

# Intervención psicológica en enfermos crónicos: sentido común y sabiduría popular

Vicente Pelechano<sup>1</sup>

Universidad de La Laguna (Tenerife- Islas Canarias)

## RESUMEN

Se presentan doce afirmaciones básicas sobre la manera de vivir y entender la enfermedad crónica, asentadas en el sentido común, en la experiencia del autor y en la sabiduría popular encarnada en los refranes. Los temas generales son: (1) Identidad personal y enfermedad; (2) aceptación y realismo; (3) relación positiva con el cuerpo y los síntomas; (4) la significación de "cambio" y la necesidad por "dejar pasar"; (5) la aceptación de sí mismo/a y el perdón; (6) La necesidad de relacionarse con los demás; (7) realidad y realismo frente a culpa e inculpación; (8) tenemos hábitos y no todos los que tenemos son buenos; (9) aprender a identificar las recompensas; (10) búsqueda de independencia, no de individualismo egoísta; (11) apertura física, mental y social y (12) mantenimiento de sosiego y de paz interior. Cada afirmación resume un conjunto de estrategias y técnicas de intervención (módulos de intervención) y se utilizan los refranes como ilustración y material de ejercicios a realizar fuera de las sesiones. Se trata de un programa puesto a prueba por partes y que puede funcionar tanto en su integridad como en módulos independientes. Se aplica a nivel individual o en pequeño grupo de enfermos. Se sugiere una sesión semanal de duración entre 45 y 90 minutos.

*Palabras clave:* psicología clínica de la salud, intervención psicológica en enfermedad crónica, sabiduría lega y clínica psicológica.

## ABSTRACT

12 basic sentences based on common sense are the ground of this psychological intervention program in chronic illness: (1) personal identity and disease; (2) acceptance and realism; (3) positive relationship with the body and the symptomatology; (4) the meaning of "change" and the necessity of "let by"; (5) self-acceptance and forgiveness; (6) the need for interpersonal relationships; (7) reality and realism in front of to blame for the disease; (8) we must know our habits and not all of them are good for the health and subjective well-being; (9) to learn to identify the rewards; (10) the search for autonomy, but not of selfish individualism; (11) social, mental and physical openness; and (12) the maintenance of peacefulness and calm. Each statement contains a set of the main techniques to achieve it, relative independent among themselves. The sayings are used as exercise material in sessions and inter-sessions. This program has been used in renal diseases hospitalized and can to be applied individually and in group. On suggests one weekly session (45-90 minutes).

*Keywords:* Clinical health psychology; psychological intervention in chronic illness; lay wisdom and clinical psychology.

<sup>1</sup> Correspondencia: Vicente Pelechano. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara. 38701. La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: vpelecha@ull.es

*“Es imposible que un optimista se sorprenda agradablemente”*  
*“No importa la frecuencia con que se demuestre que una mentira es falsa. Siempre habrá cierto porcentaje de gente que crea que es verdad”*  
*“La sabiduría consiste en cuándo se debe evitar la perfección”*  
*“En condiciones rigurosamente controladas de presión, temperatura, volumen, humedad y otras variables, el organismo actúa como le sale de las narices”*

(refranes españoles y formulaciones de la Ley de Murphy).

Se ha dicho en muchas ocasiones, y con razón, que la enfermedad crónica representa un estrés intenso, inescapable y que dura tanto como la vida del enfermo. Que, además, a lo largo del tiempo este estrés no presenta relaciones lineales y constantes con el sufrimiento y la discapacidad del enfermo. Esta enorme complejidad ha posibilitado la gestación de opciones de intervención en las que se mezclan diversas tradiciones teóricas y maneras de actuar el profesional encargado de cuidar del enfermo y todo ello en aras de lograr un mayor acercamiento a los problemas reales que éste presente. Una de estas propuestas se perfila en estas páginas, en donde se yuxtaponen elementos de análisis comportamental, elementos de terapias cognitivas, fenomenología y sabiduría popular. Se propone como un conjunto de afirmaciones que se dividen en unos apartados por conveniencia, pero que podrían haberse dividido de otro modo. Algunas de ellas fueron sugeridas por Brian Grady, que se han completado con algunas otras reflexiones y elaboraciones entresacadas de la experiencia personal del autor de estas páginas y la sabiduría popular se refiere al cuerpo de refranes, básica, aunque no exclusivamente, españoles.

La enfermedad crónica es un fenómeno muy complejo, con componentes biológicos, psicológicos y sociales, así como las interac-

ciones entre todos ellos. Y, para un estudio adecuado de este fenómeno deberían ser tomados en cuenta todos estos componentes, lo que en la práctica asistencial brilla por su ausencia.

Debido a su complejidad y a sus muchísimas dimensiones, no existe un modelo científico que dé razón de todos los hechos conocidos. Las soluciones propuestas implican “niveles” de análisis distintos, con distintas unidades y metodología y además, que cada uno puede ser conveniente en los diversos contextos de aplicación.

No es gratuita la consideración de que se trata de un tipo de elemento que está orientado a la práctica clínica, lo que quiere decir, entre otras cosas, la necesidad porque el terapeuta tenga una preparación seria, que en la práctica se aplica “lo que se tiene”, aunque no sea perfecto, ni ideal y que se debe orientar a mantener la calidad de vida del paciente y su contexto familiar, por una parte, y articular una visión de la vida del paciente que sea adecuada y realista, sin fixismos ni depresiones.

Entre lo que debe tenerse muy en cuenta, aunque parezca de sentido común, es que se trata de una realidad compleja y continuada en el tiempo, y por ello, cambia a medida que se va viviendo esa realidad. Lo que puede implicar que debería irse modificando tanto el

modelo como las técnicas y procedimientos a aplicar.

La opción que se ha elegido es la exposición de las principales afirmaciones relevantes para la intervención sin especificación de tiempo requerido para cada una de las afirmaciones principales y de la estructuración de las sesiones. Se proponen las siguientes pautas:

- Antes de comenzar el programa, lograr el consentimiento informado por parte del paciente, junto con el contrato de tratamiento y realizar una evaluación psicológica en la que debe encontrarse la posibilidad de existencia de trastornos de personalidad, depresión, ansiedad y obsesiones, al menos, así como las habilidades interpersonales y una anamnesis o historia de vida.
- Se puede aplicar en formato individual o de pequeño grupo (máximo 6 pacientes), con participación de un terapeuta con experiencia y, deseablemente, un observador.
- La orientación general es el logro de un realismo dinámico, con las notas de análisis de la realidad, en sus dimensiones positivas y negativas por un lado y contagiar un dinamismo de actuación y de pensamiento.
- Se sugiere la frecuencia de una sesión semanal de duración entre 45 y 90 minutos. A partir de la primera sesión, se comenzará con la revisión de las tareas que se han debido realizar en casa, analizando las dificultades encontradas y ensalzando los éxitos logrados. A lo largo de la semana se sugiere al menos un contacto a través de teléfono.
- El orden de las afirmaciones que aquí se encuentra es "sugerido" y no impuesto; depende de cada caso. Una propuesta útil consiste

en presentar al enfermo un resumen de las afirmaciones básicas y pedir que las ordene por importancia y/o relevancia. Y comenzar por aquéllas que ofrezcan menos resistencia al cambio.

- Deben proponerse tareas para casa, ilustradoras de las afirmaciones que se presenten en la sesión y los recursos cognitivos y comportamentales a poner en práctica.
- Deseablemente, debería llevarse adelante una sesión cada dos semanas con los familiares o encargados del paciente. En estas sesiones se recoge información acerca de lo que hace el paciente en casa y se evalúa la atmósfera familiar, resolviendo, si es posible y, en todo caso, aliviando, los problemas de interacción personal y emocional que se hayan presentado.
- Se utilizan refranes (y se exponen algunos, que pueden enriquecerse con otros) que deben entenderse como recurso mnemotécnico para aplicar a lo largo de la exposición de cada bloque de afirmaciones. Se deben dar en forma de tarjetas y, a ser posible, con una pequeña aplicación a la vida cotidiana del enfermo, a realizar por el terapeuta. Una tarea a realizar por el enfermo consistirá en encontrar las aplicaciones de los refranes en su vida cotidiana.

Las diversas parcelas que cubren las principales afirmaciones y sus derivaciones pueden tener una importancia distinta para distintos enfermos y por ello, debe adaptarse cada comentario y programación de actividades a las necesidades y posibles discapacidades del enfermo. El formato sugerido es básicamente dialogal y recogería las estrategias sugeridas

por el grupo de Beck para desmontar las creencias irracionales, por un lado, y la entrevista de activación comportamental para fomentar las actitudes y acciones positivas orientadas a la acción adaptativa.

- *“Jamás desesperes en medio de las sombrías aflicciones de tu vida, pues de las nubes más negras cae agua limpia y fecundante”*
- *“Me lamentaba de no tener mejores zapatos hasta que vi un hombre que no tenía pies”*
- *“Si te sientas en el camino, ponte frente a lo que aún has de andar y de espaldas a lo a dado.”*

El uso de refranes en psicología viene de antiguo aunque no siempre se han utilizado del mismo modo ni para la misma finalidad: como ítems para evaluar la inteligencia “general”, para evaluar trastornos de pensamiento e incluso como instrumento de estudio de la sabiduría popular. Esta utilización ha sido criticada por razones distintas entre las que se encuentran la existencia de refranes contradictorios (por ejemplo, “A quien madruga, Dios le ayuda” frente a “No por mucho madrugar, amanece más temprano”) o que dan lugar a predicciones incorrectas (como por ejemplo, “Come poco, cena más, duerme en alto y vivirás”), así como la existencia de formas distintas del mismo refrán, que no casan entre sí.

El caso es que estas contradicciones son más aparentes que reales, y una cosa es defender que en los refranes se exige unas ciertas capacidades para poder entenderlos y aplicarlos de manera correcta y otra cosa es decir que no se encuentran formas de hacer compaginar unos con otros. Y, por otra parte, dado que el

refranero cubre prácticamente todas las áreas de la conducta humana y ésta no es esencialmente racional ni coherente, lo natural es que existan divergencias tanto en formulación de soluciones como en posibilidades interpretativas. Siguen a continuación algunos ejemplos:

(a) El uso de metáforas es muy frecuente en los refranes de manera que se escribe a veces un número para representar una palabra como en el caso *Permanecer en sus trece* que se refiere concretamente a aferrarse a su “determinación” (palabra que tiene 13 letras).

(b) Refranes que, con el curso del tiempo y uso más o menos afortunado, han sido “partidos” por el lenguaje como *Un clavo saca a otro clavo*, que representa la mitad de toda la expresión del refranero: *Un clavo saca a otro clavo, si los dos no quedan dentro.*

(c) Existencia de contradicción por sesgo en la expresión del refrán original como *A quien madruga, Dios le ayuda*, cuando el refrán completo es *A quien madruga, Dios le ayuda, si se levanta con buena intención.*

(d) Es frecuente, asimismo, la existencia de formas diversas del refrán como “Cuando una puerta se cierra, se abre una ventana” o “Cuando una puerta se cierra otra se abre”. La forma del refrán original decía “Cuando una puerta se cierra, ciento se atrancan”, con una significación claramente opuesta a las otras dos formas.

(e) Refranes de interpretación muy compleja. Intente el lector nombrar un ejemplo en la vida cotidiana del siguiente refrán: “Cuando el río no hace ruido, o no lleva agua o va crecido”.

(f) En fin, para no alargar más esta ilustración, se pueden encontrar refranes que cuentan verdaderas historias prescriptivas sinco-

padas, como *Si prestas, no cobras; si cobras, no todo; si todo, no tal; y si tal, enemigo mortal*; uso de retruécanos como *El novio no vio, porque si viera, novio no fuera* o refranes sin sentido y utilizados para manifestar deseo de cambiar de tema o que se está tratando de un tema irrelevante como *A propósito de berenjenas, mi marido tiene buenas piernas*.

En suma: el cuerpo de refranes representa un material muy rico y diverso, que exige un conocimiento bastante profundo sobre el funcionamiento humano, que representa una fuente de sabiduría, no siempre fácil de entender y explicar y que sugiere la existencia de todo un universo de sabiduría, decantado durante siglos y que no debería ser desaprovechado. Este material puede serle muy útil al terapeuta siempre, claro está, que tenga conocimientos al respecto y sentido común para poderlos utilizar (y no como Sancho Panza en "El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha", que llega a recibir palos por parte de don Quijote por la utilización desajustada de refranes; o como en "La historia del famoso predicador Fray Gerundio de Campazas, alias Zote" que escribió el padre Isla). El autor de este trabajo recomienda la lectura de literatura clásica española para adquirir una información cualificada al respecto.

Lo que sigue es un ejemplo de selección de refranes, decires y proverbios, básicamente españoles (aunque no exclusivamente) aplicados a situaciones de alivio de sufrimiento humano. Asimismo se trata de una exposición para terapeutas que permita una iniciación en esta manera de entender la acción psicológica.

## 1. Identidad personal y enfermedad (prescripción: "yo no soy mi enfermedad, la sufro, pero no me identifico con ella")

Una primera impresión, y muy intensa, que suele tener el enfermo que ha recibido un diagnóstico de enfermedad grave o ha sido hospitalizado, es que **es su enfermedad**, y lo malo del caso es que piensa y siente que no puede escaparse de esa idea. Todo lo colorea de enfermedad y lo que piensa y siente lo ubica dentro de un horizonte de enfermedad.

Es el caldo de cultivo de la indefensión, desesperanza y depresión, con elementos muy importantes de ansiedad, que intenta disimular, todo lo que le es posible, delante de su familia. Y a esta idea, además, ayuda la actuación del personal sanitario con el que tiene contacto. Se les "identifica" a los enfermos por su nombre (no por los apellidos) para "personalizarlo" y, a continuación, la enfermedad principal bajo cuyo rubro ha sido internado.

Una de las primeras tareas que debe llevarse a cabo es diferenciar al enfermo como persona, de la enfermedad que sufre. El enfermo no es la enfermedad, sino que la **tiene, la sufre y debe aprender a vivir con ella**, pero "no es" la enfermedad.

Pueden ser una ayuda eficaz la consideración de que en las enfermedades crónicas se pasa por períodos de recrudescimiento y de "silencio" o de relativo bienestar y, en estos últimos se puede llegar a "ignorar" la enfermedad en cuestión o haber aprendido a tolerar la mayoría de las limitaciones que se poseen.

Resulta muy importante que el terapeuta se familiarice con la enfermedad principal del enfermo y, posteriormente, que le informe

en una o varias sesiones de esa enfermedad, con el fin de poder ir aislando los principales componentes, discapacidades y dinámica. En experiencia del autor, los enfermos suelen desconocer casi todo lo que no están sintiendo en el momento actual, de su enfermedad, y no ayuda a ese conocimiento la conducta del personal sanitario (médicos incluidos). Ese conocimiento va a permitir ir delineando las estrategias de intervención más adecuadas.

Resulta de interés, además, el conocimiento de las distintas pruebas a las que ha de someterse el enfermo en las condiciones en las que se encuentra. La idea de que el conocimiento puede ser perjudicial para el enfermo solamente es verdad en el caso de que sea conocimiento inadecuado, falso o en el que no se perciba vía de alivio, salida aunque parcial, o solución alguna.

Para la transmisión de información sobre la enfermedad resulta no solamente adecuado sino necesario, el uso de material escrito (poco) y gráfico, así como conocimiento actualizado de lo que está sucediendo.

No hay que convertir al médico en un dios porque entonces, se pierde al médico. Se debe entender como un profesional que nos puede ayudar, y mucho, a poder dar una imagen clara de la sintomatología y de lo que le va a ocurrir, a sobrellevar la enfermedad y a alcanzar alivio de muchos de los problemas que se presenten dentro del marco biológico (signos y síntomas de la enfermedad).

Una estrategia adecuada en este contexto es la aplicación del “desapego”, o intentar conceptualizar lo que sucede, como se ve una grabación “externa”. El “desapego” representa una

progresiva separación entre lo que me sucede y cómo lo analizo; o analizarlo de manera lo más objetivamente posible, sin compromisos emocionales.

Puede resultar muy conveniente la información de vida recogida antes del comienzo del programa y, sobre ella y tras la o las sesiones correspondientes a lo que sea la condición médica que sufre, llevar a cabo un entrenamiento en afirmación personal y reafirmación de los logros importantes logrados en su vida.

En suma: separación entre la persona y su enfermedad (con primacía de la persona); información veraz y adecuada acerca de la enfermedad y aserción personal.

#### **Proverbios y refranes de referencia:**

- *“Es mejor encender una luz que maldecir la oscuridad”*
- *“La mitad de la alegría reside en hablar de ella”*
- *“El camino más largo comienza con un paso”*
- *“La persona que no comete nunca una tontería, nunca hará nada interesante”*
- *“Añorar el pasado es correr tras el viento”*
- *“La lluvia es un problema solamente si no te quieres mojar”*

#### **2. Aceptación y realismo (prescripción: “mi enfermedad no se va a curar ni con medicinas, ni con deseos de cambio, ni dejando el tratamiento”).**

La enfermedad crónica, en la actualidad, no se va a curar ni con medicina, con deseos de cambio o dejando el tratamiento. La realidad es que no tiene cura sino alivio; y parcial. Y ello sucede, entre otras cosas, porque los humanos somos frágiles, imperfectos y en gran medida, ignorantes. Y esas enfermedades existen



y la medicina “hace lo que puede”. Como obra humana es imperfecta y el reconocimiento de esa imperfección no implica ignorarla, ni despreciarla. El que deseemos que sea otra la situación actual no lleva consigo cambio inmediato alguno. Tampoco, ignorando lo que puede hacer por el enfermo (dejar el tratamiento) ayuda mucho.

- *“No hay mayor mal, que el descontento de cada cual”*
- *“Nunca falta un mal año”*

Aceptar la enfermedad no quiere decir ni resignación pasiva, ni suponer que la situación va a permanecer así para siempre, porque se trata de una situación dinámica que se modifica a lo largo del tiempo. Debe tenerse presente que sin un reconocimiento y aceptación de lo que es y sucede, resulta prácticamente imposible el cambio. Y esta aceptación no significa “para siempre”. Aceptar no es inmovilización.

- *“Amor, viento y ventura, poco dura”*
- *“No hay mal que cien años dure”*

Debe quedar claro que los tratamientos conocidos en la actualidad poseen límites, tanto de eficacia como de efectos (incluso la existencia de efectos no previstos, iatrogénicos). Es posible, incluso, que la situación actual sea una consecuencia de un “error diagnóstico” o un “error de tratamiento”. Se vive el momento, lo que implica que se hace lo que se puede en cada momento, se vive cómo se puede en cada momento y se sufre, por un lado, y se es feliz, por otro, según el momento. No se trata de un

situacionismo radical sino de poder seguir viviendo y atisbar que es posible una cierta perspectiva de este momento hacia el futuro. Y que la vida es una mezcla, no siempre equilibrada, de disfrutes y sufrimientos. En todo caso, se vive en la actualidad, en el presente, aunque se piense en el futuro, lo real es lo actual.

Debería irse introduciendo la idea de que la vida del ser humano está constituida por segmentos, no todos los cuales son del mismo tamaño, ni son igualmente gratificantes. Que el sufrimiento y el placer califican estos segmentos y que la sucesión de segmentos solamente de un tipo da lugar a no valorar otros tipos de segmentos (monotonía, aburrimiento, hastío).

- *“Mal es sufrir, pero sufrirlo mal, es el peor mal”.*
- *“Más vale un toma, que dos te daré”*

A veces existe una fuerte creencia en el “voluntarismo”, creencia en que un ser humano logra todo lo que persigue con fruición. Y resulta un elemento motivacional muy importante para muchos momentos en los que se requiere una motivación o un esfuerzo para seguir adelante, pero tiene limitaciones, entre otras cosas porque existe una condición física que puede estar muy debilitada y el sobre-esfuerzo y la excesiva dedicación puede dar lugar a empeoramientos, asunción de riesgos e incluso hasta la muerte. Por ello este voluntarismo, siendo positivo en general, posee limitaciones fuertes y hasta contraindicaciones.

- *“Querer es poder”*
- *“Quien hace lo que puede, hace lo que debe”*
- *“Quien hace lo que quiere, no hace lo que debe”*

Hay que tener esperanza para seguir buscando la solución de la enfermedad, pero hay que tener muy claro que no todas las cosas tienen la solución que deseamos, ni una solución conocida, como sucede con las catástrofes naturales, terremotos, guerras o accidentes. A veces es preferible una solución parcial e imperfecta (como sucede con las enfermedades crónicas, que pueden lograr alivio de síntomas y de complicaciones que empeoran la situación) que ninguna solución.

Decir y pensar que lo que está sucediendo con la enfermedad no es importante, por otro lado, no lo resuelve. Las cosas importantes hay que decirlas y afrontarlas.

A veces, los hechos no pueden cambiarse, como tampoco las consecuencias de estos hechos. Y negar los hechos o las consecuencias sirve de poco porque están ahí. Sin embargo, si no puedo cambiar ni los hechos, ni las consecuencias, puedo cambiar las maneras de pensar sobre estos hechos y consecuencias. El repensar los hechos puede iluminar maneras de poder sobrevivir a las situaciones difíciles y tiene valor adaptativo.

- *“Si no puedes lo que quieres, quiere lo que puedes”*

Posiblemente es verdad que el enfermo esté sufriendo en la actualidad un estado de discapacidad notable, lo que le puede llevar a desánimo y hasta desesperación. Pero también es verdad que, hasta ahora, ha logrado cotas de respeto y poder que puede mantener, en su mayor parte. O dicho de otra manera: aparte de lo que “no se ha logrado” hasta ahora

y que queda por lograr, hay muchas cosas que sí se han logrado a lo largo de la vida que ha vivido y subrayar lo positivo que se ha alcanzado sirve para saber dónde se estaba y dónde se está ahora.

- *“Por ser sufrido y paciente, no es uno menos valiente”*
- *“Lo mejor es enemigo de lo bueno”*

Por eso conviene comenzar haciendo algún balance positivo. En una situación que cambia, hay cosas que pasan (buenas y malas) y otras que permanecen. Y hay que reconocer, unas y otras, reanalizando lo que ha sucedido y lo que está sucediendo ahora:

- *“Necedad es contender con quien no puedes vencer”.*
- *“Espera sentado y verás pasar el cadáver de tu enemigo”*

En suma: aceptación de la situación y de la condición con una actitud de apertura hacia el futuro, que no es fixismo; balance de las cosas predominantemente positivas logradas en la vida y saber esperar a que pasen las cosas que molestan especialmente, son aspectos que deben subrayarse en este punto (recordar que la vida son una secuencia de segmentos vitales y que después de una parte muy negativas, después de “tocar fondo”, viene una recuperación de todo o parte del bienestar).



### 3. Tener una relación positiva con mi cuerpo y los síntomas (prescripción: “debo tener una relación positiva con mi cuerpo y mis síntomas”).

El mero hecho de aceptar que debo tener una relación positiva con mi cuerpo y mis síntomas implica que, de una u otra forma, ya se acepta el tener esa relación. Aún con la admisión de que algunas de las cosas que se han hecho no han funcionado tan bien como se esperaba y, por eso, debo aprender nuevas formas de vivir con estos problemas. Y eso lleva consigo trabajo y esfuerzo personal.

- *“No hay atajo sin trabajo”*

“Relación positiva” lleva consigo ser constructivo/a y realista. Un buen punto de arranque es intentar cambiar lo que pueda, por un lado, y adaptarme a lo que no pueda cambiar, por otro. Lo que se ilustra en los siguientes refranes, como ejemplo:

- *“Acorta tus deseos, y alargarás tu salud”*
- *“Machacar en hierro frío, tiempo y trabajo perdido”*

Debe subrayarse que este proceso no resulta simple, ni fácil y que puede necesitar ayuda para aclarar puntos intermedios en ese camino. Y dos recursos útiles son: asumir un punto de vista neutral y no comprometido con cada situación, para mantener la objetividad, por un lado. Y, por otro, no gastar energías en contar a los demás y a sí mismo lo mal que cada uno se encuentra, sino en hacer lo necesario para mejorar y comenzar porque actúe el propio enfer-

mo. Centrarse en lo que importa y representan los problemas cotidianos, aunque relevantes:

- *“Si de paz quieres gozar, ni fiar, ni porfiar, ni confiar”*

Mi cuerpo es una parte importante de mí mismo/a y, por ello, debo ocuparme de él, cuidar de él y ello quiere decir cuidar de su limpieza en todas sus partes, con ayuda o no de otras personas; preocuparse por la dieta, del aseo personal, del cuidado de la piel. Y, además, hacer balance de la autonomía funcional que posee el enfermo y subrayar esos elementos positivos que me permiten seguir adelante y tomar decisiones sobre ese cuerpo.

- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*

En más de una ocasión, no encontramos un significado claro a lo que sucede, ni un sentido a las cosas que nos suceden. Y la asignación de sentido a las cosas que suceden (y de sentido constructivo y positivo) permite establecer límites sensatos a lo que nos sucede, a las relaciones que tenemos con los que nos rodean, lo que podemos y no podemos hacer y esperar de manera inmediata, tanto lo positivo, como lo negativo. Y para ello, la enfermedad, con sus condiciones de discapacidad, resulta una piedra de toque en esta sociedad:

- *“Si quieres saber qué amigos tienes, Blas, ponte enfermo y lo sabrás”*
- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*
- *“Más enseña la adversidad, que la prosperidad”*

Y para el logro de ese sentido se exige esfuerzo. Y los esfuerzos realizados tienen limitaciones. En los siguientes hechos y situaciones existen dos polos que deben tenerse en cuenta:

- Intento de evitar el dolor de manera radical. Existen varios tipos de dolor y mientras unas veces el dolor posee un significado negativo (existencia de lesión o empeoramiento), en otras ocasiones posee un sentido positivo de crecimiento (crecimiento de dientes, por ejemplo)
- Uno de los recursos que utiliza el enfermo para evitar dolor y molestias es desarrollar un miedo a moverse. El miedo es un fenómeno adaptativo y estrategia de supervivencia por un lado; pero, por otro, moverse representa una necesidad corporal, para evitar otros problemas como anquilosamiento muscular y pérdida de autonomía personal.
- A veces, no sabemos cómo eliminar las molestias que nos aquejan y tendemos a repetir estrategias y maneras de actuar que las seguimos haciendo no por ser eficaces (que no lo son) sino porque no sabemos hacer otra cosa. Y esto debería ser eliminado.
- Si bien el descanso es un elemento necesario para seguir actuando, demasiado descanso lleva a discapacitación e incluso a incapacitación para poder hacer determinadas cosas.
- Repetición de una pregunta demasiado frecuente entre enfermos “¿Por qué a mí?” “¿Qué he hecho para merecer esto?”. Cuestionamientos que, si bien pueden iluminar algunas de las cosas equivocadas que hemos hecho a lo largo de nuestra vida, sin embargo, no representa una solución sistemática a los problemas que tenemos.

• *“Nunca mucho costó poco”*

En suma: aceptar el propio cuerpo y cuidar de él lo mejor posible, porque nos puede ayudar a mejorar y encontrar alivio. Y dedicar tiempo y esfuerzo. Cuidar la autonomía funcional y potenciarla.

#### **4. La significación del “cambio” y la necesidad por “dejar pasar” (prescripción: “cambiar significa abandonar partes de la vida pasada y vivir con las posibilidades reales y activas”).**

Un cambio significa que se modifican unas cosas, mientras que otras permanecen prácticamente igual (estas últimas, representan los puntos de referencia para dar testimonio del cambio). Por lo que se refiere a una consideración de la vida que se ha llevado hasta este momento, un cambio significa que hay partes de esa vida que ya no funcionan; o si funcionan, no lo hacen del mismo modo. Debería enfrentarme a la situación de analizar la vida que tengo ahora y enfrentarme a mi presente para encontrar nuevas maneras de vivir esa vida.

Y ello trae consigo que hay cosas que hacía que no voy a volver a hacer; que hay cosas que debo dejar de lado porque no puedo hacerlas o porque han perdido su valor funcional. Ello no lleva consigo ignorar cómo he vivido, ni despreciarlo, sino tenerlo en cuenta pero no vivir en función de ese pasado, porque la vida sigue y debo seguir viviéndola. Y en el recuerdo de esa vida pasada deben tomarse en consideración elementos negativos (ya no lo puedo hacer, ya no funciona, soy incapaz de

hacerlo, aunque poder haber sido gratificante) y, a la vez, elementos positivos (nadie puede quitarme esos recuerdos y experiencias si han sido agradables).

- *“Quien vive de recuerdos, vive entre muertos”*
- *“Cuenta por bienes, los males que no tienes”*
- *“Un dolor alivia a otro, y un amor cura de otro”*
- *“No te quemes la boca, por comer pronto la sopa”*
- *“Hoy debiendo, y mañana pagando, vamos trampeando”*
- *“Cada cosa tiene dos asas, una fría y otra que abrasa”*

Todo cambio exige dejar unas cosas por otras. Si se pretende ser una persona distinta, el “viejo yo” tenía cosas buenas y malas y el “nuevo yo” tiene que vivir en un mundo nuevo. Ese cambio no es inmediato sino que lleva tiempo y esfuerzo: en el camino “estoy siendo” algo distinto/a y adaptándome. Si mantengo una actitud abierta y receptiva puedo darme cuenta de nuevas posibilidades que se ofrecen y que podría seguir. Y estos cambios podrían estar orientados hacia una mejora en la calidad de vida que estoy teniendo:

- *“Cuando una puerta se cierra, otra se abre”*
- *“Don Nadie, por ser Don Alguien, y Don Alguien por ser Don Mucho, ninguno está en su punto”*
- *“Buenas palabras no hacen buen caldo”*
- *“Con leña prometida no se calienta la casa”*

El cambio, a veces, es doloroso, porque exige una o varias pérdidas. Las pérdidas suelen ir acompañadas de sentimientos de amargura, confusión, embotamiento, rabia y depresión,

falta de motivación para hacer cosas y pérdida de energía. Y estos sentimientos pueden irse sucediendo o estar presentes dos o más de ellos a la vez. No es buena solución ni estar pendiente de su aparición, ni hacer lo posible por refrenarlos totalmente, ni que no se expresen en absoluto. Lo que debería hacerse es encontrar situaciones en las que, de forma segura, estos sentimientos afloren y sean expresados sin que se produzca daño para uno/a mismo/a o los demás. Resulta natural que estos sentimientos aparezcan con las pérdidas. Lo que no resulta natural es que permanezcan durante años, porque no son positivos ni para quien los tiene, ni para quien o quienes los sufren.

Algunas veces, pensamos que es verdad que el ser humano es frágil, que la enfermedad nos puede acompañar de manera casi “natural” porque nuestro organismo y nuestras defensas no son perfectas pero... **no ahora, no en este momento**, ni tan pronto. Curiosamente aceptamos nuestra fragilidad pero no aceptamos del mismo grado, que no conocemos totalmente las leyes que rigen el curso del tiempo de nuestra vida; que conocemos tan solo de manera fragmentaria y parcial lo que sucede y, por lo tanto, que el futuro es imprevisible. Es “previsible” y “racional” solamente después de haber sucedido. La impredecibilidad y la provisionalidad forman parte sustantiva de nuestra naturaleza y no vendría mal recordarlas de cuando en cuando hasta el punto de poderlas integrar en nuestra manera de entender la realidad que nos toca vivir.

No quiere esto decir que todo sea imprevisible y que no sea posible alcanzar cierta “seguridad” sabiendo que si suceden unas cosas,

van a seguirse desde aquí, otras. Pero una cierta dosis de elementos no previsibles pueden ser positivos si nos permite mantenernos despiertos para leer indicadores y a sabiendas de que no podemos controlarlo todo.

- *“Nadie es adivino, del mal que está vecino”*
- *“Donde menos se piensa, salta la liebre”*
- *“Cuando el río no hace ruido, o no lleva agua, o va crecido”*

Una derivación de esa imprevisibilidad es intentar vivir el presente y sacar del presente, lo más adecuado y mejor para cada cual. Se deben buscar recompensas y satisfacciones en el presente, pensando que esas satisfacciones no llevarán a males mayores en el futuro. Esto es, procurar una especie de “aritmética” de placeres o pequeños disfrutes de los que no se deriven consecuencias desagradables en el futuro.

- *“Vale más un toma que dos te daré”*

En suma: cambio significa algo que se deja y algo que se coge, algo que sucedía y no sucede y otro algo que no sucedía y sucede, lo que suele llevar consigo, en los humanos, cambios a nivel emocional. Estos cambios, además, exigen que una vez expresados los sentimientos “negativos” deben ser acompañados de expresión de sentimientos “positivos” por los aspectos gratificantes y novedosos, y sus posibilidades de evolución, que esos cambios alcanzados llevan consigo. Y ayuda a la aceptación de los cambios la admisión de que el mundo es apenas conocido y que existe una fuerte dosis de impredecibilidad en lo que sucede.

## **5. Aceptación de sí mismo/a y el perdón (prescripción: “debo aceptar mi situación y debo saber perdonarme a mí mismo/a”).**

Siendo honesto y reconociendo la verdad tenemos que reconocer que ser humano en las condiciones de enfermedad puede resultar muy duro. Y que se plantean muchos problemas para los que no existe una solución satisfactoria... porque se trata de problemas difíciles. Si los problemas que se plantean fueran fáciles, cada ser humano los resolvería por sí mismo.

Estamos viviendo en una sociedad y contexto cultural en donde lo “usual” es el mantenimiento de un “status quo”, de una cierta monotonía y estabilidad de leyes y maneras de comportamiento individual y de grupo, lo que hace que la “previsión” se potencie. Desde la economía hasta la medicina, estamos plagados de “estrategias preventivas” a nivel verbal... otra cosa es lo que sucede en el mundo de la acción, porque cuando se llevan a cabo estrategias preventivas colectivas... aparecen las protestas y a nivel individual... se tacha a veces de autoritarismo. Y, lo más curioso es que muchas veces estas estrategias preventivas no llevan a ninguna parte; ni siquiera se cumplen.

Si esta previsión implica, además, llevar a cabo cambios importantes en la vida de un individuo, los cambios que se exigen dan lugar a situaciones en las que no hay mucha claridad para la toma de decisiones.

Es en estas situaciones, tan frecuentes en el caso de la enfermedad crónica, en las que la búsqueda obsesiva de la perfección, de decisiones sin repercusiones negativas, pueden resultar perjudiciales. Se trata de “hacer lo que

se pueda en cada momento, y además, poder recuperar la información para que en una ocasión posterior mejorar la decisión y, desde ahí, la acción a realizar. A sabiendas de que no se trata de soluciones perfectas:

- *“Lo mejor es enemigo de lo bueno”*
- *“Si no tienes lo que debes, quiere lo que tienes”*

Una vez tomada la decisión y puesta en acción, sin que sea una solución perfecta la lograda, resulta de gran interés saber perdonarse y reconocer que se debe ser compasivo/a consigo mismo/a puesto que, como ser humano, se tienen limitaciones, éxitos y fracasos en la vida cotidiana. Y el valor de lo que hacemos se puede observar con mayor claridad si se compara con otras personas y situaciones

- *“Repara en la casa ajena, y hallarás chica tu pena”*
- *“Saca tu cruz a la calle y verás otras más grandes”*

Estamos viviendo en una sociedad que, teóricamente, es meritocrática y meliorista, en donde se premia el intento por “hacerlo mejor a toda costa” y en todas las situaciones. Lo que llevado a la vida personal y a la dualidad salud/enfermedad se ha convertido en “si hubiera hecho más, o mejor...” no estaría como estoy. Hay bastantes personas que piensan que no estarían enfermas si fueran “más fuertes”, o “más inteligentes”, o en definitiva, “lo hubieran hecho mejor”, o hubiesen tenido mayor determinación o se hubiesen dedicado más a cuidarse de ellas mismas en lugar de ocuparse

de otras cosas. Si este tipo de análisis se utiliza para detectar algunos de los errores cometidos, y no pasa de ahí, no es desafortunado. Pero si se convierte en una fuente de insatisfacción continua, en una situación de estrés constante del que no se puede escapar, se convierte en un elemento nocivo para la vida y el disfrute personal, fuente de insatisfacción y de frustración. Se ha dicho muchas veces, que el exceso de celo, es recelo.

- *“Lo mejor es enemigo de lo bueno”*
- *“Quien por lo mucho deja lo poco, suele perder lo uno y lo otro”*

Cuanto más pronto acepte la situación que estoy viviendo ahora, esta situación que hace que esté de una manera, pueda hacer unas cosas y no otras... que es la situación real, antes podré dedicar esa energía que tengo a cambiar, a buscar nuevas y mejores situaciones en la vida. No tiene mucho sentido autocompadecerme y criticarme en exceso, para lo que puede servir formularse alguna vez la pregunta siguiente ¿Si viese a alguien esforzándose como lo hago yo, sería tan crítico/a como lo soy conmigo mismo/a? ¿No tendría más compasión y buena imagen de una persona que se esforzara así? Debe tenerse muy presente la prudencia en la utilización de las palabras cuando se habla con alguien, e incluso con uno/a mismo/a.

- *“Puedes aplastar a una persona con el peso de tu lengua”*

En más de una ocasión, las situaciones por las que se atraviesa implican la participación de otras personas para resolver los problemas que se plantean y, si esto es así, no debería existir problema en la búsqueda y petición de ayuda por parte de los demás:

- *“Lo que no puede uno, lo pueden muchos”*
- *“Dos perros matan a un león”*
- *“Más ven cuatro ojos, que dos”*
- *“Una mano lava a la otra, y las dos al rostro”*
- *“Una mano sola, no aplaude”*
- *“Muchas hormigas, llevan al escarabajo”*
- *“Del acero y el pedernal, fuego sal”*
- *“A quien se ahoga, sogá”*
- *“Dos piedras en una bóveda se sostienen una a otra”*
- *“No hay, ni puede haber, quien a otro no haya menester”*

Y esto nos lleva al punto siguiente, acerca de las relaciones con los demás.

### **6. La necesidad de relacionarme con los demás (prescripción: “tengo que seguir relacionándome con los demás y posiblemente debo cambiar la manera de entender esas relaciones”).**

Es posible que haya cometido errores en mis relaciones con los demás y que algunas de ellas, incluso, no puedan tener solución. Si esto es así, debo estar dispuesto a buscar nuevas relaciones, en el caso de no poder resolver los problemas que se plantean con las que tengo. El ser humano tiende a vivir en grupo y con relaciones de unos con otros, y ello no le debilita, al contrario.

Estas relaciones, por otra parte, tienden a

no ser eternas, y van cambiando a lo largo de la vida en cantidad y en calidad. No hay mucho de esencialismo en las relaciones humanas sino sentirse entendido/a, comprendido/a, compartir ciertos valores y creencias y sentirse bien con las personas con las que nos estamos relacionando, respetando su propia intimidad y su manera de ver la realidad, no querer tener siempre la razón y poder llevar adelante un diálogo con sentido.

- *“Un fuego apaga otro fuego”*
- *“El pan comido, la compañía deshecha”*
- *“No hay olla tan fea, que no encuentre su cobertera”*
- *“Amar sin padecer, no puede ser”*
- *“Un dolor alivia a otro, y un amor cura de otro”*
- *“Vida sin amigos, muerte sin testigos”*
- *“Amigos y libros, pocos, buenos y bien conocidos”*
- *“No es amistad la que siempre pide y nunca da”*
- *“Olvidaos de los que os olvidan”*

Es verdad que la condición física del enfermo le afecta no solamente a él, sino a los que conviven con él. Y en este punto deben tenerse en cuenta, al menos, las siguientes consideraciones:

I. Las relaciones son como ondas en un estanque. Cuando se tira una piedra, las olas rompen toda la imagen (si un miembro de la familia cae enfermo, toda la familia se resiente y “cambia”, y estos cambios pueden ser pasajeros o no).

II. Como enfermo, puedo tener problemas de “sentimientos” que deben ser analizados y encontrar su justificación y sentido, así como, en su caso, su falta de sentido. Puedo buscar como enfermo, ser independiente (o demasia-



do dependiente), sentir rabia o resentimiento hacia los demás que no se encuentran en mi situación, esperar que entiendan mis necesidades aun sin expresarlas, esperar que me cuiden todo el tiempo y sentir indefensión y desánimo cuando no me prestan la atención que creo que merezco, no doy crédito suficiente a mis amigos, conducta y hablo con demasiadas referencias a mí o mi enfermedad, o defender siempre mis puntos de vista frente a lo que exponen los demás, a los que no presto demasiada atención... Y esto hay que modularlo y, en su caso, modificarlo.

III. Mi enfermedad ha traído consigo, además, cambios en los papeles que se desempeñan en la familia. Estos cambios son de índole muy distinta desde instrumentales (como trabajo, ingresos, nuevas tareas en la casa o en la cocina, redistribución de la casa) hasta afectivos (como las atenciones que se prestan al enfermo y a los demás, recompensas y satisfacciones que se pueden ofrecer, tiempo dedicado a prestarles atención).

Ante estos cambios en relaciones y manera de llevarlas a cabo se requiere la búsqueda de soluciones, que pueden ser más o menos novedosas y que deben ser re-elaboradas y trabajadas de manera explícita teniendo en cuenta, por lo menos, lo siguiente:

I. Se deben aclarar y poner de manifiesto las comunicaciones con los demás. Y ello implica expresar y ser receptivo/a con los sentimientos que cada uno tiene.

II. Debe tenerse en cuenta el análisis de las necesidades de los miembros de la familia. Y las necesidades de cada miembro deberían expresarse de manera franca, simple y clara (pero

no insultante ni inculpadora hacia otro miembro de la familia).

- *"Quien sabe ceder, sabe vencer"*
- *"Antes doblar, que quebrar"*
- *"Poca sal, sala; mucha, amarga"*
- *"Más moscas se cogen con una gota de miel que con un cuartillo de vinagre"*
- *"Con buenos modos lograrás, lo que con malos no podrás"*
- *"Lo que se calla, se puede decir; lo que se dice, no se puede callar"*
- *Puedes aplastar a una persona con el peso de tu lengua"*

III. La ira, nunca es buena consejera. Si es necesario hay que llevar adelante un programa específico para control de ira (tolerancia a frustración y de inoculación de estrés).

- *"Si eres paciente en un momento de ira, escaparás a cien días de tristeza"*
- *"Quien se enfurece, si no es loco, lo parece"*
- *"Tu que razones no conoces, dame voces, más no coces"*
- *"De airado a loco, va muy poco"*
- *"El horno que se inflama, si no respira, revienta"*
- *"A quien tiene malas pulgas, no le vayas con bur-las"*

IV. En el caso de vivir con pareja, debe mantenerse el equilibrio en la pareja: ambos tienen necesidades y no solamente la persona enferma. El respeto a la individualidad de cada uno es parte esencial de la convivencia. La abundancia de "silencios agresivos" indica la existencia de conflictos que deben afrontarse y resolverse de la mejor manera posible.

- *“Cada cabello hace su sombra en el suelo”*
- *“Mal es callar, cuando es tiempo de hablar”*

V. El hecho de estar enfermo no justifica que no me preocupe por entender a los demás, esforzarme por comprender lo que piensan y sienten (empatía cognitiva y emocional). Hay que intentar “ponerse en el lugar de la otra persona”. Ensayar para ello “desempeño de papeles” en función de tipos de situaciones relatadas por el enfermo y de las personas involucradas en esas situaciones. Pedir un diario semanal de incidencias y tratar de encontrar soluciones distintas y más adaptativas, en su caso.

VI. Cada persona, aparte de necesitar cierto tiempo para ella misma, requiere un “espacio vital” mínimo que debe respetarse. Cada uno de los miembros de la familia, comenzando por el propio enfermo, debe procurar que los demás no se sientan mal cuando se encuentren delante del enfermo, ni se sientan “los malos” cuando se encuentren delante del enfermo.

VII. El enfermo debe tener especial cuidado en quien pone la confianza y la amistad. Esto quiere decir, entre otras cosas, que se deben asumir riesgos en cuanto a nuevas amistades se refiere, pero debe intentarse que no sea siempre el propio enfermo quien pierda y mantenerse atento a lo que hacen los demás:

- *“Con el ingrato, no tengas trato”*
- *“Con el malo, ni a lo bueno; con el bueno, hasta en lo malo”*
- *“No digas tu menester a quien no te ha de socorrer”*
- *“Al terco verás perecer, por no echar su brazo a torcer”*

Como enfermo, toda ayuda deberá ser bien recibida. Y junto a esa recepción, cuidar especialmente la expresión de emociones: la ira, levantar la voz de forma desmedida, tener el genio muy corto, son aspectos del funcionamiento personal que deben ser disminuidos y, deseablemente, que desaparezcan.

- *“Quien se enfurece, si no es loco, lo parece”*
- *“Tu, que razones no conoces, dame voces, mas no coces”*
- *“De un hombrecillo iracundo, se ríe todo el mundo”*
- *“De airado a loco, va muy poco”*
- *“El horno que se inflama, si no respira, revienta”*
- *“A quien tiene malas pulgas, no le vayas con burlas”*

En pocas palabras: respeto a los demás y a uno/a mismo/a, empatía con las necesidades y deseos de los demás y de uno mismo, exposición clara de necesidades y respeto a la individualidad.

### **7. Realidad y realismo frente a culpa e inculpación (prescripción: “debo conocer lo que me pasa; no gano nada buscando culpables en los demás”).**

Incluso en el caso de que mi situación actual sea debida a un error médico, un accidente de tráfico del que ha podido ser responsable otra persona... el caso es que mi situación es la que es; y esos posibles “responsables” no la pueden cambiar, ni mejorar. Los demás, responsables, corresponsables o no, pueden ayudarme, pero la primera fuente de ayuda soy yo mismo/a. Si utilizo una estrategia sistemática de inculpar

a los demás y hacerles responsables de todo lo que me sucede, estoy gastando una considerable energía que mejor podría aprovechar en mejorar mi estado actual. Si puedo llegar a perdonar y no culpabilizar, tengo más recursos y reservas de energía para mirar hacia adelante y, de esta manera, crear el resto de mi vida.

El echar la culpa a los demás no tiene demasiada utilidad. Tampoco echarse la culpa a sí mismo/a. Y, usualmente la inculpación va aparejada con el deseo de que le suceda lo mismo que a nosotros (una suerte de venganza). Respuesta muy frecuente aunque con un escaso o nulo valor adaptativo.

- *“Con el mal de otro, no se cura el propio”*
- *“La maldad es un león que comienza por saltar primero sobre su amo”*
- *“El cuchillo demasiado afilado desgarrará la propia vaina”*

Se trata de una respuesta muy frecuente, pese a su falta de funcionalidad: los enfermos pasan por momentos difíciles y no han encontrado las soluciones adecuadas; y una respuesta muy frecuente es la rabia y la desesperanza, lo que les lleva a alejarse de lo que se pueda hacer que sea viable y funcional.

El empeoramiento del estado de ánimo y la encolerización del enfermo les puede llevar a “dejar frías” a las personas con las que interactúan (de hecho, representaría una versión de inculpar a los demás haciéndoles responsables de su estado), lo que “aleja” a las personas una vez han sido rechazadas con comentarios agresivos y/o desapacibles. Y con ello, se puede perder un parte relevante de apoyo social,

que es tan relevante en los estadios de crisis de enfermedad crónica.

Además, un efecto secundario de la inculpación a los demás es que se adopta por parte del enfermo, el papel de víctima y actuar como tal (con tipos de argumentación subyacente del tipo: “me suceden cosas malas y no soy culpable, alguien tendría que hacer algo para ayudarme”). Incluso siendo todo ello verdad, sitúa a la persona inculpada en indefensión (no se puede hacer nada para evitarlo).

Y sea culpable uno/a mismo/a u otra persona, o una catástrofe natural, lo que es verdad es que, cuanto menos, la persona que puede decidir hacer algo al respecto es el propio enfermo (sea culpable o no). Debería entrenarse en diferenciar entre el origen de lo que me pasa como enfermo y lo que me está pasando de hecho y me va a pasar en el futuro. Resulta más adaptativo pensar y contemplar el futuro inmediato que el pasado.

- *“Si te sientas en el camino, ponte frente a lo que aún has de andar y de espaldas a lo andado”.*

Un tema de gran interés es el del perdón, cuyos componentes psicológicos no son todavía bien conocidos (se sugieren la reconciliación por un lado y la desaparición del resentimiento por otra), así como sus efectos. Existen algunos autores que sugieren que el perdón podría representar, en situaciones de conflicto interpersonal (por ejemplo, en relaciones de abuso personal), el incremento en la probabilidad de victimización de la persona que perdona, aunque la mayoría subrayan los aspectos positivos psicológicamente.

La reacción “biológica” ante un ataque o sentimiento de ataque ha sido estudiada desde hace mucho tiempo en psicología y tiende a ser o bien una respuesta al ataque, o una huida de la situación. En el caso de presión y/o extorsión, a finales de los sesenta, se sugirió la existencia de una reacción de contracontrol (rechazo de las maniobras de aceptación del controlador). Sin embargo, trascendiendo la biología, en el caso de seres humanos, la “ley del talión” y la venganza han sido sustituidas por la “justicia”<sup>1</sup>, que no ha tenido siempre un reconocimiento satisfactorio.

El caso es, sin embargo, que operativamente, el perdón en sus dos vertientes de desaparición de resentimiento y de reconciliación se está proponiendo como un elemento positivo en sus aplicaciones a la enfermedad crónica en el sentido de que mientras la inculpción “deja las cosas como están”, llenando espacios psicológicos de resentimiento y venganza (lo que, para algunos no deja de estar justificado en un contexto cultural en el que competitividad y revancha forman elementos relevantes del talante de la ética del trabajo y del sistema de producción), el perdón permite vaciar parte al menos, de esos contenidos y permite poder hacer algo distinto, sentir algo distinto a los sentimientos negativos hacia el “agresor”, como parte integrante de una manera de sentir, pensar y hacer muy cerca de la ética humanista y de algunos movimientos espiritualistas

<sup>1</sup> Se ha dicho reiteradamente que la justicia, siendo obra humana, no satisface los deseos de “justicia” de la persona ofendida o familiares. Que la “venganza” siempre pide más y que la “justicia” es una suerte de componenda no aceptada en su totalidad (No hay justicia que satisfaga la venganza). Y el espectáculo que está dando la justicia en nuestro país deja mucho que desear y posee un amplísimo margen de mejora en todo el sistema.

y religiosos en los que se predica la necesidad de actitudes pasivas y contemplativas acerca de la realidad.

- *“El mayor gusto, el vengar; la mayor gloria, el perdonar”*
- *“Perdonar es poder vivir”*

Como enfermo, aparte de perdonar, debo asumir la responsabilidad para hacer algo por mí mismo/a y para mí mismo/a. Me encuentro en una situación en la que puedo saber como nadie lo que debería hacerse y cómo. Y dentro de todo ello, algo puedo hacer. El tomar la responsabilidad personal, ofrece la posibilidad de ejercer mi propio poder sobre las cuestiones que me preocupan y colaborar activamente en las decisiones a adoptar. Si no puedo hacer todas las cosas que se necesitan, sí puedo recabar y buscar la ayuda que estime conveniente o que pueda dentro de mis posibilidades.

- *“Dios ayuda a quien se ayuda”*
- *“Del viejo, el consejo; de la vieja, la conseja”*
- *“Vida sin amigos, muerte sin testigos”*

Eso no niega la posibilidad de que existan personas que tengan responsabilidad por haberme hecho daño, o haberse equivocado (lo que puede llevar a consecuencias legales que no hay que ignorar), de lo que se derivarían compensaciones. Y se debe actuar en consecuencia. Ahora bien, lo que importa es llevar adelante las actuaciones necesarias en los procesos legales correspondientes, pero **no se debería hacer de ello una profesión que ocupe toda mi vida** porque ni es operativo, ni lleva

consigo adaptaciones mejores, ni mejor calidad de vida para el enfermo y su familia (antes bien, se convierte en el propio sentido de vida, que se vive con odio y rencor).

• *“Venganzas justas, no hay ninguna”*

En suma: asumir la propia responsabilidad, procurar el perdón y, acompañando a todo ello, recabar las responsabilidades de los demás, si las hubiera, aunque no hacer de ello una forma de vida.

**8. Tenemos hábitos y no todos son buenos (prescripción: “tengo buenos hábitos que debo fomentar y malos hábitos que forman círculos viciosos y que deben eliminarse o, al menos, disminuir”).**

Uno de los componentes del funcionamiento personal, aparte de las creencias, los valores y los sentimientos y pensamientos son los hábitos, entendidos como pautas de respuesta que se forman con la práctica y el aprendizaje y que se desencadenan como secuencias de acciones en las situaciones de vida. Unos de estos hábitos tienen valor adaptativo (como los hábitos de aseo personal) y otros no lo tienen (como estereotipos de apoyar un pie, siempre el mismo, al levantarse de la cama; fumar mientras se toma café o pensar que los demás siempre tienen la responsabilidad de lo que me pasa y la obligación de cuidarme). Una manera muy poderosa de lograr cambios consiste en modificar los hábitos que nos caracterizan. Y, por lo que se refiere a enfermedad crónica existen unos “círculos viciosos” de hábitos disfuncionales y otros que podrían calificarse

como de “hábitos victoriosos” que nos ayudan a mejorar nuestra calidad de vida.

Uno de los hábitos que forman parte de lo que se acaba de denominar como “círculos viciosos” consiste en pensar y creer que una enfermedad dada es igual a su origen, en el sentido de que lo que la origina, la mantiene. Y eso, simplemente, no es verdad. Incluso en un plano estrictamente biológico, una dependencia genética no lleva consigo una dependencia funcional: una cosa es lo que genera una enfermedad (en el caso de conocerse) y otra, muy distinta, es lo que la mantiene como es en la actualidad. Los determinantes del origen pueden encontrarse en una situación, en un contexto de vida o en un contexto de trabajo (una atmosfera cargada en cancerígenos, por ejemplo) y, una vez generada la enfermedad, ésta se automantiene por el organismo. Una vez lesionado el corazón (lo que puede ser producido por muchas causas), la lesión se mantiene aun haciendo desaparecer lo que ha producido la lesión.

• *“Quien un mal hábito adquiere, esclavo de él vive y muere”*

Lo que puede suceder es que si el foco causal se mantiene, la enfermedad se recrudecerá o agravará, posiblemente, con el paso del tiempo y ayudada por el foco causal. Pero hay que reconocer que la salud se encuentra influida por muchas cosas, así como la conducta y los estilos de vida.

Puede servir como ejemplo ilustrativo de estos círculos desadaptativos automanteniéndose el dolor: el sentir dolor alimenta el miedo a moverse (evitación de la actividad) porque el

movimiento incrementa el dolor; ello lleva, asimismo, a la promoción de un estilo de vida sedentario, con la consiguiente protección de la zona dolorida, fijación del foco atencional sobre los síntomas que anteceden o van conjuntamente con el dolor, lo que lleva a desarrollar una mayor dependencia de la familia, una falta significativa o disminución de actividades, con la búsqueda y mantenimiento de ciertas posiciones físicas, un sueño pobre y de mala calidad y puede provocar sobrepeso... que incrementa, a su vez, el dolor. Y esto puede cerrar el círculo y perpetuarse a sí mismo.

Una manera de intentar liberarse de los círculos viciosos consiste en tomar conciencia de ellos y, de esta manera, distanciarse y no ponerlos en práctica, a lo que debe añadirse la **necesidad sentida de tomar el control personal de la propia vida**.

¿Cuándo se cambia? Es un proceso más bien lento (como movimiento de un barco navegando) porque si se hace rápido se puede fracasar. Estos cambios son de doble dirección (a veces se avanza y otras no, y se vuelve a intentar). Se facilita el cambio:

- Cuando nos hacemos conscientes de la situación y se atisba un deseo de cambio.
- Cuando pensamos que "tendríamos que".
- Cuando "sabemos cómo hacerlo".
- Cuando tenemos una alternativa viable.
- Cuando el coste de lo que seguimos haciendo es muy alto.
- Cuando pensamos que la vida sería mejor si cambiáramos.
- Recordar el mal hábito, reparar continuamente en él por parte de los demás, no ayuda al cambio, sino que "fija" el hábito.

La psicología dice que tendemos a hacer lo que nos hace sentir bien y no hacer lo que nos hace sentir mal. El problema aparece cuando ahora me siento bien haciendo algo y luego, me siento mal por haberlo hecho. O a la inversa. El tiempo vivido, tiende a hacer muy largo el "sentirse mal" y muy corto el "sentirse bien". Y para poder equilibrar este desequilibrio se puede utilizar la técnica de la visualización del proceso total, del desapego y del análisis de períodos objetivos (con marcas temporales de reloj).

- *"Casi siempre hay un mañana"*
- *"No hay mal que cien años dure"*

Ayuda al cambio cuando las conductas nuevas que se realizan son reforzantes o gratificantes para nosotros. Para ello, aplicación de técnicas de contingencia y aproximaciones sucesivas (nos aplicamos recompensas cuando lo que hacemos se acerca a lo que debemos hacer, aunque no sea exactamente lo mismo).

**9. Aprender a identificar nuestras recompensas (prescripción: "hay que aprender y hacer las cosas que nos gustan y podemos hacer; así como conocer las consecuencias que se derivan de nuestras acciones").**

Al igual que se refuerzan los buenos hábitos, se refuerzan los malos hábitos, que pueden formar parte de los síntomas. El enfermo, debe aprender a identificar los síntomas y lo que los refuerza y consolida. Usualmente, si se manifiestan síntomas que no son reforzados, poco a poco, se debilitan y pueden hasta desaparecer. Y no se debe engañar (ni engañarme)



con pequeñas trampas para no analizar los determinantes de los malos hábitos y los círculos viciosos.

Y, todo ello, con buenas maneras para con las personas que rodean al enfermo, e incluso para el propio enfermo.

- *“Con buenos modos lograrás lo que con malos no podrás”*

Las acciones y una buena parte del curso del pensamiento y de los sentimientos tienden a estar regidos por la ley empírica del refuerzo y ello no es tarea fácil de reconocer y aceptar, en especial, si se trata de identificar los síntomas que nos aquejan, porque estamos “acostumbrados” a ellos y nos parecen connaturales y que no siguen más ley que la propia y específica de la enfermedad, a la que estamos casi acostumbrados. Esta unión debe romperse y mantenerse atento a ella

- *“No te debes acostumbrar a lo que no puedes alcanzar”*

Hay que ser consciente de que los síntomas pueden ser útiles para alcanzar un propósito o una meta y, por ello, ser reforzados por una o más razones.

- La salud está influida por muchas cosas, que incluyen la conducta y las creencias. El creer que se tiene una enfermedad con unos síntomas característicos puede apoyar la aparición y consolidación de esos síntomas cuando pueden bien no haber aparecido.
- Los seres humanos hacen y admiten muchas cosas, no siempre de manera consciente y

cabal, por lo que existen muchas parcelas de conducta de las que no nos damos cuenta.

- En muchas ocasiones se debe trabajar el cambio en actitudes y creencias acerca de la salud y de la enfermedad, en especial cuando van acompañadas de connotaciones negativas. Se trata de la aplicación de técnicas de cambio de creencias (con contrastación de predicciones o la utilización de cursos de pensamiento que llevan al absurdo, por ejemplo) que, aunque costosas, son útiles. El terapeuta debe “dar tiempo” y no apresurar el cambio, sino respetar y animar a que el propio enfermo vaya reconociendo la necesidad.
- Todo cambio posee efectos positivos y negativos. Y debería distinguirse entre ellos y
- No somos siempre conscientes de lo que nos refuerza.

Los refuerzos que se reciben (incluso las autorecompensas) pueden llevar a “confundir” lo que se refuerza y sus consecuencias a medio y largo plazo. Esta confusión dificulta la recuperación porque se confunde la causa con el efecto (consecuencia). Como enfermo debo tomar conciencia que existen muchas más pérdidas que ganancias por estar discapacitado.

Debe tenerse claro que si existen alternativas, los síntomas no son reforzados directamente. Así, por ejemplo, si la vida en pareja funciona bien, se ha observado que disminuyen considerablemente los síntomas de fibromialgia, que a veces se utilizan, sin saberlo, para llamar la atención.

Para poder identificar las recompensas que son eficaces para una persona hay que preguntarle a ella, por una parte y, por otra, observar

en qué ocupa el tiempo. Fuera del horario laboral, se suele ocupar el tiempo libre en aquello que es más satisfactorio. Y esas satisfacciones pueden ser mediatas o inmediatas; materiales (como objetos materiales) o sociales (como el reconocimiento social, la respuesta positiva de halago de los demás); específicas o inespecíficas (las inespecíficas, como el dinero, pueden ser aplicadas en contextos muy distintos), heteroaplicables (dados por agentes externos) o autoaplicables (aplicado por uno/a mismo/a), etc. Y además, su valor no es absoluto sino relativo en el sentido de que su valor depende del asignado por cada persona. Tienden a ser más eficaces las recompensas inmediatas y por su propia dinámica, estas recompensas pueden ir "gastándose" o desgastando su valor con el uso repetido, por lo que deben existir listas de "sustitución" de unas recompensas por otras. Se deberían ilustrar cada uno de los polos que se acaban de diferenciar; y estas diferenciaciones deben moverse en un nivel conceptual y aplicado (con ejemplos de la vida cotidiana del enfermo).

Una variante importante en humanos es la aplicación contingente de recompensas dependiente de "contratos" (los hay de distintos tipos) que pueden llegar a firmarse entre las partes comprometidas con el cambio. Y que deben cumplirse en los términos en los que se han redactado, aceptado y firmado. Que tienen una duración (usualmente una semana, que puede ampliarse y modificarse a medida que se va avanzando).

**10. Búsqueda de independencia, no de individualismo egoísta (prescripción: "como enfermo puedo ser dependiente de personas, medicinas o hábitos sin valor funcional; y debo liberarme de esas dependencias y convertir las dependencias en actividad autónoma").**

El estar enfermo no me libra de ser dependiente de muchas cosas tales como personas, medicinas, alcohol, algunas organizaciones, objetos o ideas; antes al contrario. Puedo ser muy dependiente sin darme cuenta de ello. Y debo mantenerme atento a esas posibles dependencias.

Existen muchas dependencias que pueden incrementarse en la enfermedad crónica y debe prestarse atención a algunos indicadores:

- Existe una interdependencia normal entre personas, pero si en esas relaciones se nos limita excesivamente o se paga un coste por ello muy alto (eliminación de intimidad, por ejemplo), esta relación es excesivamente dependiente y debe re-equilibrarse. Lo cual no quiere decir que no debe existir relación.

• *"El miserable, por no dar, no quiere tomar"*

- Existen una serie de recomendaciones que pueden ser útiles en este punto:
  - No se deberían aceptar informaciones de profesionales si no se las ha entendido. Lo que habla un profesional de la salud debe ser entendido y pedir las aclaraciones pertinentes.
  - No se debería seguir un tratamiento farmacológico sin hacer, a la vez, replantea-

mientos y acciones para cambiar el estilo de vida del enfermo.

- No se debería tomar un régimen farmacológico que presente efectos secundarios claros, sin informar de ello al médico.
- Tener cuidado en intentar “olvidar” la enfermedad a base de estrategias de escape como tomar alcohol, o drogas.
- Una manera segura de no salir de una situación es mantenerse quieto sin intentar cambiar nada, en especial si la situación, la idea o la creencia es desadaptativa.
- La independencia debe ejercitarse, como las habilidades y la voluntad. Y, para ello:
  - Procurar ser un/a compañero/a en la vida familiar, para los amigos y en el trabajo, no una persona dependiente de los demás.
  - Ayuda, a lograr esa independencia, el análisis racional y desapasionado de las cosas que puede hacer el enfermo y las que no.
- Se debe promocionar el uso “sabio” de las cosas, lo que significa analizar y aislar las cosas que me hacen fuerte como ser humano, o que me permiten crecer de una u otra manera. Y, desde aquí, intentar controlar mi propia vida, ser autor y guionista de ella y no u mero intérprete de los guiones que hacen los demás o los acontecimientos.
- Una posibilidad para ello sería analizar lo que es “propio mío” (esencialmente mío, no accidental, como las propiedades materiales) y lo que “no es propio” (bienes materiales, familia, hijo), sino prestado. O, dicho con otras palabras, introducción al estoicismo como posición de vida.

- *“No te metas donde no puedas salir”*
- *“Más vale ser cocinero que pollo”*
- *“Labrador astuto, no labra la tierra que no da fruto”*
- *“El pez que busca el anzuelo, busca su duelo”*

**11. Apertura física, mental y social (prescripción: “tengo que mirar hacia adelante y mantenerme atento a la vida, ideas y formas de hacer distintas, como forma de ayuda personal”).**

Como ser vivo, y humano, que sigue con vida y relaciones con los demás, debo mantenerme abierto a la vida, a las ideas y modos de hacer distintos. Y ello, como una forma de ayuda personal y para ayudar a los demás. Esa apertura implica, entre otras cosas:

- Mantener los avances logrados hasta el momento. Como la escalera, la vida tiene rellenos para poder parar y visualizar lo hecho y lo que falta por hacer.
- Desarrollamos las nuevas acciones y los nuevos hábitos igual que hemos hecho con los antiguos: práctica, querer hacer, pensar en ello y promoverlos.
- Debo estar preparado/a para poder superar las dificultades. Esperar que vengan, pero ello no debe impedir disfrutar.
- Debo recordar los avances y los pequeños logros alcanzados y estar contento/a por ello.
- Ayudar a los demás reporta beneficios para uno/a mismo/a. Esto desarrolla el sentimiento de ser útil y valioso/a.

- *"Dar gusto, da gusto"*
- *"Quien sólo se come la gallina, sólo se halla en la riña"*
- *"Vida sin amigos, muerte sin testigos"*

Debe mantenerse y cultivarse las relaciones interpersonales, que en la enfermedad crónica, son muy sensibles al cambio. Para ello cultivar especialmente la cordialidad y el respeto. Habría que anotar, con todo, que el respeto hacia los demás es importante aunque tiene como limitación la defensa del propio derecho o que, por exceso de respeto, no se digan las cosas que son relevantes:

- *"Bueno, aconsejar; mejor, remediar"*
- *"Quien tiene vergüenza, ni come, ni almuerza"*

No solamente el enfermo, pero también el enfermo, tendrá que cuidar en quien se deposita la confianza y la amistad, para evitar desengaños y disgustos. Lo que implicaría que se debe confiar, solamente hasta cierto punto, con las nuevas personas que entran a formar parte de la vida personal del enfermo:

- *"Con el ingrato, no tengas trato"*
- *"Con el malo, ni a lo bueno; con el bueno, hasta en lo malo"*
- *"No digas tu menester a quien no te ha de socorrer"*
- *"Cumple con todos, fía de pocos"*
- *"Al terco verás perecer, por no echar su brazo a torcer"*

En resumen: debe mantenerse la mente abierta a los cambios que se produzcan y, en

especial a las relaciones personales con lo que implica de ideas, creencias y sentimientos. Es posible que aparezcan nuevas amistades y, en todo caso, hay que estar atento acerca del tipo de personas que conocemos y con las que nos relacionamos.

## **12. Mantener el sosiego y la paz interior (prescripción: "debo soslayar los focos de estrés que no sean absolutamente impresionables").**

A sabiendas de que la enfermedad crónica representa una sucesión de estresores incapaces, que van cambiando de intensidad y frecuencia, resulta de gran interés afrontar las diversas situaciones con estilos de afrontamiento más bien sosegados y tranquilos, para poder mantenerse a lo largo de todo el tiempo. Debería tenerse presente que el estrés (los sucesos vitales estresantes, incluso los de poca intensidad) posee efectos acumulativos y que se requieren tiempos de "respiro" para poder recuperarse de los estresores diarios. Tanto los fastidios como los estresores de intensidad intermedia (los denominados "sucesos vitales estresantes") poseen efectos acumulativos sobre la persona que los sufre y ante ellos una alternativa eficaz es la de mantener la calma y utilizar estilos de afrontamiento eficaces para resolver las situaciones. El meliorismo, o "deberismo" que se imponen en muchos casos a los pacientes resulta contraindicado porque representan tensiones añadidas. El desapego de las situaciones y el "dar tiempo al tiempo" junto con el control emocional y el cultivo de habilidades de solución de problemas interpersonales son elementos a tomar en consideración.

- *“Reírse de todo y no apurarse por nada, vida larga y descansada”*
- *“Ande yo caliente y ríase la gente”*
- *“Si sale con barbas, San Antón y si no, la Pura Concepción”*

### Nota final

En buena cuenta, lo que antecede es un “informe de progreso” (el cuarto) de una idea básica que ha surgido de la preocupación por ofrecer ayuda psicológica que entienda el enfermo y, también, a partir de las vivencias del autor con la enfermedad crónica en distintas fases de su evolución (y, naturalmente, hasta el momento). El enfermo crónico tiende a sufrir de episodios de depresión con cierta frecuencia y de ansiedad, que no son tratadas por el médico especialista y que, mientras si está hospitalizado, los servicios psicológicos se encuentran del todo ausentes. Y la psiquiatría de enlace no acaba de ofrecer los servicios requeridos. Además, en más de una ocasión, los tratamientos farmacológicos pueden tener efectos secundarios no positivos para la enfermedad en cuestión.

En este trabajo se ha hecho una presentación dirigida prioritariamente a profesionales y en donde se ha jugado entre el discurso estrictamente profesional y la narrativa de vida, intercambiando la construcción impersonal con la personal y de primera y tercera persona en un intento por acerca al lector al tipo de problemática que suelen presentar los enfermos. No se ha intentado una descripción de técnicas concretas (lo que se puede encontrar en los manuales al uso) para el tratamiento de

casos con psicopatología clara, sino un estilo de pensamiento que ha servido de ayuda a personas que sufren enfermedades crónicas y en donde se ha primado el sentido común y la sabiduría popular. La selección de refranes que se ha hecho no quiere decir que sean todos los relevantes y el autor anima a los profesionales interesados en la búsqueda y aplicación de otros que consideren más oportunos. Sin embargo, el autor debe reconocer que los que aquí se encuentran (mezcla de refranes y proverbios) han sido útiles en fases distintas del programa.

Y, finalmente, para el dominio de lo que antecede se requiere, junto a una buena preparación en psicología clínica, un bagaje, lo mayor y mejor posible de literatura y la mayor familiaridad posible con los clásicos de la literatura y del pensamiento. Como sucede con temas complejos, se trata de un acercamiento que puede servir para que otros expliciten el suyo propio. Es otro trabajo el que debe ocuparse de la justificación académica de muchas de las afirmaciones que en las páginas anteriores se encuentran.

### Bibliografía sugerida

- Correas, G. (1924). *Vocabulario de refranes*, Madrid: Tipografía de la Revista de Archivos.
- Correas, G. (1992). *Vocabulario de refranes y frases proverbiales y otras fórmulas comunes de la lengua castellana en que van todos los impresos antes y otra gran copia*, Madrid: Visor Libros.
- Martinez Kleiser, J. C. (1989). *Refranero general ideológico español* (2.<sup>a</sup> reimp.). Madrid: Editorial Hernando.

- Pelechano, V. (1990). La psicología de los refranes: un recurso soslayado por la evaluación psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 46-47, 37-49.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad* (2.ª ed., 2012). Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V. (2008). *Enfermedad crónica y psicología*. Madrid: Klinik.
- Pelechano, V. (2010). *Tratamientos psicológicos en enfermedades crónicas*. Madrid: Klinik.
- Pelechano, V. (2012). *La psicología de procesos complejos: el caso de la sabiduría*. Discurso de imposición de doctorado Honoris Causa de la Universidad de Huelva, 8 junio 2012. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Huelva.
- Pelechano, V., García, L., & Fumero, A. (2004). Refranes y sabiduría: el cuestionario REF-PRUD-1 de Pelechano: teoría, lógica y datos de validación, *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 5-50.
- Rodríguez Marín, F. (1926). *Más de 21,000 refranes castellanos*, Madrid: Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos.
- Sbarbi, J.M. (1875). *El refranero general español*, Madrid: A. Gómez Fuentenebro. Vols I, II, III, IV, V, VI y VII.