunta de quién emplea los servicios médicos y por qué parecería ser un asunto médico. La respuesta obvia es que las personas que usan estos servicios son las personas que están enfermas. Pero, como lo ilustra la anécdota anterior, este uso puede ser de origen psicológico. ¿Cómo y cuándo sabe una persona que está enferma? ¿Cuándo hace caso omiso de los síntomas por considerar que no tienen importancia? ¿Cuándo considera que un síntoma requiere de la atención de un profesional y cuándo piensa que descanso, sopa caliente y mucho líquido es todo lo que necesita?

## ■ RECONOCIMIENTO E INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Aunque las personas damos cierta atención a lo que ocurre en nuestro cuerpo, esta atención puede ser limitada (Pennebaker, 1983). Esta limitación da lugar a que en el reconocimiento de los síntomas y en la interpretación de la enfermedad intervengan factores psicológicos y sociales (Petrie y Weinman, 1997).

## Reconocer un síntoma

Tengo un tumor en la cabeza, que es del tamaño de una pelota de baloncesto. Lo siento cada vez que parpadeo,

—WOODY ALLEN, *HANNAH Y SUS HERMANAS*.

La observación muestra que algunos individuos continúan con sus actividades normales a pesar de tener síntomas abrumadores, mientras que otros se meten a la cama a la menor alteración en el funcionamiento de su cuerpo.

**Diferencias individuales de personalidad** Algunas de estas diferencias son estables. Es decir, algunas personas son siempre más propensas que otras a notar sus síntomas. Los hipocondriacos, como algunos de los personajes que ha representado Woody Allen, son personas a las que les preocupa y les inquieta que síntomas normales del cuerpo sean indicadores de enfermedad. Aunque los hipocondriacos constituyen sólo del 4 al 5% de la población, como hacen tanto uso de los servicios de atención a la salud es importante para los psicólogos de la salud entender quiénes perciben síntomas de manera más intensa (Lecci y Cohen, 2002).

En las personas que convierten la tensión en síntomas físicos, los síntomas más frecuentes son dolor de espalda, dolor de articulaciones, dolor en las extremidades, dolor de cabeza, síntomas abdominales como inflamación, “alergias” a determinados alimentos y síntomas cardiovasculares como palpitaciones (Carmin, Weigartz, Hoff y Kondos, 2003; Rief, Hessel y Braehler, 2001). Contrario a lo que suele pensarse, las mujeres no son más propensas que los hombres a mostrar estos síntomas. La edad tiene un marcado efecto, las personas mayores reportan más síntomas que las personas jóvenes.

El neuroticismo afecta también la percepción de síntomas. El neduroticismo es una dimensión de la personalidad caracterizada por emociones negativas, ser autoconsciente y una preocupación por el funcionamiento corporal. Las personas que tienen altos niveles de neuroticismo como rasgo de personalidad reconocen sus síntomas más rápidamente, los comunican más rápidamente o ambas cosas (P. Feldman, Cohen, Doyle, Skoner y Gwaltney, 1999). Puede que las personas neuróticas, ansiosas, exageren sus síntomas o puede que simplemente pongan más atención a síntomas reales (Gramling, Clawson y McDonald, 1996; S. Ward y Leventhal, 1993). Los neuróticos frecuentemente creen que tienen enfermedades serias. Algunos investigadores han encontrado que los neuróticos constituyen el 30% de las personas que son canalizadas a una angiografía coronaria y no se les detecta ninguna enfermedad cardíaca (Pryor, Harrell, Lee, Califf y Rosatti, 1983).

**Diferencias culturales** Existen diferencias culturales que determinan cuáles son los síntomas que se detectan y con qué rapidez (Kirmayer y Young, 1998). Por ejemplo, en un estudio comparativo entre anglosajones y mexicanos, Burman, Timbers y Hough (1984) encontraron que los anglosajones se quejan de síntomas poco frecuentes, mientras que los mexicanos tienden más a quejarse de síntomas que se presentan con frecuencia. Las diferencias culturales en los síntomas que las personas experimentan y de los que se quejan son conocidas desde hace décadas (Zola, 1966), pero aún se desconocen las razones a las que se deben estas diferencias.

**Diferencias en atención a los síntomas** Las diferencias en la atención presentada a las sensaciones corporales influyen en qué síntomas se detectan. Las personas que enfocan su atención hacia sí mismas (hacia sus cuerpos, sus emociones y sus reacciones en general) notan sus síntomas más rápidamente que las personas cuya atención está puesta en el exterior, en su ambiente y en sus actividades (Pennebaker, 1983). Así, las personas que tienen trabajos aburridos, que se encuentran aisladas socialmente, que se ocupan del trabajo de la casa toda la vida o que viven solas se quejan de más síntomas físicos que las personas que tienen un trabajo interesante, que tienen una vida social interesante, que trabajan fuera de la casa o que viven con otras personas. Una de las razones puede ser que estas últimas personas tengan más distracciones y se fijen menos en sí mismos que aquellas personas con poca actividad en sus vidas (Pennebaker, 1983).

**Factores situacionales** Los factores situacionales influyen en el que una persona reconozca o no un síntoma. En situaciones aburridas las personas están más atentas a sus síntomas que en situaciones interesantes. Por ejemplo, es más probable que las personas sientan picazón o cosquilleo en la garganta y que tosan en respuesta a esta sensación, durante las partes aburridas de una película que durante las partes interesantes (Pennebaker, 1980). Es más fácil que una persona detecte algún síntoma cuando se queda en casa que cuando tiene un día lleno de actividad. La actividad física intensa distrae la atención, mientras que la quietud, la tranquilidad propicia el detectar síntomas en uno mismo.

Todo factor situacional que dirija la atención a un síntoma o enfermedad, propicia su detección. Por ejemplo, un fenómeno común en las escuelas de medicina es la **enfermedad de los estudiantes de medicina**, que consiste en que cuando se estudia una enfermedad, muchos de los miembros de la clase creen que la padecen. Estudiar los síntomas de una enfermedad lleva a los estudiantes a enfocar su atención a su propia fatiga y a otros estados internos, y como consecuencia parecen surgir los síntomas relacionados con la enfermedad (Mechanic, 1972).

**Estrés** El estrés puede ocasionar o agravar la percepción de síntomas. Las personas que se encuentran bajo estrés pueden considerar que se encuentran más vulnerables a una enfermedad y, por lo tanto, poner más atención a su cuerpo. Tensiones económicas, problemas en las relaciones personales y otros estresores llevan a las personas a creer que están enfermas (Alonso y Coe, 2001; Angel, Frisco, Angel y Ciraboga, 2003), lo que probablemente se debe a que estas personas experimentan cambios fisiológicos debidos al estrés, como frecuencia cardíaca o respiración acelerada, e interpretan estos cambios como síntomas de una enfermedad (L. Cameron, Leventhal y Leventhal, 1995).

**Estado de ánimo** El estado de ánimo influye en la apreciación de la propia salud. Las personas en un estado de ánimo positivo tienden a considerarse más sanas, reportan menos enfermedades y se quejan de menos síntomas de enfermedad. En cambio, las personas que se encuentran en un mal estado de ánimo se quejan de más síntomas de enfermedad, tienen menos confianza en que algo pueda ayudarles a contrarrestar esos síntomas y se consideran más vulnerables a enfermedades futuras que las personas que están en un buen estado de ánimo (E. A. Leventhal, Hansell, Diefenbach, Leventhal y Glass, 1996; Salovey, O'Leary, Stretton, Fishkin y Drake, 1991). Inclusive, las personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad, se quejan de menos síntomas o de síntomas menos severos si se encuentran en un buen estado de ánimo (Gil *et al.*, 2004).

En resumen, el reconocimiento de síntomas está determinado tanto por diferencias individuales en la atención que se da al propio cuerpo como por factores situacionales transitorios que influyen en hacia dónde dirigimos la atención. Cuando la atención está dirigida hacia fuera, como ocurre en la actividad física vigorosa o en un entorno con muchas distracciones, los síntomas tienden a ser menos fáciles de percibir. En cambio, cuando la atención está dirigida hacia el propio cuerpo debido, por ejemplo, a estímulos que recuerdan la enfermedad, los síntomas tienden a ser detectados con mayor facilidad.

## Interpretación de los síntomas

La interpretación de los síntomas es también un proceso psicológico. Considérese el incidente que se describe a continuación. En una ciudad llega a la sala de emergencias de un hospital grande un hombre de ya casi 30 años que, como único síntoma, se queja de dolor de garganta. Va acompañado de seis familiares: su madre, su padre, su hermana, su tía y dos primas. Como a la sala de emergencias los pacientes suelen llegar con un solo acompañante y como el dolor de garganta no suele ser una razón por la que las personas lleguen a la sala de emergencias, el personal está extrañado por la razón de esta visita. Hay muchas risitas por aquello de la

## ¿Pueden las expectativas influir en las sensaciones?

**EL CASO DE LOS SÍNTOMAS PREMENSTRUALES**

Muchas mujeres experimentan diversos síntomas desagradables, fisiológicos y psicológicos, como inflamación del busto, cólicos, irritabilidad y depresión, antes del comienzo de la menstruación. Estos síntomas tienen una base fisiológica, pero las investigaciones indican que hay factores psicológicos que también pueden contribuir. Concretamente, puede que las mujeres experimenten estos síntomas porque están esperando tenerlos (C. McFarland *et al.*, 1989; Ruble, 1972).

Para probar esta idea, Ruble reunió algunas mujeres para participar en un estudio. Ruble informó a estas mujeres que estaba empleando una técnica científica para predecir la fecha de su menstruación. Después, de manera aleatoria a algunas de las participantes les dijo que su periodo se presentaría en uno o dos días (grupo premenstrual), mientras que a otras les dijo que su periodo se presentaría en 8 o 10 días (grupo intermenstrual). En realidad, todas las mujeres se encontraban, aproximadamente, a una semana de su periodo. Después, a

todas estas mujeres se les pidió que llenaran un cuestionario acerca de la magnitud de sus síntomas, comúnmente asociados con la etapa premenstrual.

Las mujeres a las que se les hizo creer que su periodo se presentaría en uno o dos días indicaron tener más síntomas psicológicos y fisiológicos premenstruales que las mujeres a las que se les dijo que su periodo se presentaría en 8 o 10 días. Desde luego, el resultado de este estudio no significa que los síntomas premenstruales no tengan una causa física. En realidad, la prevalencia y seriedad del síndrome premenstrual (SPM) da testimonio del efecto de debilitamiento que los cambios premenstruales pueden tener en la fisiología y en el comportamiento (Kendler *et al.*, 1992; Klebanov y Jemmott, 1992). Lo que estos resultados indican es que puede ser que las mujeres que creen estar en la etapa premenstrual, estén más atentas e interpreten fluctuaciones normales del cuerpo como relacionadas con la situación premenstrual. Los resultados de esta investigación ilustran también el significado de los factores psicológicos en la apreciación de síntomas en general.

unión en las familias italianas y de cómo se sobresaltan por cualquier signo de enfermedad. Pero hay también un estudiante de medicina especialmente sensible que piensa que algo ha hecho que este hombre venga con toda su familia a la sala de emergencias, de manera que, mientras hace la historia clínica trata de investigarlo con todo cuidado, pero de manera persistente. Poco a poco resulta que el hermano de este joven había muerto unos años antes a causa de la enfermedad de Hodgkin, un tipo de cáncer en el que hay una infección progresiva y crecimiento de los ganglios linfáticos. Los primeros síntomas que había tenido el hermano, síntomas a los que él y su familia no habían dado la atención debida y dejaron pasar sin tratamiento, fueron las molestias y el dolor de garganta.

Este terrible incidente ilustra lo importante que pueden ser los factores sociales y psicológicos para entender cómo interpretan las personas sus síntomas. Para esta familia, el síntoma “dolor de garganta” tenía un significado especial, para ellos representaba una historia que borraba la asociación común del dolor de garganta con el comienzo de un resfriado (que era lo que en realidad tenía este joven). Peor aún, para ellos representaba la falla de la familia para reaccionar ante una emergencia, una falla que ellos no estaban dispuestos a que se repitiera. Otra cosa que también ilustra este incidente, si bien de manera menos directa, es que los factores individuales, históricos, culturales y sociales se confabulan para producir una interpretación de los síntomas que se experimentan.

**Experiencia previa** Como testifica el incidente anterior, la interpretación de los síntomas está fuertemente influenciada por las experiencias anteriores. Las personas que han tenido experiencia con una determinada enfermedad estiman que la prevalencia de esos síntomas es mayor y suelen considerar que la enfermedad es menos seria de lo que la considerarían las personas que no tienen antecedentes de esa enfermedad (Jemmott, Croyle y Ditto, 1988). El significado de un síntoma depende también de qué tan común sea en el círculo de relaciones de la persona y en su cultura (por ejemplo, Croyle y Hunt, 1991). Factores de riesgo y trastornos que tienen gran prevalencia se suelen considerar menos serios que factores de riesgo o trastornos más raros (Croyle y Ditto, 1990). El solo hecho de que un síntoma o enfermedad esté muy generalizado hace que sea vista como justificación para darle poca importancia.

**Expectativas** Las expectativas pueden influir en la interpretación de los síntomas. Las personas pueden ignorar síntomas que no esperan tener y amplificar aquellos que sí esperan tener (H. Leventhal, Nerenz & Strauss, 1982). Por ejemplo, mujeres que creen que su periodo menstrual está cercano pueden interpretar leves sensaciones de malestar, que de otro modo pasarían casi inadvertidas, como síntomas premenstruales; mujeres que creen que su periodo menstrual está todavía lejano pueden ignorar los mismos “síntomas” (ver cuadro 8.1).

**Seriedad de los síntomas** Los síntomas que afectan partes del cuerpo que se valoran más se suelen interpretar como más serios y más necesarios de ser atendidos que los síntomas que afectan órganos que se valoran menos. Por ejemplo, las personas se preocupan más cuando se ven afectados los ojos o la cara que cuando tienen síntomas relacionados con partes del tronco. Un síntoma se considerará más serio y llevará más pronto a buscar un tratamiento si limita la movilidad o si afecta a un órgano que se considere muy valioso como, por ejemplo, una molestia en el pecho que se crea que se deba a una enfermedad cardíaca (Eifert, Hodson, Tracey, Seville y Gunawardane, 1996). Y sobre todo, si un síntoma causa dolor, hará que la persona busque tratamiento más rápidamente que si no lo causa.

## Representación cognitiva de la enfermedad

**Esquemas de enfermedad** Las personas tienen una concepción de la salud y de la enfermedad que influye en cómo reaccionan a los síntomas percibidos (H. Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; Shiloh, Rashuk-Rosenthal y Benyamini, 2002). Las llamadas **representaciones** (o **esquemas de la enfermedad**), estas representaciones organizadas de la enfermedad se adquieren a través de los medios, a través de experiencias personales y de experiencias de familiares y amigos que han tenido determinados trastornos (ver Croyle y Barger, 1993, para una revisión).

Los esquemas de enfermedad pueden ir desde muy imprecisos e inadecuados hasta amplios, técnicos y completos. Su importancia se debe a que influyen en las conductas de prevención de la salud de las personas, en sus reacciones frente a los síntomas que experimentan o a las enfermedades que se les diagnostica, en su adherencia a las recomendaciones del tratamiento y en sus expectativas para la salud en el futuro.

Los esquemas de enfermedad comprenden información básica acerca de una enfermedad (H. Leventhal y Benyamini, 1997): la identidad o etiqueta de una enfermedad es su nombre; sus consecuencias son sus síntomas y tratamiento correspondiente, así como el grado en que la persona piense que la enfermedad tendrá consecuencias en su vida; sus causas son los factores que la persona cree que dan lugar a la enfermedad como, por ejemplo, factores ambientales o conductuales (Shiloh *et al.*, 2002); la duración se refiere a la cantidad de tiempo que se espera dure la enfermedad, y la curación identifica si la persona cree que la enfermedad se puede curar mediante el tratamiento apropiado. Estas concepciones de la enfermedad parece que se desarrollan desde bastante temprano en la vida (S. L. Goldman, Whitney-Saltiel, Granger y Rodin, 1991).

La mayoría de las personas tienen por lo menos tres modelos de enfermedades (Nerenz y Leventhal, 1983):

- *Enfermedad aguda* es una enfermedad que se cree que es causada por determinados agentes virales o bacterianos, que es de corta duración y que no tiene consecuencias a largo plazo. Ejemplo de este tipo de enfermedades es la gripe.
- *Enfermedad crónica* es una enfermedad que es causada por diversos factores como, por ejemplo, hábitos de salud, es de larga duración y con frecuencia tiene severas consecuencias. Ejemplo de este tipo de enfermedad es la enfermedad del corazón.
- *Enfermedad cíclica* es una enfermedad caracterizada por periodos alternantes en los que o no hay síntomas o hay muchos síntomas. Ejemplo de este tipo de enfermedades es el herpes.

Existe una enorme variabilidad en los modelos que las personas tienen para sus enfermedades, y el modelo de enfermedad que tiene una persona para sus enfermedades puede influir enormemente en su conducta respecto a esa enfermedad. Por ejemplo, la diabetes puede ser vista por un individuo como una enfermedad aguda ocasionada por una dieta rica en azúcares, mientras que otra persona puede verla como una enfermedad que durará el resto de su vida y que puede tener consecuencias catastróficas. Por supuesto, estas personas tratarán sus enfermedades de manera diferente, tendrán diferentes niveles de vigilancia de los síntomas y seguirán distintos patrones en la búsqueda de tratamiento (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996). La concepción que tenga una persona sobre una enfermedad le proporciona la base para la interpretación de nueva información, influye en su decisión de buscar un tratamiento, la lleva a modificar o a no adherirse al régimen de medicación (Coutu, Dupuis, D'Antono y Rochon-Goyer, 2003), e influye en las expectativas de salud en el futuro (G. D. Bishop y Converse, 1986). Por tanto, la concepción que tiene un individuo de una enfermedad determina de manera importante sus conductas de salud.

## El inicio del tratamiento

El significado de un síntoma se mezcla con el diagnóstico, proceso que empieza no en el consultorio médico, sino en conversaciones del individuo con amigos, vecinos y parientes. Los sociólogos han escrito abundantemente sobre la **red de recomendaciones no profesionales**, una red informal de familiares y amigos que dan su propia interpretación de los síntomas mucho antes de que el individuo busque un tratamiento médico y que además ofrecen distintas alternativas de tratamiento (Freidson, 1960). El paciente suele hablar de sus síntomas a un familiar o a un compañero de trabajo, el cual suele responder dando sus propios puntos de vista de lo que los síntomas pueden significar (“a Jorge le paso lo mismo, y resultó que en realidad no era nada”) (cita de Croyle y Hunt, 1991). Este familiar o amigo suele aconsejar acerca de la conveniencia de buscar tratamiento médico (“lo único

que se ganó con ir al médico fue pagar mucho dinero”) y recomendar diversos remedios caseros (“miel, jugo de limón y un poco de brandy, y estarás bien”).

En muchas comunidades la red de recomendaciones no profesionales es el tipo de tratamiento más empleado. Una figura con fuerza como, por ejemplo, una anciana que haya tenido muchos hijos, puede funcionar como practicante lego de la medicina; debido a que se cree que por sus muchos años de experiencia, tiene cierta sabiduría en cuestiones de medicina (Freidson, 1960; Hayes-Baustista, 1976). En las comunidades de algunas etnias, la red de recomendaciones no profesionales suele comprender creencias acerca de causas y curaciones de las enfermedades, las que la medicina puede considerar como sobrenaturales o como supersticiones. Además, ocurre con frecuencia que esta red de recomendaciones no profesionales recomiende remedios caseros que se consideran más apropiados o efectivos que la medicina.

Sin embargo, el empleo de la medicina popular va en aumento y, como consecuencia de esto, la Organización Mundial de la Salud ha tomado recientemente una medida sin precedente, la evaluación de la eficacia de estos tratamientos (McNeil, 2002). Por ejemplo la hierba china *ma huang* (efedra) ayuda en problemas respiratorios que pueden causar infarto miocárdico en algunas personas. El *ginko biloba* estimula la circulación, pero también puede favorecer las hemorragias, lo que en una operación es un riesgo en cirugía. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud es catalogar los remedios populares para determinar cuáles son útiles y no presentan riesgos, y eliminar el uso de los que no funcionan o tienen riesgos.

En Estados Unidos, hasta un tercio de los adultos llega a emplear un tratamiento no convencional en el lapso de un año (D. M. Eisenberg *et al.*, 1993), lo que corresponde a 425 millones de visitas a proveedores de tratamientos no convencionales con un costo de aproximadamente 13.7 mil millones de dólares (Astin, 1998).

¿Cuáles son las terapias que emplea la gente? Entre los métodos terapéuticos más comúnmente utilizados se encuentran las técnicas de relajación, la quiropráctica, el masaje, la visualización, las curaciones espirituales, las dietas, la herbolaria, la terapia de megavitaminas, los grupos de autoayuda, la curación por energía, la biorretroalimentación (*biofeedback*), la hipnosis, la homeopatía y la acupuntura. No todos estos tratamientos se emplean como métodos alternativos a los tratamientos de la medicina formal; muchos de ellos se emplean en combinación con los tratamientos convencionales. Pero los proveedores de atención a la salud por lo general no están enterados de que sus pacientes están complementando el tratamiento con tratamientos no convencionales.

Algunos remedios caseros funcionan, y el solo descanso o la relajación puede permitir que la enfermedad siga su curso. Estas curaciones reales y aparentes perpetúan el uso de la red de recomendaciones no profesionales y, en consecuencia, muchas enfermedades no son tratadas jamás por la comunidad médica.

En cualquier momento que se tome, entre el 70% y el 90% de la población tiene algún problema médico que potencialmente puede ser diagnosticado y tratado por un profesional de la salud, pero entre dos terceras partes y tres cuartas partes de estas personas no consultan a los profesionales de la salud.

## Internet

La Internet en sí, bien puede considerarse como una red de recomendaciones no profesionales. Diariamente, más de 6 millones de estadounidenses consultan información en línea sobre atención a la salud (Center for the Advancement of Health, 23 de diciembre del 2002). Efectivamente, en Internet la información sobre la salud ha aumentado vertiginosamente en los últimos años, y actualmente existen más de 100 000 sitios relacionados con la salud (Center for the Advancement of Health, junio 2002). Buscar información en línea es una actividad usual. El 61% de los usuarios de Internet indican haber usado Internet para buscar información relacionada con la salud, más de los que hacen compras, buscan resultados deportivos o compran acciones. Además, más de la mitad de las personas que han encontrado información en Internet dicen que esto les ha ayudado a cuidarse mejor (Dias, 2002).

¿Son o no preocupantes estas tendencias? De acuerdo a un estudio reciente en médicos, 96% opina que Internet afectará de manera positiva la atención a la salud, y muchos de ellos emplean Internet para encontrar información actualizada sobre enfermedades, tratamientos y procesamiento de solicitudes de servicios a las compañías de seguros. Sin embargo, no todo lo que se encuentra en Internet es exacto y preciso, y algunos de los sitios de Internet lo único que quieren es que el usuario tome su cesta de compras y compre alguno de sus productos. Una fuente excelente para asuntos relacionados con la salud es la página en la Red del Center for Advancement of Health ([www.cfah.org](http://www.cfah.org)). A pesar de todo, es evidente que Internet está jugando un papel importante al proporcionar información acerca de síntomas y enfermedades.

## ■ ¿QUIÉN UTILIZA LOS SERVICIOS DE SALUD?

Así como las enfermedades no se encuentran distribuidas de manera homogénea en la población, tampoco el empleo de los servicios de salud está distribuido de manera homogénea en la población. Aunque la aparición de síntomas atípicos, una enfermedad seria o la discapacidad son las causas principales por las que las personas buscan ayuda (L. Cameron, Leventhal y Leventhal, 1993; R. J. Jonson y Wolinsky, 1993), existen otros factores que también son importantes.

### Edad

La edad influye en el uso de los servicios de atención a la salud. Los servicios de salud son usados con más frecuencia

por los muy pequeños o por los adultos mayores (Aday y Andersen, 1974). Los niños pequeños padecen enfermedades infecciosas mientras van adquiriendo inmunidad, por lo que con frecuencia necesitan la atención de un pediatra. Durante la adolescencia y la adultez disminuyen tanto las enfermedades como el uso de los servicios de salud. El empleo de los servicios de atención a la salud vuelve a aumentar en la última etapa de la adultez cuando las personas empiezan a padecer enfermedades o trastornos crónicos. Los adultos mayores emplean los servicios de salud por los trastornos relacionados con el proceso de envejecimiento.

### Género

Las mujeres emplean los servicios médicos más que los hombres (Fuller, Edwards, Sermsri y Vorakitphokatorn, 1993). El embarazo y los nacimientos son parte de las diferencias debidas al género, pero eso no es todo. Se han dado muchas explicaciones como, por ejemplo, que las mujeres tienen mejores mecanismos homeostáticos que los hombres: detectan el dolor antes, notan cambios de temperatura más rápidamente y también nuevos olores. Así, puede que sean más sensibles a alteraciones corporales, especialmente a las alteraciones leves (por ejemplo, H. Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992).

Otra explicación se refiere a las diferencias en las normas sociales en relación a expresar dolor o malestar. Se espera que los hombres proyecten una imagen de fuertes, de machos lo que encierra ignorar el dolor y no enfermarse con facilidad, mientras que las mujeres no están sometidas a estas presiones (Klonoff y Landrine, 1992).

Los factores económicos también pueden ser importantes. Como las mujeres por lo general no trabajan o trabajan medio tiempo, no tienen que tomar tiempo de su trabajo para solicitar un tratamiento ni pierden ingresos cuando están enfermas. Por consiguiente, las mujeres pueden hacer mayor uso de los servicios de salud debido a que solicitar un tratamiento cuando están enfermas perturba menos sus vidas y también les cuesta menos (A. C. Marcus y Siegel, 1982). Sin embargo, estos mismos factores, es decir, que sea menos probable que tengan un empleo, que sea más probable que trabajen medio tiempo y que tengan más problemas económicos, contribuyen a que las mujeres gocen de menor salud (C. E. Ross y Bird, 1994).

Las investigaciones indican que las mujeres emplean los servicios de salud con más frecuencia debido a que los servicios de atención médica específicamente para ellas están más fragmentados. La atención médica para los hombres se realiza a través de un médico general que les realiza un examen médico en el que se incluyen todos los tratamientos preventivos. En cambio, las mujeres tienen que ir con el médico general o internista para que se les practique un examen médico general, con un ginecólogo para un Papanicolaou y

con un especialista en cáncer de mama para una exploración de los senos y una mamografía. De manera que, el que parece que las mujeres emplean los servicios de salud más que los hombres puede deberse en parte a que la atención médica no se encuentra bien estructurada para satisfacer las necesidades básicas de las mujeres.

### Clase social y cultura

En la Unión Americana, las clases sociales bajas utilizan menos los servicios médicos que las clases más adineradas (M. Herman, 1972), lo cual se debe, en parte, a que las clases más pobres tienen menos dinero para gastar en servicios de salud. Sin embargo, con Medicare para los adultos mayores, Medicaid para los pobres y con otros servicios de salud no costosos, la brecha entre el uso de servicios médicos entre ricos y pobres se ha estrechado un poco.

La desventaja de la situación financiera de las clases más bajas no es la única razón para su poco uso de los servicios de salud (L. A. Crandall y Duncan, 1981; Rundall y Wheeler,



*Las mujeres utilizan los servicios médicos más que los hombres, se enferman más que los hombres y además para los servicios médicos de rutina que necesitan requieren más visitas al médico que los hombres; además las mujeres requieren más servicios médicos debido a necesidades relacionadas con su sexo como la maternidad.*



1979); para los pobres, simplemente no hay tantos servicios médicos como para los pudientes, y los que hay, por lo general, son inadecuados y escasos de personal. Por lo tanto, puede que muchas personas pobres no reciban ninguna atención médica con regularidad y sólo visitan al médico en casos de emergencia. Las diferencias que existen entre las clases sociales en el uso de servicios médicos son especialmente problemáticas porque los pobres no sólo se enferman con más frecuencia y durante periodos más prolongados, sino que también mueren antes (N. E. Adler *et al.*, 1993). La principal brecha entre ricos y pobres está en el uso de los servicios preventivos de salud como la vacunación contra enfermedades infecciosas y la exploración de trastornos que pueden ser tratados, lo cual es la base de una mala salud a lo largo de la vida.

Los factores culturales influyen también en que la persona busque un tratamiento formal. Como ya se indicó, las personas que viven en grupos étnicos pueden tener creencias acerca de las enfermedades que no corresponden a las creencias de la medicina profesional, lo cual lleva a esas personas a emplear un sistema de recomendaciones no profesionales.

### Factores psicológicos y sociales

Los factores psicológicos y sociales, es decir, las actitudes y creencias del individuo sobre síntomas y servicios de salud, determinan quiénes usarán los servicios de salud. Como se vio en el capítulo 3, el modelo de creencias sobre la salud sostiene que el que una persona busque tratamiento a un síntoma estará determinado por dos factores: 1) el grado en que la persona perciba un peligro para la salud, y 2) el grado en que la persona crea que una medida determinada será efectiva para reducir ese peligro.

Muchos estudios indican que el modelo de creencias sobre la salud explica muy bien el uso que las personas hacen de los servicios de salud. El modelo de creencias sobre la salud explica mejor la conducta de las personas con dinero y acceso a los servicios de salud cuando buscan un tratamiento, que la de las que no están en esa situación.

El uso de los servicios de salud está influenciado también por la socialización, principalmente por medio de los padres. Así como niños y adolescentes aprenden de sus padres otras conductas, también aprenden cómo y cuándo usar los servicios de atención a la salud.

Otros de los factores que llevan a las personas a buscar un tratamiento son los factores interpersonales. Por ejemplo, se puede ocasionar una crisis interpersonal cuando existe algún síntoma que pone en peligro la relación (Zola, 1973). O cuando un miembro de una pareja está siempre cansado, finalmente su compañero se sentirá molesto e insistirá en que el otro haga algo contra su continua fatiga. La interferencia social es también un motivador para buscar ayuda. Cuando debido a un síntoma se ponen en peligro actividades importantes o demandas sociales, como el trabajo o las vacaciones, aumen-

ta la probabilidad de que la persona busque un tratamiento que cuando no exista un peligro así. Por último, sanciones sociales como, por ejemplo, que un jefe presione a un individuo para que busque tratamiento a algún síntoma o vuelva al trabajo puede conducir al uso de los servicios de salud.

Entonces, los servicios de salud son utilizados por las personas que tienen la necesidad, el tiempo, el dinero, la experiencia previa, creencias a favor de la utilización de los servicios y el acceso a éstos (R. M. Andersen, 1995).

### ■ MAL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuando sonó el despertador, Jerry se dio cuenta que era hora de alistarse para el trabajo. La noche anterior se había desvelado por estar con los amigos jugando cartas y sólo había dormido 4 horas. Cuando pensó en su trabajo en la línea de ensamblaje, la perspectiva de vestirse y llegar a tiempo al trabajo le pareció aún menos atractiva. Notó un cosquilleo al tragar. Podía deberse a haber fumado tanto o quizás se había resfriado. “Si me reporto enfermo y descanso un poco más, me sentiré mejor el resto de la semana”, pensó. Habiendo llegado a esta conclusión, Jerry se volvió a dormir.

Los servicios de salud pueden ser utilizados, pero también puede abusarse de ellos. En esta sección se considerarán varios tipos de abuso. Algunos abusos son moderados, como la decisión de Jerry de quedarse en cama con su resaca en lugar de ir al trabajo. Pero en otros casos el abuso es más serio. Un tipo de abuso es el que se presenta cuando las personas buscan los servicios de salud para solucionar problemas que no son médicamente importantes, sobrecargando al sistema médico. Otro tipo importante de abuso es la demora, que es cuando la persona debe buscar atención médica para un problema pero no lo hace.

### Uso de los servicios de salud para trastornos emocionales

Los médicos estiman que hasta dos terceras partes de su tiempo lo emplean en atender a pacientes cuyos problemas son psicológicos y no médicos. Este problema es más frecuente entre los médicos generales que entre los especialistas, aunque ninguna rama de la medicina es inmune a esto. (En las universidades, los servicios de salud se encuentran, de manera periódica, durante la época de exámenes, con una versión de este problema; ver cuadro 8.2.) Estos problemas que no son de tipo médico se deben por lo general a ansiedad y a depresión que desafortunadamente se encuentran con mucha frecuencia.

¿Por qué buscan las personas la atención de un médico cuando sus dolencias deberían ser atendidas por un especialista en salud mental? Existen varias razones. El estrés y las respuestas emocionales al mismo ocasionan síntomas fisio-

Visite el servicio médico de una universidad (en Estados Unidos) antes de la época de exámenes y verá una unidad que se prepara para una avalancha. En cuanto empiezan los exámenes, los ingresos al servicio médico se pueden duplicar o incluso triplicar. ¿A qué se debe esto?

Parte de este aumento se debe verdaderamente al aumento de enfermos. Los estudiantes que están bajo la presión de obtener buenos resultados trabajan durante muchas horas, comen y duermen poco, y cuando se agotan, aumenta su vulnerabilidad a muchas enfermedades. Además, si a alguno le da una enfermedad infecciosa, se la puede contagiar a los estudiantes que conviven con él.

Puede que algunos estudiantes no estén realmente enfermos, pero creen estarlo. Estresores como los exámenes pueden producir diversos síntomas, como falta de concentración, in-

somnio, malestar estomacal, que se pueden confundir con una enfermedad. Además, en la época de exámenes pueden dejar de hacerse otras actividades de distracción, por lo que los estudiantes pueden que estén más atentos a estos síntomas de lo que estarían normalmente. Además, con estos síntomas puede que a los estudiantes se les dificulte estudiar, y la interferencia en actividades importantes siempre es una razón para buscar un tratamiento.

Por último, siempre existe el perezoso que tiene que hacer cuatro exámenes, pero sólo tiene tiempo para preparar dos. ¿Qué mejor excusa que una enfermedad para no cumplir con sus obligaciones? La enfermedad legítima, la desidia, la falta de motivación, la falta de actividad y un montón más de fallas personales.

lógicos, y es por eso que, en épocas de estrés, las personas utilizan más los servicios de salud. La ansiedad, la depresión y otros trastornos psicológicos van acompañados de diversos síntomas fisiológicos. La ansiedad puede producir diarrea, malestar estomacal, sudor en las manos, dificultades para dormir, problemas respiratorios, falta de concentración y agitación general. La depresión puede ocasionar fatiga, dificultad para realizar las actividades cotidianas, apatía, pérdida del apetito y trastornos del sueño. Las personas pueden confundir estos síntomas de trastornos en el estado de ánimo con verdaderos problemas médicos y por ende buscar atención médica. La ansiedad y la depresión no sólo pueden hacer que se busque un contacto inicial con el médico, sino conducir a visitas recurrentes y hasta a prolongadas estancias en el hospital (De Jonge, Latour y Huyse, 2003).

¿Quiénes son estas personas? Uno de estos grupos son los **sanos preocupados**. A estas personas les preocupa su salud física y mental, tienden a percibir el menor síntoma como algo grave y tienden a creer que ellos mismos deberían ocuparse de la atención a su salud. Paradójicamente esta preocupación los lleva a emplear más los servicios de salud (Wagner y Curran, 1984). La importancia que se le da en nuestra cultura (la de Estados Unidos) a llevar una vida sana y la atención de los medios a los nuevos problemas de salud y tecnologías puede aumentar inadvertidamente la cantidad de sanos preocupados que utilizan los servicios de salud de manera inadecuada (Petrie y Wessely, 2002).

Otro grupo de usuarios inapropiados son los **somatizadores**. Éstos son individuos que expresan sus malestares y conflictos a través de síntomas corporales (Miranda, Pérez-Stable, Munoz, Hargreaves y Heike, 1991). Cuando estas personas sienten alguna amenaza a su autoestima o a sus lo-

gos, suelen somatizar, convencerse a sí mismos de que están enfermos físicamente y buscan un tratamiento. Estos asuntos son tan problemáticos que un estudio reciente que aparece en *Annals of Internal Medicine* aconseja que los médicos empiecen todos los interrogatorios a sus pacientes con las preguntas: “¿se ha sentido triste o deprimido?” y “¿han dejado de agradales cosas que normalmente le agradaban?” Respuestas afirmativas a estas preguntas indican que el paciente necesita un tratamiento para la depresión junto con, o en lugar de, un tratamiento médico (Pignone *et al.*, 2002).

Con frecuencia, los pacientes presentan múltiples síntomas físicos que son crónicos, que no responden a los tratamientos y que no son explicables mediante un diagnóstico médico; estos pacientes son *somatizadores polisintomáticos* (Interian *et al.*, 2004). Aunque para estas personas se han probado diversas intervenciones psicosociales, hasta ahora, estas intervenciones no han tenido un impacto duradero ni han reducido los problemas psiquiátricos asociados con las molestias físicas de estos somatizadores (Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk, 2002).

Existen algunas evidencias de que la somatización, y la hipocondriasis correspondiente, son trastornos interpersonales, más que una interpretación errónea de síntomas leves. Es decir, puede ser que el hipocondriaco tenga relaciones inseguras que lo hagan buscar la atención de otras personas. Así, puede ser que las personas que tienen problemas interpersonales busquen seguridad o consuelo en la atención médica (Noyes *et al.*, 2003).

Otra de las razones por las que las personas acuden a los servicios de salud cuando tienen problemas psicológicos es que los problemas médicos se consideran más legítimos que los trastornos psicológicos. Por ejemplo, un hombre al que lo

## La enfermedad del insecto de junio

**UN CASO DE CONTAGIO HISTÉRICO**

Un verano, en el departamento de corte y confección de una fábrica textil del sur, brotó una misteriosa epidemia, que afectó a 62 trabajadores. Los síntomas variaban, pero en general consistían en náuseas, entumecimiento, mareo, y en algunos casos vómito. Algunos de los enfermos necesitaron ser hospitalizados, pero la mayoría solamente fue dispensada del trabajo durante varios días.

Casi todos los afectados dijeron haber sido picados por un mosquito o araña justo antes de empezar a sentir estos síntomas. Varios de los empleados que no fueron afectados dijeron haber visto que el insecto les había picado a sus compañeros antes de que manifestaran estos síntomas. Sin embargo, los funcionarios de salud locales, estatales y federales que fueron llamados para investigar el incidente no pudieron obtener una descripción confiable del susodicho insecto. Además, en una inspección cuidadosa, realizada por entomólogos y expertos en fumigación, sólo se encontró una pequeña variedad de insectos —escarabajos, mosquitos, moscas, una hormiga y una araña— ninguno de los cuales pudo haber causado esos síntomas.

Los médicos de la empresa y los expertos del U.S. Public Health Service Communicable Disease Center empezaron a sospechar que la epidemia podría haber sido un caso de contagio histérico. Supusieron que, aunque algunos de los afectados pudieron efectivamente haber sido picados por algún insecto, lo más probable era que la ansiedad o el nerviosismo hubieran sido los responsables de los síntomas. Al oír estas conclusiones, los empleados insistieron en que la “enfermedad” había sido ocasionada por la picadura de un insecto que se encontraba en un envío recibido recientemente de Inglaterra.

Al pasar de la explicación médica a una explicación social, los expertos resaltaron varios puntos. Primero, el incidente, desde el primero al último caso reportado, se desarrolló en un periodo de 11 días y 50 de los 62 casos (80%) se presen-

taron en 2 días consecutivos después de que en las noticias a través de los medios se habían presentado de manera sensacionalista incidentes anteriores. Segundo, la mayoría de los afectados estaban trabajando al mismo tiempo y en el mismo lugar de la fábrica. Cincuenta y nueve de los 62 empleados afectados trabajaban en el primer turno y 58 trabajaban en un área grande. Tercero, los 58 que trabajaban en el mismo lugar y al mismo tiempo eran todas mujeres; otra mujer trabajaba en un turno diferente, dos de las víctimas eran hombres que trabajaban en otro turno y un hombre trabajaba en otro departamento. Además, la mayoría de estas mujeres eran casadas y tenían niños; así que tenían que combinar el trabajo y el ser madres, lo que suele resultar extenuante.

La epidemia se presentó en una época en la que había mucho trabajo en la planta. Junio es un mes crucial para la producción de la moda de otoño, y había fuertes incentivos para que los trabajadores trabajaran tiempo extra a ritmo acelerado. La fábrica era relativamente nueva, y tanto el personal como los gerentes de producción no estaban aún bien organizados. Así es que había un clima propicio para que se desarrollaran fuertes sentimientos de ansiedad entre los trabajadores.

Entonces, ¿quién fue picado por el “insecto de junio” y por qué? Los trabajadores que tenían más estrés (las mujeres casadas y con hijos) que trataban de hacer frente a las demandas de mayor productividad y tiempo extra fueron las más vulnerables. La ansiedad en el trabajo, junto con las manifestaciones de la fatiga (como, por ejemplo, mareo), crearon un conjunto de síntomas que, dadas las circunstancias adecuadas, podían considerarse como síntomas de una enfermedad. El rumor de un bicho sospechoso y la existencia de compañeros de trabajo enfermos proporcionaron, aparentemente, las circunstancias adecuadas, legitimando la enfermedad y llevando a esa epidemia.

*Fuente:* Kerckhoff y Back, 1968.

deprime su trabajo y que por esa razón se queda en casa, encontrará que su conducta resulta más aceptable, tanto por su jefe como por su esposa, si dice que está enfermo que si admite que está deprimido. Muchas personas se resisten a admitir que tienen un problema psicológico, creyendo que es vergonzoso consultar a un especialista en salud mental o tener un problema mental.

La enfermedad conlleva beneficios, conocidos como **ganancias secundarias**, como la posibilidad de descansar, de liberarse de tareas desagradables, de ser atendido por los demás y de ausentarse del trabajo. Estos reforzamientos pueden

interferir en el proceso de recuperación de la salud (puede que algunos de estos factores sean los que hayan influido en un caso famoso de histeria colectiva; ver cuadro 8.3).

Por último, otro uso inadecuado de los servicios de salud es el que se presenta cuando las personas fingen estar enfermas. Una persona que no quiere ir al trabajo sabe muy bien que la única excusa aceptable para que no la despidan por ausentismo es la enfermedad. Peor aún, puede que a los trabajadores se les exija justificar su ausencia para que puedan recibir su paga, y entonces se ven obligados a buscar un médico que esté dispuesto a “tratar” su “trastorno”.

Desafortunadamente, no es fácil diferenciar a los sanos preocupados o a los que buscan un tratamiento por causa de síntomas psicológicos o para satisfacer otras necesidades, de aquellos que de verdad tienen alguna enfermedad (Bombardier, Gorayeb, Jordan, Brooks y Divine, 1991). Algunas veces para poder diferenciarlos se necesita hacer al paciente muchos exámenes y evaluaciones hasta concluir que sus dolencias pueden ser de origen psicológico y no fisiológico.

Debido a esta dificultad, también se pueden cometer errores en la dirección contraria: creer que individuos que realmente tienen un problema médico, tienen un trastorno psicológico. Las investigaciones indican que los médicos tienden más a llegar a esta conclusión cuando se trata de pacientes mujeres que cuando se trata de pacientes hombres (Redman, Webb, Hennrikus, Gordon y Sanson-Fisher, 1991), aun cuando mediciones objetivas indican índices equivalentes de trastorno psicológico en hombres y en mujeres. Distinguir los que en verdad están médicamente enfermos de los que utilizan los servicios de salud para satisfacer otras necesidades puede ser un asunto muy problemático, que se complica aún más por el sesgo de los médicos y por el uso inadecuado que los pacientes hacen del sistema.

### Conductas de demora

Una mañana, mientras Mónica se daba un regaderazo, descubrió una pequeña bolita en su seno derecho. La palpó varias veces para estar segura de que no era su imaginación, y encontró que realmente había algo. Sintió una alarma estremecedora y pensó, “tengo que ir a que me revisen”.

Después de secarse y vestirse se acordó de que esa semana estaría muy ocupada y que la siguiente también. La semana siguiente tenía exámenes, de manera que las próximas 2 o 3 semanas no tendría tiempo para ir a que el médico la revisara.

“Tendré que esperar hasta el mes próximo”, pensó, “cuando esté un poco más desahogada”.

Otro mal uso de los servicios de salud, muy distinto, es el que se presenta cuando una persona tendría que hacerse tratar por algún síntoma, pero pospone el hacerlo. Una tumoración, problemas crónicos de respiración, pérdida de la conciencia, decoloración de la piel, dolor de pecho, ataques y fuertes dolores de estómago son síntomas serios para los que se debe buscar tratamiento inmediatamente, si bien una persona puede vivir con estos síntomas por meses sin buscar atención médica. A este comportamiento se le llama **conducta de demora**. Por ejemplo, uno de los problemas que más contribuyen al alto índice de fallecimientos y de discapacidad por infarto es que los pacientes suelen demorar en buscar atención médica para sus síntomas y tratan de verlos como malestar estomacal, dolor muscular u otros trastornos menos severos.

La demora se define como el tiempo que transcurre desde que la persona descubre un síntoma hasta que recibe trata-

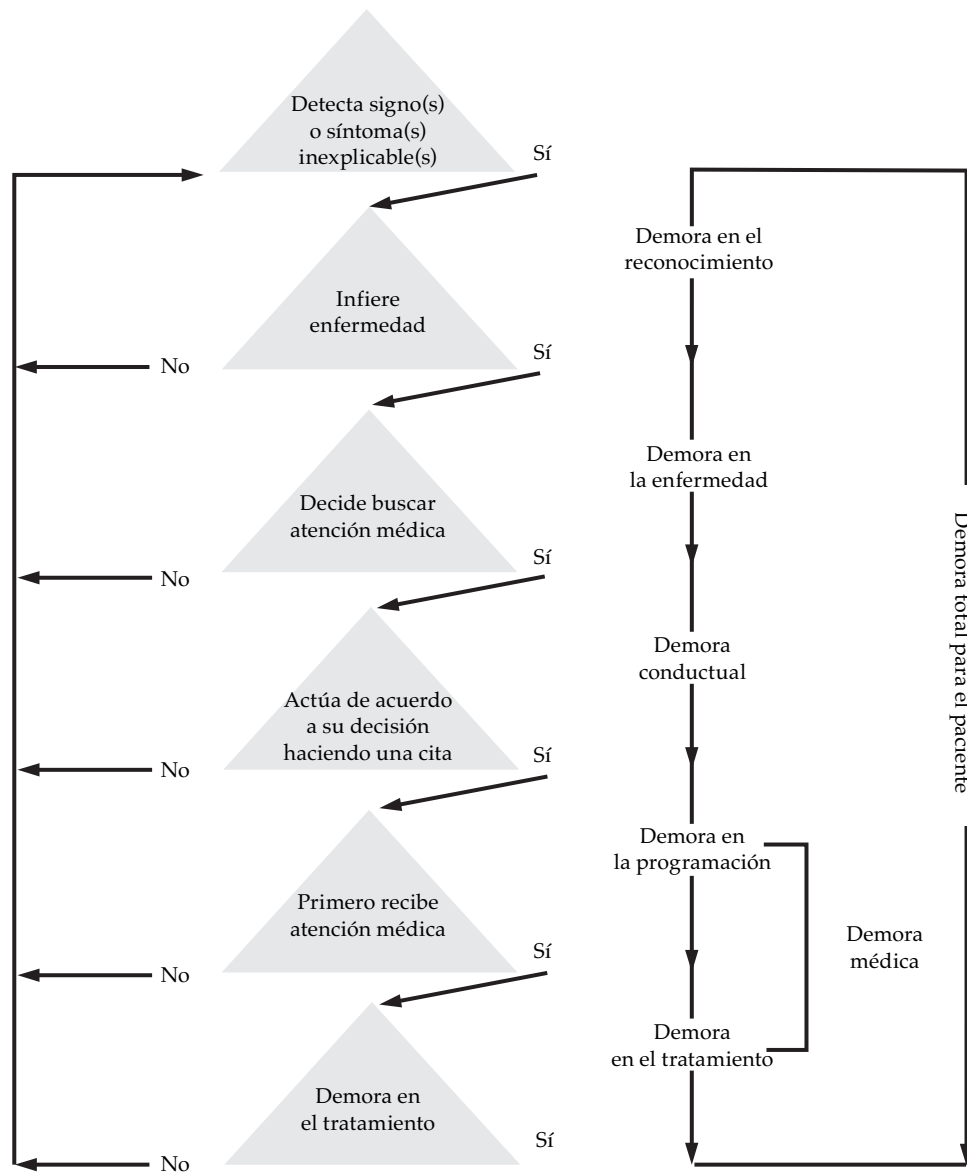
miento. La demora está compuesta por varios periodos representados en la figura 8.1: **demora para el reconocimiento** que es el tiempo que le toma a un individuo decidir que un síntoma es serio; **demora para la enfermedad** que es el tiempo entre el reconocimiento de que un síntoma implica una enfermedad y la decisión de buscar un tratamiento; **demora conductual** que es el tiempo entre decidir buscar un tratamiento y buscarlo (Saber, Tharps, Jackson y Leventhal, 1979), y **demora médica** (programación y tratamiento) que es el tiempo que transcurre desde que la persona hace la cita hasta que recibe el tratamiento médico. Es claro que demorarse en buscar tratamiento para algunos síntomas es lo adecuado. Por ejemplo, por lo general un ligero dolor de garganta y una nariz chorreante son síntomas que pasarán por sí solos. Sin embargo, en otros casos, los síntomas pueden ser síntomas debilitantes durante semanas y meses, y demorarse en buscar un tratamiento no es lo adecuado.

**¿Quién se demora?** Las razones para la demora han sido ampliamente analizadas. No debe extrañar que quien se demora tenga un gran parecido con el que no usa los servicios de salud. Un factor importante en la demora es el costo del tratamiento, especialmente para las personas pobres. Cuando no se dispone fácilmente de dinero, las personas se persuaden a sí mismas de que los síntomas no son tan serios como para justificar ese gasto (Safer *et al.*, 1979). Los adultos mayores parecen demorarse menos que los individuos de edad mediana, especialmente si piensan que los síntomas pueden ser serios (E. A. Leventhal, Easterling, Leventhal y Cameron, 1995). La demora es más común entre las personas que no suelen estar en contacto con algún médico, sin duda debido a que estas personas tienen además el problema de encontrar un médico. La demora, como el no uso de los servicios, es también más común entre las personas que buscan tratamiento sólo cuando tienen algún dolor o alguna presión social. Las personas que temen a los médicos, a los exámenes, a las operaciones y a las instalaciones médicas suelen demorarse más que las que no tienen estos temores. Las personas que tienen en general buenos hábitos médicos suelen demorarse menos y buscar rápidamente atención para cualquier situación inusual o potencialmente seria.

Como los que se demoran tienen tanto parecido con los que no usan los servicios de salud, podría esperarse que el modelo de creencias sobre la salud pudiera determinar la conducta de demora así como el uso de los servicios. En realidad este modelo explica parte de la conducta de demora. Por ejemplo, las personas que se demoran para solicitar un tratamiento a síntomas que pueden indicar cáncer suelen creer que el tratamiento será extremadamente doloroso (percepción de impedimentos importantes o “costos”) y suelen creer que no se puede hacer nada para curar el cáncer (percepción de poca eficacia del tratamiento) (Safer *et al.*, 1979).

**FIGURA 8.1 | Etapas en la demora para buscar tratamiento para los síntomas**

(Reimpreso con autorización de B. L. Anderson, J. T. Cacioppo y D. C. Roberts: Demora para tener un diagnóstico de cáncer: Etapas en la demora y procesos de comparación psicofisiológica. *British Journal of Social Psychology* [1995] 34, 33-52. Fig. 1 p. 35, © The British Psychological Society.)



**Síntomas y demora** Otro factor que predice la demora es el tipo de naturaleza de los síntomas. Cuando el síntoma es similar a otro anterior que resultó no tener importancia, el individuo solicitará un tratamiento con menos

rapidez que si el síntoma es nuevo (ver, por ejemplo, Safer *et. al.*, 1979). Por ejemplo, mujeres que han tenido tumores benignos de mama es menos probable que se hagan examinar una bolita sospechosa que aquellas mujeres que no han tenido este

problema. Síntomas que son muy visibles, síntomas que no causan dolor, síntomas que no cambian rápidamente y síntomas que no causan incapacidad orillan menos a una persona a solicitar tratamiento médico que síntomas que son todo lo contrario (Safer *et al.*, 1979).

Siempre que se puede identificar un síntoma con facilidad y no causa alarma, puede que el tratamiento se posponga. Por ejemplo, en el caso de un melanoma (Cassileth *et al.*, 1988), a las personas les cuesta trabajo distinguir entre lunares comunes y melanomas y por tanto se pospone el tratamiento, si bien, el posponerlo puede ser fatal. De manera similar, si el síntoma principal es un problema de mama o una tumoración que puede ser cáncer de mama, es más probable que las mujeres sean tratadas rápidamente que si el síntoma es atípico (Meechan, Collins y Petrie, 2003).

**Demora en el tratamiento** Es sorprendente que la demora no termina con la primera visita para el tratamiento. Incluso después de una consulta, hasta un 25% de los pacientes se demoran para seguir el tratamiento recomendado, aplazan los exámenes o posponen ir con el médico al que fueron remitidos. Algunas veces, después de la primera visita el paciente ya ha satisfecho su curiosidad y no siente ninguna urgencia respecto a su enfermedad. En otros casos ocurre precisamente lo contrario: el paciente realmente se alarma y para evitar pensar en eso, ya no hace nada.

**Demora del proveedor** La demora por parte de los profesionales de la salud es también un factor importante que representa por lo menos 15% de la conducta de demora (Cassileth *et al.*, 1988). La demora médica se presenta cuando no se le realiza al paciente un examen o tratamiento sino hasta un tiempo después de que ha sido ordenado. En la mayoría de los casos, el proveedor se demora debido a un verdadero error. Una enfermedad se diagnostica de manera equivocada y se trata como otra cosa, hasta que no se observa mejoría con el tratamiento o hasta que aparecen nuevos síntomas. Por ejemplo, un síntoma como pérdida de conocimiento puede deberse a diversas causas que van desde una congestión por el calor o una dieta exagerada hasta diabetes o un tumor cerebral. El proveedor de atención a la salud tratará de descartar primero las causas más comunes del síntoma antes de proceder a emplear los exámenes más agresivos y caros que son los que se necesitan para descartar alguna causa menos probable. De esta manera cuando se encuentra que el diagnóstico más serio es el acertado, parecerá que ha habido una demora no intencional. Algunas veces la demora médica es causada por la negligencia, por ejemplo, no hacer los exámenes apropiados, leer mal los resultados de un examen o no prescribir el medicamento apropiado.

La demora médica es más probable cuando el paciente se desvía del perfil de la persona promedio que tiene una determinada enfermedad. Por ejemplo, como el cáncer de mama

es más común en mujeres de 45 años o más, una mujer de 25 años con una tumoración en una mama puede que sea enviada a casa habiéndole diagnosticado enfermedad fibroquística (una enfermedad no cancerosa) sin haberle hecho una biopsia para determinar que no sea un tumor maligno. Cuando los síntomas de un paciente se apartan del perfil estándar de una determinada enfermedad, es más probable que se presente la demora médica. Por ejemplo, una mujer que se queja de dolor a la micción se le diagnostica más rápidamente una infección en las vías urinarias que a una mujer cuyo principal síntoma es dolor abdominal difuso. Cuando un síntoma lleva a más de un posible diagnóstico, el tiempo para llegar al diagnóstico correcto se incrementa.

## ■ EL PACIENTE EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

En Estados Unidos más de 33 millones de personas son atendidas anualmente en 8 500 hospitales (American Hospital Association, 2002). Hace apenas 60 o 70 años, los hospitales eran considerados como lugares en los que las personas iban a morir (por ejemplo, Noyes *et al.*, 2000). Todavía nuestros abuelos pueden pensar en los hospitales en términos de morir. Sin embargo, en la actualidad, el hospital ha asumido muchas funciones de tratamiento. Esto ha hecho que la estancia intrahospitalaria haya disminuido notablemente, como lo ilustra la figura 8.2. Esto se debe, en gran parte, a que la cantidad de pacientes ambulatorios ha aumentado 16% a 521 millones desde 1997 (American Hospital Association, 2002). Debido a que las funciones de un hospital son tantas y tan diversas, los hospitales han fascinado siempre a los científicos que se dedican a las ciencias sociales. Un hospital es una unidad de custodia, un centro de tratamiento, una institución de enseñanza, un centro de investigación y un laboratorio. Debido a la diversidad de los tratamientos, en un hospital se requieren muchos tipos de habilidades.

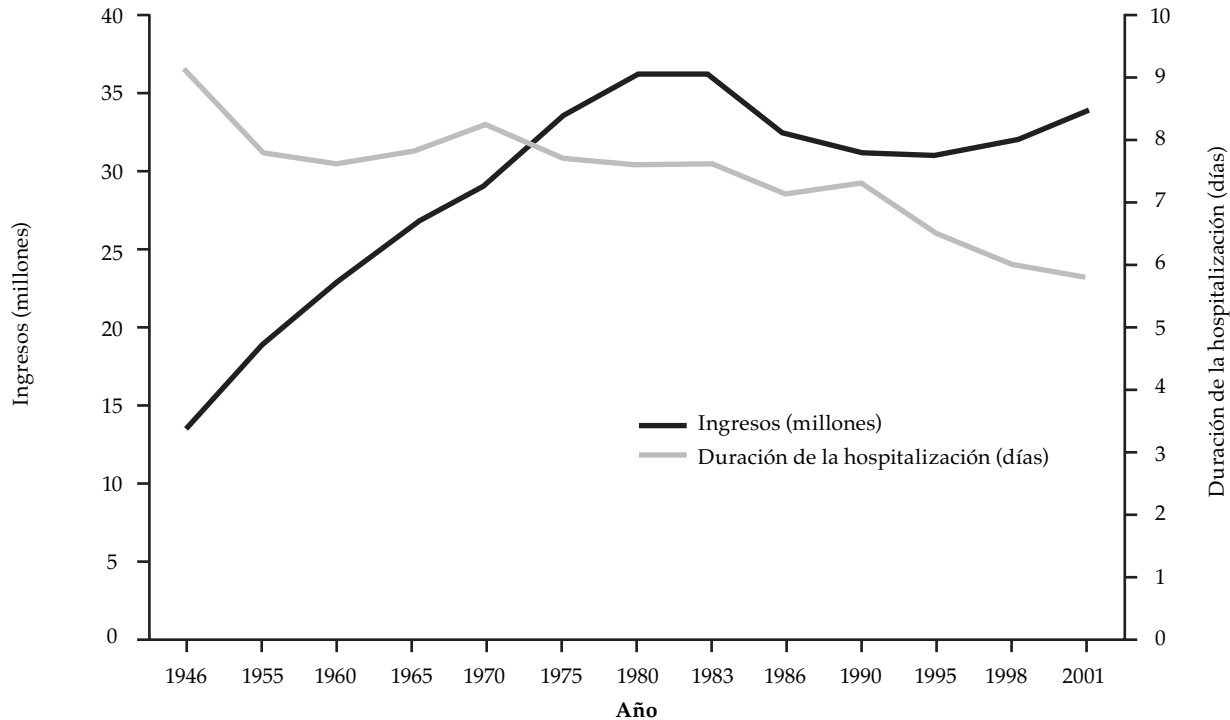
### Estructura de un hospital

Para entender el impacto psicológico de la hospitalización, es útil conocer la estructura y funciones del hospital. La estructura de los hospitales depende de los programas de atención a la salud bajo los cuales se ofrezcan los servicios. Por ejemplo, algunas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) y otros sistemas de atención médica prepagados tienen sus propios hospitales y emplean sus propios médicos, razón por la que la estructura de estos hospitales es muy similar a la de otras burocracias organizadas jerárquicamente, con una administración a la cabeza y con médicos, enfermeras y técnicos como empleados.

En el caso de los hospitales privados, suele dominar una estructura más conocida. Existen dos líneas de autoridad: una línea médica que está basada en capacidades técnicas y

**FIGURA 2.1 | Ingresos en el hospital y duración de la hospitalización, 1946-2001**

Cantidad total de hospitales no federales generales de corta duración y otros hospitales especiales. (Fuente: American Hospital Association (2003), *Hospital Statistics*, p. 3.)



en la experiencia, y una línea administrativa que se ocupa de los negocios del hospital. Los médicos están a la cabeza de la línea médica de autoridad y se les concede un alto estatus en virtud de que son los principales responsables del tratamiento de los pacientes. Sin embargo, por lo general, los médicos no son empleados del hospital, sino que actúan como huéspedes invitados que llevan a sus pacientes al hospital a cambio de laboratorios, servicios de custodia, equipo e instalaciones para la enseñanza proporcionados por el hospital. Debido a que los médicos no se encuentran directamente bajo la línea de autoridad administrativa, algunas veces puede haber disparidad entre las dos líneas de autoridad. Por ejemplo, un médico que da clases y lleva a sus estudiantes de medicina para que vean pacientes puede interferir con los procedimientos de custodia del hospital. De esta manera, las relaciones entre las dos líneas de autoridad no siempre son fáciles.

Las enfermeras o enfermeros son parte de las dos líneas de autoridad. Las enfermeras son empleadas por el hospital

y son consideradas como asistentes por los médicos, estando sujetas, de esta manera, a ambas líneas de autoridad, lo cual puede crear requerimientos y necesidades en conflicto. Por ejemplo, si un médico le pide a una enfermera una pieza de un equipo, y esto la obliga a abandonar su guardia, ¿debe la enfermera atender a la solicitud del médico? Las múltiples responsabilidades frente a estas dos líneas de autoridad producen descontento y rotación de personal entre las enfermeras.

**Cura, cuidado y cuerpo administrativo** El conflicto implícito entre los distintos grupos que hay en un hospital está relacionado directamente con los objetivos que tienen los distintos grupos de profesionales. El objetivo de la *cura* es típicamente responsabilidad de los médicos: el médico tiene la obligación de realizar el tratamiento que potencialmente pueda devolverle la salud al paciente, es decir curarlo. En cambio, el *cuidado* del paciente, es a lo que se orienta el equipo de enfermeras y comprende el lado huma-

nístico de la medicina. El objetivo del cuidado no es sólo restablecer la salud del paciente, sino también hacer todo lo que sea posible para mantener en equilibrio, el estado emocional del paciente y su bienestar físico. El cuerpo administrativo del hospital, en cambio, se ocupa de mantener el *núcleo* del hospital: asegurar el buen funcionamiento y la disponibilidad de recursos, servicios y personal (Mauksch, 1973).

Estos objetivos no siempre son compatibles (Remennick y Shtarkshall, 1997). Por ejemplo, puede presentarse un conflicto entre la cura y el cuidado al decidir si emplear o no quimioterapia para un paciente con cáncer avanzado. La orientación hacia la cura sostendrá que se debe emplear la quimioterapia aun cuando las posibilidades de supervivencia del paciente sean pocas, mientras que la orientación hacia el cuidado puede argumentar en contra de la quimioterapia debido a que se ocasionará un importante malestar físico y emocional al paciente. En resumen, los diferentes objetivos profesionales que existen en un hospital pueden crear conflicto en las demandas de recursos y personal del hospital.

### Funcionamiento de un hospital

En un hospital, las condiciones cambian rápidamente, y debido a estas demandas cambiantes, el orden social en el que se da atención a los pacientes es negociado constantemente (A. Strauss, Schatzman, Bucher, Erlich y Sarshim, 1963). Aunque cada una de las personas involucradas en la atención a los pacientes, sean enfermeras, médicos o camilleros, tiene una idea general de sus funciones, se entiende que, en caso de una emergencia, cada cual debe desarrollar las tareas que mejor desempeñe permaneciendo flexible para responder de manera efectiva a la situación cambiante. Programas de televisión como la serie estadounidense *Urgencias* (*ER*, en inglés) captan, de manera bastante eficiente, este aspecto de un hospital y demuestran cómo, con frecuencia, el personal médico tiene que echar mano de cualquier persona calificada que esté disponible para que ayude en una situación de emergencia.

Los diferentes objetivos de los distintos profesionistas en un hospital se reflejan en la comunicación entre las personas que trabajan allí. La segregación ocupacional en un hospital es fuerte: las enfermeras hablan con enfermeras, los médicos hablan con médicos y los administradores con administradores. Los médicos tienen acceso a cierta información que no reciben las enfermeras, mientras que las enfermeras interactúan diariamente con el paciente y están más informadas sobre su progreso día con día, si bien con frecuencia sus anotaciones en el expediente del paciente no son leídas por los médicos. Otras oportunidades de comunicación pueden no existir.

Un ejemplo de los problemas relacionados con la falta de comunicación es el que proporciona un estudio sobre infecciones intrahospitalarias, es decir, infecciones que se adquie-

ren dentro del hospital (Raven, Freeman y Haley, 1982). Aunque los Centers for Disease Control (en Estados Unidos) no consideran las infecciones intrahospitalarias como causa importante de muerte, en 1999, de los 10 millones de pacientes que ingresaron a los hospitales de Estados Unidos, 2 millones contrajeron una infección bacteriana o viral, y de ellos, 90 000 murieron. Esta cifra hace de las infecciones intrahospitalarias la sexta causa de muerte en Estados Unidos, ocasionando más muertes que la diabetes, la gripe, la neumonía u otras causas comunes de muerte (Shnayerson, 2002).

Es bien sabido que las personas que trabajan en los hospitales suelen quebrantar las interminables reglas para evitar las infecciones como, por ejemplo, los estrictos lineamientos de lavarse las manos, de la esterilización y de eliminación de material de desecho. De las personas que trabajan en un hospital, los médicos son los que con más frecuencia quebrantan estas reglas. Sin embargo, es raro que sean reprendidos por los trabajadores que están bajo sus órdenes. Por ejemplo, las enfermeras dicen sentirse con libertad de reprender a otra enfermera o a un camillero, pero no a un médico (Raven *et al.*, 1982). Si los miembros de un hospital se sintieran con libertad para comunicarse entre los diversos niveles de jerarquía del hospital, y para señalar errores a otros de manera constructiva, se podría tener un mejor control de las infecciones.

En lo anteriormente dicho, se ha hecho hincapié en las fuentes potenciales de conflicto, en la ambigüedad y en la falta de orden en la estructura de un hospital. El *burnout*, un problema que, en parte, puede ser resultado de esta ambigüedad se describe en el cuadro 8.4. Sin embargo, esta descripción da una imagen inexacta. En muchos aspectos, el funcionamiento de un hospital es notablemente eficiente, dadas las realidades cambiantes a las que se tiene que adaptar en todo momento. Por tanto, las ambigüedades en la estructura, los conflictos potenciales en los objetivos y los problemas de comunicación se dan dentro de un sistema que, por lo general, funciona bastante bien.

### Modificaciones recientes en la hospitalización

En los últimos años, han surgido en los hospitales alternativas a los tratamientos tradicionales, alternativas que los pacientes utilizan para muchos trastornos. Las clínicas ambulatorias, por ejemplo, se ocupan de enfermedades menos serias y de cirugías que no requieren hospitalización. En estas clínicas se trata gran parte de las pequeñas emergencias que antes llenaban la salas de emergencia de los hospitales. Por otro lado, servicios de ayuda en el hogar y hospicios proporcionan servicios para enfermos crónicos y para enfermos terminales que requieren principalmente cuidados paliativos y de custodia y no intervenciones médicas activas. Una de las consecuencias de haber retirado estos casos sencillos de



*Burnout* entre los profesionistas que se dedican a la atención de la salud

El *burnout* es un riesgo ocupacional para todo el que trabaja con personas necesitadas (Maslach, 2003). Es un problema que se presenta especialmente entre los médicos, enfermeras y demás personal que trabaja con personas enfermas o moribundas. Como síndrome, el *burnout* está caracterizado por tres componentes: extenuación, tener actitudes de cinismo y baja eficiencia en el trabajo. Los miembros del personal que padecen *burnout* muestran una actitud cínica e insensible frente a las personas a las que prestan sus servicios. Su visión de los pacientes es más negativa que la del resto del personal, y tratan a los pacientes de manera más fría y distante (Maslach, 2003).

El *burnout* tiene múltiples efectos, se le ha vinculado con el ausentismo, con la alta rotación de personal y con la toma de descansos largos durante las horas de trabajo. Cuando los trabajadores con *burnout* se van a casa, suelen estar irritables con sus familiares; además, son más propensos a padecer insomnio, a abusar de las drogas o del alcohol y a presentar un mayor índice de trastornos psicossomáticos. Por tanto, el *burnout* tiene costos elevados tanto para las instituciones como para los individuos (P. A. Parker y Kulik, 1995).

¿Por qué se desarrolla el *burnout*? El *burnout* suele presentarse cuando se requiere que una persona preste sus servicios a un individuo muy necesitado al que esos servicios no le van a ser de ayuda: el problema puede simplemente ser demasiado severo. Por ejemplo, imagínese la frustración que puede desarrollarse al tratar de proporcionarle atención a un paciente que finalmente morirá, en vez de mejorar mediante esa ayuda. Además, ese tipo de trabajos suelen requerir que el personal se muestre continuamente empáticos, demanda difícil de satisfacer, ya que para cualquiera es difícil mantenerse empático indefinidamente. Con frecuencia, además, las personas que atienden a otras sienten que dan mucho más de lo que reciben de sus pacientes, y esta falta de equilibrio también agrava el *burnout* (Van YPeren, Buunk y Schaufelli, 1992). Algunos de los factores que agravan el *burnout* son: el pasar demasiado tiempo con los pacientes, la poca retroalimentación, la poca sensación de control o de autonomía, la baja sensación de éxito, el conflicto de roles y la ambigüedad de roles (Maslach, 1979).

Se han encontrado índices altos de *burnout* entre las enfermeras que trabajan en ambientes estresantes tales como terapia intensiva, emergencias o cuidados terminales (Mallett, Price, Jurs y Slenker, 1991; Moos y Schaefer, 1987). Se espera que estas enfermeras sean simpáticas con los pacientes y que conserven el interés, la preocupación, el calor humano y la compasión, si bien se supone que también deben mantenerse objetivas. A muchas enfermeras les resulta difícil protegerse del dolor que sienten al ver sufrir o morir a sus pacientes, y



para hacer frente a estas emociones se vuelven indiferentes y distantes. El estrés en el ambiente de trabajo, lo cual comprende el ritmo acelerado del hospital y el comportamiento apresurado y ansioso de los compañeros de trabajo contribuye también al *burnout* (P. A. Parker y Kulik, 1995).

Siendo el *burnout* resultado del estrés, se le ha relacionado con alteraciones del funcionamiento neuroendocrino y fisiológico. Existen evidencias de que el *burnout* tiene influencia sobre las hormonas del estrés ya que las personas con agotamiento emocional muestran niveles elevados de cortisol al despertar por la mañana (Pruessner, Hellhammer y Kirschbaum, 1999). También se le ha vinculado con cambios en el funcionamiento inmune (C. Lerman *et al.*, 1999).

¿Cómo se puede evitar el *burnout*? Las intervenciones para que las personas que trabajan en los hospitales participen en programas para el manejo del estrés pueden ayudarles a controlar los sentimientos de *burnout* que sufren normalmente y también a evitar episodios futuros (Rowe, 1999). Por ejemplo, ver lo que otras personas hacen para evitar el *burnout* puede proporcionar un modelo a seguir en la propia situación; las investigaciones indican que las personas que tienen pocos síntomas de *burnout*, son personas que suelen solicitar la ayuda de los demás. La institucionalización de este tipo de amortiguadores contra el *burnout* puede ser también una manera de controlar la incidencia de este síndrome (Moos y Schaefer, 1987; Shinn, Rosario, Morch y Chestnut, 1984). Un grupo de apoyo también

*Burnout* entre los profesionistas que se dedican a la atención de la salud (continuación)

puede proporcionar a las personas que trabajan en hospitales como, por ejemplo, las enfermeras, la oportunidad de reunirse de manera informal con otras personas como ayuda para hacer frente a los problemas que ellas encuentran. Estos grupos pueden proporcionarles la oportunidad de obtener apoyo emocional, de disminuir su sentimiento de soledad,

de compartir los sentimientos de dolor emocional por el proceso de la muerte y de ventilar sus emociones en una atmósfera de comprensión. Todo esto puede redundar finalmente en una mejor atención a los pacientes (Duxbury, Armstrong, Dren y Henley, 1984).

los hospitales en los que se atienden situaciones agudas ha sido aumentar la proporción de recursos dedicados a las personas severamente enfermas. Su atención tiende a ser cara y a requerir mucho trabajo. Con esta presión hacia los costos crecientes, muchos hospitales no pueden sobrevivir.

**Presión para el recorte de costos** Desde el comienzo de los años 70 se ha hecho cada vez más presión para reducir los costos crecientes en la atención a la salud. Uno de los intentos para reducir los costos ha sido la creación de **grupos de diagnóstico relacionado (DGR)**, por sus siglas en inglés), un esquema para la clasificación de los pacientes que determina el tipo y la duración típica del tratamiento para un determinado padecimiento. Se supone que los pacientes que caen en una categoría de los DGR (por ejemplo, los candidatos a cirugía por hernia) representan un grupo homogéneo, clínicamente similar, que requerirán el mismo tipo y cantidad de tratamientos, estancia hospitalaria y costos. Los DGR determinan puntos de referencia que indican la duración de la estancia.

Si la atención a un paciente cae dentro del esquema de clasificación, un tercero, ya sea el gobierno federal o estatal o una empresa de seguros, reembolsará el costo de la atención. Cuando se presenta un caso extremo (por ejemplo, un paciente que esté en el hospital más tiempo del especificado en el DGR), se somete éste a revisión y puede que el costo extra no se pague. Este procedimiento hace presión a los hospitales para que reduzcan la estancia del paciente en el hospital y los costos del tratamiento.

Con la institución de los DGR, los hospitales han pasado de estar sobrecargados de pacientes a no ser plenamente aprovechados teniendo hasta un 70% de habitaciones libres. Esto a su vez es una presión para recibir más pacientes en el hospital (Wholey y Burns, 1991), si bien por estancias breves.

Otra medida para la disminución de los costos que ha afectado el funcionamiento de los hospitales es la **organización de proveedores preferidos (PPO)**, por sus siglas en inglés). Cada vez es más común que las empresas de seguros u otros terceros designen el hospital o el lugar para el trata-

miento que requiere un paciente, para que le sea reembolsado el costo de los servicios. Los pacientes son enviados a estos sitios porque se juzga que proporcionan la atención apropiada menos cara y los pacientes que deseen ir a otro lado tienen que pagar la diferencia. El resultado de esta medida ha sido mantener los costos más bajos de lo que serían de otra manera.

Los hospitales están experimentando también otros muy variados cambios. Actualmente casi el 45% de los hospitales en Estados Unidos son parte de un sistema de multihospital (American Hospital Association, 2002). Esto significa que el hospital ya no es tan independiente como solía ser, sino que está sujeto a reglas o reglamentaciones establecidas por autoridades superiores.

Los cambios en la estructura y funcionamiento de los hospitales, que comprenden las regulaciones externas, la competencia entre los médicos, y la corporatización de los servicios de salud, han alterado la tradicional separación de poder entre la administración del hospital y los médicos. Cada vez más los administradores tienen que tomar parte en algunas de las decisiones que antes se dejaban a los médicos y viceversa (J. A. Alexander, Morrissey y Shortell, 1986).

**Papel de los psicólogos** Entre los avances importantes en la atención hospitalaria se encuentra la creciente participación de los psicólogos. En los últimos 10 años, la cantidad de psicólogos en los hospitales se ha más que duplicado y los papeles que desempeñan han aumentado. Actualmente, los psicólogos participan en el diagnóstico mediante el uso de pruebas de personalidad, intelectuales y neuropsicológicas. Los psicólogos determinan también el nivel general de funcionamiento del paciente, así como las fortalezas y debilidades del paciente, las cuales pueden ayudar a formar la base para la intervención terapéutica.

Los psicólogos participan también en la preparación preoperatoria y postoperatoria, en el control del dolor, en intervenciones para mejorar el seguimiento de la medicación y en programas conductuales para enseñar al paciente los cuidados que debe tener una vez dado de alta (Enright, Resnick, DeLeon, Sciarra y Tanney, 1990). Diagnostican y tratan también problemas psicológicos que pueden complicar

la atención del paciente. En Estados Unidos, a medida que el sistema de atención médica evolucione, en las próximas décadas continuará aumentando el papel de los psicólogos en los hospitales.

### Impacto de la hospitalización en el paciente

El paciente llega a una organización grande que lo intimida e irrita, aun cuando también lo cobije y lo atienda. Al despojarse de su ropa, se despoja también del disfraz que ha elegido para su papel en la sociedad, de lo suyo, de su identidad en el mundo. El paciente, además, se ve sujeto a un horario y a actividades que no ha elegido. (R. Wilson, 1963, p. 70)

Los pacientes llegan a los hospitales inquietos por su enfermedad o padecimiento, perturbados e inquietos ante la perspectiva de la hospitalización y preocupados por todas sus actividades y obligaciones que han tenido que suspender. Los hospitales hacen poco, o casi nada, por calmar esta inquietud, y en muchos casos incluso la exacerban. El ingreso al hospital suele realizarse con un recepcionista que hace preguntas acerca del programa, del seguro y del pago. A continuación el paciente es conducido a una habitación extraña, se le proporcionan ropas extrañas, se encuentra con un desconocido como compañero de cuarto y sujeto, además, a exámenes peculiares. El paciente se ve obligado a ponerse en manos de personas extrañas, en un ambiente desconocido en el que todo lo que ocurre le es nuevo. Del paciente se espera que sea dócil y cooperativo sin demandar una atención excesiva. Pronto el paciente se da cuenta de que el hospital está organizado a conveniencia del personal, más que a conveniencia del paciente. El paciente se encuentra también físicamente confinado, lo que hace aún más difícil la adaptación a la nueva situación.

Los pacientes hospitalizados pueden presentar diversos síntomas psicológicos problemáticos, especialmente ansiedad y depresión. El nerviosismo por los exámenes médicos y por las intervenciones quirúrgicas y sus resultados puede producir insomnio, pesadillas y una incapacidad general de concentración. Especialmente, aquellos procedimientos en los que se aísla o inmoviliza al paciente, suelen ocasionarle al paciente un malestar psicológico. Además, la atención en el hospital puede estar tremendamente fragmentada, haciendo que por la habitación del paciente circulen diariamente más de 30 elementos del personal del hospital, personal que realiza exámenes, que toma sangre, que lleva los alimentos, o que hace la limpieza; este personal apenas suele tener tiempo para intercambiar el saludo con el paciente, lo que a éste puede resultarle muy alienante.

Llega un momento en el que el paciente se queja amargamente de la falta de comunicación respecto a sus padecimientos y a su tratamiento. En parte, precisamente preocupados por esto, los hospitales han tratado de hacer algo para



*Para muchos pacientes el hospital puede ser un lugar frío e intimidante que les provoca sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión.*

resolver este problema. Ahora, a los pacientes se les suele dar un mapa con los procedimientos a los que podrán ser sometidos y con lo que podrán esperar como resultado.

Aunque en realidad, muchos de los pacientes que son hospitalizados se encuentran demasiado enfermos como para preocuparse por la información que se les pueda o no proporcionar acerca de sus padecimientos y tratamientos. Además, mientras antiguamente las estancias en los hospitales eran largas, ahora, la hospitalización suele ser de corta duración y para un determinado tratamiento. El paciente, que suele ya haber sido preparado de antemano para los tratamientos, suele ser dado de alta poco después de su recuperación.

### ■ INTERVENCIONES PARA AUMENTAR EL CONTROL EN EL HOSPITAL

Debido en parte a los problemas que se acaban de señalar, actualmente, muchos hospitales proporcionan intervenciones que ayudan a preparar al paciente, de manera general, para la hospitalización y, de manera más específica, para los procedimientos por los que atravesará.

#### **Afrontar una operación quirúrgica mediante intervenciones que favorezcan el control**

En 1958, el psicólogo Irving Janis, realizó un estudio sin precedente que modificaría para siempre la preparación de

los pacientes para cirugía. Un hospital solicitó a Janis que estudiara a los pacientes antes de las cirugías para ver si había algo que se pudiera hacer con objeto de disminuir el estrés que muchos de ellos experimentaban tanto antes como después de la operación. Una de las primeras observaciones de Janis fue que, sin una cierta preocupación preliminar, no era posible que los pacientes afrontaran la cirugía. A esto le llamó “trabajar con la preocupación” (*work of worrying*), pensando que el paciente debe procesar el miedo y la falta de control que surge de una operación antes de que el paciente pueda adaptarse a esa situación.

Para entender mejor la relación entre preocupación y adaptación, Janis agrupó a los pacientes de acuerdo al nivel de miedo que tenían antes de la operación (alto, moderado, bajo). Después estudió qué tan bien entendían y empleaban la información que les proporcionaba el personal del hospital para afrontar los efectos postoperatorios. Los pacientes muy temerosos por lo general continuaban temerosos e inquietos después de la operación y presentaban muchos efectos secundarios negativos, tales como vómito, dolor, retención de orina e incapacidad para comer. Los pacientes poco temerosos también presentaban reacciones desfavorables después de la cirugía, mostrándose enfadados, disgustados o quejosos. De los tres grupos, los pacientes que tenían un temor moderado eran los que enfrentaban mejor el estrés postoperatorio según se determinó mediante entrevistas e información del personal.

Al interpretar estos resultados, Janis concluyó que los pacientes muy temerosos estaban demasiado absortos en su miedo preoperatorio como para procesar de manera adecuada la información preoperatoria, y que los pacientes poco temerosos estaban poco atentos como para entender y procesar la información de manera adecuada. En cambio, los pacientes con un temor moderado, ponían la atención necesaria sin ser abrumados por el miedo, cosa que les permitió tener expectativas reales de cuáles serían sus reacciones postoperatorias y, cuando más tarde se encontraban con estas reacciones y sensaciones estaban preparados para enfrentarse a ellas.

Estudios posteriores han confirmado algunas, pero no todas, las observaciones de Janis. Mientras Janis creía que el temor y el trabajar con la preocupación eran ingredientes esenciales para procesar la información acerca de la operación, investigaciones más recientes creen que ese efecto está determinado principalmente por el valor de la información de la comunicación preparatoria en sí (J. E. Johnson, Lauer y Nail, 1989). Es decir, los pacientes que son cuidadosamente preparados para la operación y para los efectos postoperatorios presentarán una buena adaptación postoperatoria; los pacientes que no son bien preparados para los efectos postoperatorios presentarán una mala adaptación postoperatoria.

Los trabajos iniciales de Janis dieron lugar a una gran cantidad de estudios de intervenciones. Un tipo de esta clase de investigaciones es el trabajo de Egbert y colaboradores

con pacientes que enfrentaban cirugía intraabdominal (Egbert, Battit Welch y Bartlett, 1964). En este estudio, a la mitad de los pacientes se les informó sobre la posibilidad de tener dolor postoperatorio y se les proporcionó información acerca del dolor, duración y severidad; se les enseñó también a hacer ejercicios de respiración que podrían ayudarles a controlar el dolor. La otra mitad de los pacientes no recibieron esta información ni esta capacitación. Al examinarlos después de la operación, los pacientes a los que se les había dado esta información presentaron una mejor adaptación postoperatoria: requirieron menos analgésicos y pudieron salir del hospital antes que los pacientes a los que no se les dio la información preparatoria.

Las investigaciones sobre el papel que la información preparatoria tiene en la adaptación a la cirugía muestran de manera abrumadora que tal preparación tiene efectos benéficos para el paciente. La mayoría de las intervenciones para la preparación a una cirugía proporcionan información acerca de los procedimientos y sensaciones que pueden tenerse. Los pacientes a los que se les prepara de esta manera, suelen tener menos malestar emocional, volver a su funcionamiento normal más rápidamente y poder abandonar el hospital más pronto. En un estudio (Kulik y Mahler, 1989), incluso se encontró que el paciente compañero de cuarto después de una operación puede influir en la manera en que se afronten las secuelas postquirúrgicas debido a la información que transmite (ver cuadro 8.5).

La preparación de los pacientes es tan benéfica que muchos hospitales muestran videos a sus pacientes antes de someterlos a algún procedimiento médico. En otro estudio realizado por Mahler y Kulik (1998), a los pacientes que esperaban una cirugía de arterias coronarias (CABG, por sus siglas en inglés) se les presentó uno de tres videos de preparación, o ninguno. Uno de los videos presentaba información por un experto en atención de la salud; el segundo video presentaba también al experto en atención a la salud, pero tenía también entrevistas a pacientes que informaban de su mejoría, y el tercero presentaba información del experto en atención a la salud además de entrevistas a pacientes que hablaban sobre las “altas y bajas” de su recuperación. En comparación con los pacientes a los que no se les presentó ningún video, los pacientes que vieron alguno de los videos, sin importar cuál, se mostraron mucho mejor preparados para la etapa de recuperación, mostraron una mayor autoeficacia durante el periodo de recuperación, fueron más adherentes respecto de las recomendaciones dietéticas y del tipo de ejercicio durante su recuperación y fueron dados de alta del hospital más pronto. Intervenciones similares han sido empleadas con éxito en pacientes que están en espera de ser sometidos a procedimientos médicos (por ejemplo, Doering *et al.*, 2000).

Para resumir, las **intervenciones que favorecen el control** con pacientes que serán sometidos a una cirugía pueden tener un efecto marcado en la adaptación postoperatoria,

## Apoyo social y ansiedad por una operación quirúrgica

Los pacientes que son hospitalizados a causa de enfermedades serias o para ser sometidos a cirugía experimentan ansiedad. Por lo revisado anteriormente sobre apoyo social, se sabe que el apoyo emocional que puedan dar otras personas puede disminuir el malestar cuando una persona tiene que pasar por acontecimientos estresantes. Los investigadores han hecho uso de estas observaciones al desarrollar intervenciones para pacientes hospitalizados. Kulik y Mahler (1987) desarrollaron una intervención de apoyo social para pacientes que iban a ser sometidos a cirugía del corazón. A algunos de estos pacientes se les asignó un compañero de habitación que también estaba esperando ser operado (grupo preoperatorio), mientras que a los otros se les asignó un compañero de cuarto que ya había sido operado (grupo postoperatorio). Además, los compañeros de cuarto podían tener una operación similar o distinta a la del paciente en cuestión.

Los resultados indicaron que los pacientes que tuvieron un compañero de cuarto que ya había sido operado se beneficiaron de este contacto (ver Kulik, Moore y Mahler, 1993). Estos pacientes presentaron menos ansiedad antes de la cirugía y fueron dados de alta del hospital más rápidamente que los pacientes que fueron puestos con un compañero de cuarto que también estaba en espera de ser operado. Similitud *versus* disimilitud en el tipo de operación no produjo

ninguna diferencia, sólo si el compañero de cuarto ya había sido operado.

¿A qué exactamente se debió que el estar con un compañero de cuarto que ya había sido operado mejorara la adaptación del paciente que iba a ser operado? Puede ser que los pacientes ya operados hayan podido proporcionar información relevante a los pacientes acerca del periodo postoperatorio, comunicándoles cómo se sentían y qué es lo que los pacientes podían esperar (Thoits, Harvey, Hohmann y Fletcher, 2000). Los compañeros de cuarto ya operados pueden también haber tenido el papel de modelos sobre cómo se puede sentir uno y cómo puede reaccionar después de la operación. Por otro lado, los que estaban esperando ser operados pueden haberse sentido aliviados al ver a alguien que ya había superado la operación.

Cualquiera que sea la explicación, el contacto social con un compañero de cuarto que ya había sido operado tuvo un impacto claramente positivo sobre la adaptación pre y postoperatoria de estos pacientes. Estos resultados tienen interesantes consecuencias y bien pueden ser utilizados para diseñar intervenciones futuras que mejoren la adaptación de aquellos que serán sometidos a procedimientos médicos poco agradables como una cirugía (Kulik y Mahler, 1993; Kulik *et al.*, 1993).

como ha sido puesto de manifiesto tanto por las reacciones emocionales de los pacientes como por indicadores objetivos tales como la cantidad de medicamentos requeridos o el tiempo de estancia en el hospital.

### **Afrontamiento de procedimientos médicos estresantes mediante intervenciones que favorecen el control**

Aunque las intervenciones para favorecer el control se emplearon para ayudar a los pacientes para afrontar las intervenciones quirúrgicas, también se han empleado para ayudar a los pacientes al afrontamiento de otros procedimientos médicos estresantes. Anticipar un procedimiento médico invasivo puede ser una situación en crisis para algunos pacientes, los cuales presentan excesiva ansiedad por el procedimiento. (Auerbach y Kilmann, 1977). De manera que toda intervención que pueda reducir la ansiedad, tanto antes como durante el procedimiento, es bienvenida por ser benéfica tanto para el paciente como para el personal médico.

Intervenciones para favorecer el control semejantes a las utilizadas con los pacientes quirúrgicos han sido utilizadas

para diversos procedimientos médicos, entre los que se encuentran la endoscopia esofagogastroduodenal (J. E. Johnson y Leventhal, 1974), el parto (E. A. Leventhal, Leventhal, Schacham y Easterling, 1989), el manejo de úlceras pépticas (Putt, 1970), la quimioterapia (T. G. Burish y Lyles, 1979), la histerectomía (J. E. Johnson, Christman y Stitt, 1985), la radioterapia (J. E. Johnson *et al.*, 1989), la cateterización cardíaca (Kendall *et al.*, 1979) y la rectosigmoidoscopia (examen del colon sigmoideo mediante una pequeña cámara que se introduce por el ano) (R. M. Kaplan, Atkins y Lenhard, 1982).

Revisando una gran cantidad de estudios, Ludwick-Rosenthal y Neufeld (1988) concluyeron que la información, la relajación y las intervenciones cognitivo-conductuales como, por ejemplo, aprender a valorar de manera diferente las sensaciones desagradables de un procedimiento médico, son medios útiles para reducir la ansiedad, mejorar el afrontamiento y ayudar a las personas a superar más rápidamente los efectos adversos de los procedimientos médicos.

Las evidencias sobre los efectos benéficos del control psicológico no deben hacer que se crea que el control es una panacea para todas las situaciones aversivas. Las personas que tienen un gran deseo de control pueden verse muy benefi-

ciadas con estas intervenciones (S. C. Thompson, Chek y Graham, 1988). Pero el control puede resultar aversivo si le da a las personas más responsabilidad de la que ellas desean o de la que se sienten capaces de asumir. Además, demasiado control, como indicarles que se enfoquen en demasiada información o darles demasiadas opciones puede ser estresante, empeorando el malestar provocado por el procedimiento médico (ver, por ejemplo, R. T. Mills y Kratz, 1979; S. C. Thompson *et al.*, 1988).

## ■ EL NIÑO HOSPITALIZADO

¿Fue usted alguna vez hospitalizado cuando era niño? Si fue así, ¿recuerda cómo fue esa experiencia? ¿Se sintió atemorizado y desorientado? ¿Se sintió solo y desamparado? ¿O fue una buena experiencia? Quizás sus padres pudieron quedarse con usted en la habitación o había otros niños ahí para platicar con ellos. Puede haber tenido cualquiera de estas experiencias porque el manejo de los niños en los hospitales ha cambiado mucho en las últimas décadas.

Aunque en general se acepta que las personas sólo deben ser hospitalizadas cuando es absolutamente necesario, en el caso de niños enfermos esto es aún más importante. Algunos niños hospitalizados muestran reacciones adversas que van desde conductas regresivas y de dependencia como el aislamiento social, orinarse en la cama y un temor extremo, hasta rebeldía y berrinches. Algunas de estas respuestas problemáticas a la hospitalización se hacen evidentes cuando el niño regresa a su casa.

### Ansiedad

La ansiedad es la respuesta adversa más común a la hospitalización. En niños de 2 a 4 años, la ansiedad puede deberse al deseo de estar con su familia tanto como sea posible. Los niños de 3 a 6 años pueden estar molestos porque se sienten rechazados, desamparados o castigados por sus familias. Entre los 4 y 6 años, los niños pueden expresar su ansiedad mediante nuevos miedos como, por ejemplo, miedo a la oscuridad o al personal del hospital. También, algunas veces, la ansiedad se convierte en síntomas físicos como dolores de cabeza o de estómago. En niños un poco mayores, de 6 a 10 años, la ansiedad puede estar menos relacionada con un problema específico: puede hacer que el niño esté irritable y distraído sin ninguna razón particular.

Hasta hace unos años, los psicólogos atribuían las reacciones adversas a la hospitalización únicamente a la **ansiedad por separación**. Bowlby (1969, 1973) indicaba que separar a un niño de su madre durante mucho tiempo puede producirle malestar, enojo extremo y, en ciertas circunstancias, incluso reacciones de pena y de duelo. Atendiendo a este problema, en un estudio (Branstetter, 1969) se dividió a los niños hospitalizados en tres grupos: una tercera parte de es-



*Las transformaciones recientes en la hospitalización de niños han hecho de los hospitales lugares menos atemorizantes. El personal médico ha ido reconociendo la necesidad que tienen los niños de jugar y han propiciado que los niños puedan hacerlo en los hospitales.*

tos niños estaban con su mamá solamente durante las horas de visita, que es lo que se acostumbra en los hospitales; otra tercera parte tenían a su mamá con ellos durante periodos más prolongados, y a la otra tercera parte se les asignaron “madres sustitutas”, estudiantes de enfermería que platicaban y jugaban con ellos durante periodos largos. Los resultados mostraron que los niños cuyas mamás estuvieron con ellos más tiempo o los niños a los que se les asignó compañía sufrieron menos alteraciones emocionales que los niños cuyas mamás estuvieron con ellos sólo durante las horas de visita. Estos resultados sugieren que una relación cálida y acogedora con una cuidadora puede contrarrestar algunos de los efectos adversos de la hospitalización y que no necesita ser la madre la persona quien proporcione esta relación.

Sin embargo, es un hecho que para un niño es duro ser separado de su familia y de su hogar. Algunos niños pueden no comprender el porqué de la separación de su familia y de su hogar y pueden inferir, equivocadamente, que están siendo castigados por alguna cosa. El ambiente del hospital puede resultar triste y solitario. El confinamiento físico a la cama o el confinamiento debido a yesos o tracción impiden que los niños descarguen su energía a través de la actividad física. Para los niños que están entrando a la pubertad puede resultar embarazoso o bochornoso descubrirse ante extraños o ser sometidos a procedimientos o exámenes médicos dolorosos o perturbadores.

## Preparar a los niños para las intervenciones médicas

El principal adelanto ha sido en el tratamiento a los niños para los procedimientos médicos que con frecuencia tienen que soportar, debidos especialmente al cáncer. Por ejemplo, la sedación consciente ha sido un adelanto importante en el manejo del estrés en niños a los que se les practica aspiración de médula ósea o punciones lumbares en el diagnóstico y tratamiento del cáncer (Pringle, Dahlquist y Eslenzi, 2003). Estas técnicas son especialmente útiles en niños pequeños que no tienen las capacidades cognitivas para procesar otro tipo de intervenciones para el afrontamiento (L. L. Cohen, 2002).

Sin embargo, los niños siguen enfrentando muchos procedimientos desagradables para los que la preparación psicológica es valiosa. En algunas circunstancias la distracción puede ser útil para manejar el dolor o el malestar (Dahlquist, Pendley, Landthrip, Jones y Steuber, 2002). En secciones anteriores se vio cómo se han utilizado los principios del **control psicológico** para diseñar intervenciones para pacientes adultos sometidos a procedimientos médicos estresantes, como las cirugías. Los principios del control psicológico se han utilizado también para los niños, y los resultados indican que las intervenciones basadas en el control pueden reducir el sufrimiento (por ejemplo, Jay, Elliot, Woody y Siegel, 1991; Manne *et al.*, 1990).

En otro estudio (B. G. Melamed y Siegel, 1975), a niños a punto de ser sometidos a cirugía se les mostró una película, ya sea de otro niño que era hospitalizado y operado o una película sobre otro tema. Se encontró que los niños que vieron la película relacionada con su situación presentaron menos tensión pre y postoperatoria que aquellos que vieron una película sobre otro tema. Además, los padres de los niños que vieron la película que servía como modelo, reportaron menos conductas problemáticas después de la hospitalización que los padres de los niños que vieron la película control. Niños mayores parecen obtener buenos resultados aun cuando vean la película varios días antes de la hospitalización, mientras que los niños más pequeños necesitan ser expuestos a la información inmediatamente antes del acontecimiento relevante.

Se ha encontrado que la preparación en habilidades de afrontamiento es útil en los niños (L. Cohen, Cohen, Blount, Schaen y Zaff, 1999). Por ejemplo, Zastowny, Kirschenbaum y Meng (1986) proporcionaron a los niños y a sus padres información describiendo la hospitalización y la operación, técnicas de relajación para reducir la ansiedad o intervenciones en habilidades de afrontamiento para enseñarles a los niños diálogos internos constructivos. Tanto las intervenciones para reducir la ansiedad como las intervenciones en habilidades de afrontamiento redujeron el temor y la tensión de los padres. Los niños que recibieron la intervención en habilidades de afrontamiento presentaron, en gene-

ral, menos conductas maladaptativas durante la hospitalización, conducta menos problemática en la semana antes de la hospitalización y menos problemas una vez dados de alta.

La preparación de los niños no sólo se enfoca a la experiencia de la hospitalización, sino también a la enfermedad misma y a su tratamiento (por ejemplo, O'Byrne, Peterson y Saldana, 1997). Cuando un niño entiende lo que es la enfermedad, qué se siente y cuánto tardará en estar bien, la ansiedad puede disminuir. Ahora, los investigadores creen que aun a los niños pequeños debe decirse algo acerca de su enfermedad y del tratamiento y apoyarlos para que expresen sus emociones y hagan preguntas.

Como ocurre con los adultos, también las respuestas de los niños a la preparación para la hospitalización o para el tratamiento dependen de cómo prefieran ellos afrontar el estrés. Los niños que afrontan de manera vigilante pueden obtener más provecho de tales intervenciones que los niños que prefieren el afrontamiento evitativo (L. Peterson y Toler, 1986; Reid, Chambers, McGrath y Finley, 1997).

Para niños que se enfrentan a muchos procedimientos médicos pueden ser necesarias otras formas de preparación. Por ejemplo, los niños que padecen cáncer son sometidos a numerosos procedimientos médicos, muchos de los cuales se repiten. Inicialmente, la preparación puede ser importante, pero en ocasiones subsecuentes, distraer la atención ante los procedimientos dolorosos es mejor (Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle y Redd, 1994).

Cierta preparación puede ser realizada por los padres. Si los padres preparan al niño para la hospitalización con algunos días de anticipación, explicándole las razones de la hospitalización, cómo será, qué personas estarán ahí, con qué frecuencia lo visitarán, puede facilitarse esta transición. Durante los trámites de ingreso al hospital, uno de los padres u otro familiar adulto puede permanecer con el niño hasta que éste sea instalado en su habitación y participe en alguna actividad. Los padres que permanecen con el niño en el hospital, pueden ser, en parte, los responsables de explicarle los procedimientos y exámenes, ya que ellos saben cómo entenderá mejor el niño. Sin embargo, la presencia de los padres durante los procedimientos médicos estresantes no es una ventaja definitiva. Los padres no siempre ayudan a disminuir el temor, el dolor y el malestar que experimentan los niños (P. B. Jacobsen *et al.*, 1990; Lumley, Abeles, Melamed, Pistone y Johnson, 1990; Manne *et al.*, 1992). Algunos padres, cuando presencian un procedimiento médico invasivo pueden sentirse tan afligidos que exacerban el malestar del niño (J. P. Bush, Melamed, Sheras y Greenbaum, 1986). De cualquier manera, el apoyo de los padres es importante, y la mayor parte de los hospitales dan ahora la oportunidad de un horario de visitas más amplio para los padres e incluso horario de visita durante las 24 horas.

A pesar de algunas salvedades, las ventajas de la preparación de los niños para la hospitalización son ahora tan

ampliamente reconocidas que esta preparación es ahora más bien la regla que la excepción. El área de trabajo con niños hospitalizados ha sido algo así como una historia con un final feliz. En corto tiempo se han realizado cambios verdaderamente sustanciales y como resultado de esto, las reacciones

adversas de los niños frente a la hospitalización han disminuido (Koetting, O'Byrne, Peterson y Saldana, 1997). Actualmente, los hospitales tienen niños más activos, ocupados y con gente que juegue con ellos, que hace 25 años. ●



**RESUMEN**

1. La detección de los síntomas, su interpretación y el uso de los servicios de salud se encuentran fuertemente influenciados por procesos psicológicos.
2. La personalidad y la cultura, el foco de atención, la presencia de actividades que distraen o que son absorbentes, la saliencia de la enfermedad o de los síntomas y las diferencias individuales en el monitoreo de amenazas determinan que un síntoma sea o no detectado. La interpretación de los síntomas está determinada por las experiencias anteriores y por las expectativas acerca de su probabilidad y significado.
3. Los esquemas de enfermedad (que identifican el tipo de enfermedad, sus consecuencias, causas, duración y cura) y los prototipos de enfermedad (concepciones sobre determinadas enfermedades) influyen en cómo interpretan las personas sus síntomas y en si buscan o no atención médica.
4. Factores sociales, como la red de recomendaciones no profesionales, pueden funcionar como intermediarios entre el paciente y el sistema de atención médica.
5. Los servicios de salud se emplean de manera desproporcionada por los muy jóvenes (pequeños) y por los muy mayores, por las mujeres y por las personas de la clase media y alta.
6. El modelo de creencias sobre la salud, el cual determina que la persona detecte o no una amenaza para la salud y que crea o no que una determinada medida de salud puede vencer un trastorno, influye en el uso de los servicios de salud. Otros factores psicológicos y sociales son la ubicación social del individuo en una comunidad y la presión social para solicitar un tratamiento.
7. De los servicios de salud también se puede abusar. Un gran porcentaje de las pacientes que solicitan atención médica sufren de depresión o de ansiedad y no están físicamente enfermos. Las personas suelen ignorar los síntomas serios, lo que ocasiona peligrosas conductas de demora.
8. El hospital es un sistema organizacional complejo, sacudido por cambiantes entornos médicos, organizacionales y financieros. En un hospital existen diversos grupos con diversos objetivos como cura, atención y cuerpo administrativo que algunas veces pueden entrar en conflicto. Estos problemas se empeoran debido a las barreras de comunicación.
9. La hospitalización puede ser una experiencia atemorizante y despersonalizante para el paciente. Se les ha dado una atención especial a las reacciones adversas de los niños a los hospitales.
10. Las intervenciones para la recuperación y el reforzamiento del control mejoran la adaptación a la hospitalización y a los procedimientos médicos estresantes, tanto en niños como en adultos. Las ventajas de la información y de los entrenamientos en técnicas de relajación y habilidades de afrontamiento están bien documentadas.

**TÉRMINOS CLAVE**

ansiedad por separación	enfermedad de los estudiantes de medicina	red de recomendaciones no profesionales
conducta de demora	ganancias secundarias	representaciones (esquemas) de la enfermedad
control psicológico	grupos de diagnóstico relacionado (DGR)	sanos preocupados
demora conductal	intervenciones que favorecen el control	somatizadores
demora médica	organización de proveedores preferidos (PPO)	
demora para el reconocimiento		
demora para la enfermedad		