

Tolerancia al malestar durante el proceso rehabilitador

Tolerancia al malestar durante el proceso rehabilitador

autor: Pilar Fernández Marín 2009
Hospital Asepeyo Coslada

1. Introducción

En la era altamente tecnológica en que vivimos, parece que el ser humano se levanta como un coloso por encima de los elementos y circunstancias para ejercer el control. Que nada se le escape a este pequeño dios capaz de llegar a la luna, espiar Marte o volar cómodamente sentado por encima de las nubes, y según pasa el tiempo la ciencia sigue avanzando... trasplantes de corazón, reimplantación de miembros, clonación de ovejas... Excepto la muerte, casi nada se le escapa al animal más perfecto de la creación. Y en este ambiente de aparente seguridad tecnológica y científica nacen, crecen y se reproducen nuestros “cachorros”, aquellos que más tarde obtendrán estatus de hombre. Analicemos qué clase de hombres estamos “amasando” inmersos en la cultura de la abundancia, de la obtención instantánea de nuestros deseos, del control y... de la “ínfima tolerancia a la frustración”.

¿Pero qué entendemos por baja tolerancia a la frustración? En psicología utilizamos este concepto para señalar la incapacidad humana a la hora de tolerar las pequeñas frustraciones diarias, permaneciendo en la creencia de que la vida debe ser cómoda (Ellis y Dryden, 1989). Lega, Caballo y Ellis (1997) la definen como “la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y calificarla como insufrible, ya que la persona considera que no podría experimentar ninguna felicidad, bajo ninguna circunstancia si esta situación se presentara en su vida”. Nuestro objetivo, por supuesto, sería incrementar la tolerancia, sobre todo en momentos especialmente difíciles como podría suponer un ingreso hospitalario o un largo proceso rehabilitador. Para conseguirlo, en primer lugar deberíamos analizar cuáles son los “tiranos mentales” (sobre los “otros” no podemos hacer nada) a los que nos vemos sometidos, es decir, estudiar la forma disfuncional que tenemos de pensar a causa de la cual nos perturbamos.

Buceando en la literatura encontramos otro concepto muy similar al de tolerancia a la frustración, y es el de “Tolerancia al malestar” ¿Qué es la tolerancia al malestar? “ Es la habilidad para percibir el propio ambiente sin querer que sea diferente, para poder experimentar el estado actual sin intentar cambiarlo y para observar las pautas de los pensamientos y acciones propios sin intentar controlarlos ni detenerlos” (Linehan, 2003). Esta habilidad sería lo opuesto a la baja tolerancia a la frustración. Para incrementarla, no debemos perder de vista que nuestra capacidad de sufrimiento va mermando de día en día y nuestras exigencias dogmáticas aumentando en la misma medida, éstas a veces las formulamos en forma de “deberías” (Lega, Caballo y Ellis, 1997). Podríamos definir de forma clara un “pensamiento debería” como aquel que nos sobreviene cuando creemos saber de forma dogmática cómo tendrían que actuar los demás y también nosotros mismos (Fernández-Marín y Oliva, 2002). “No debería sentir tanto dolor”, “Ellos deberían haberme curado ya”... Podríamos afirmar que cuanto más importancia les demos, mayor será nuestra dependencia y menor nuestra tolerancia a la frustración.

Si a la escasa tolerancia al malestar le añadimos unas deficitarias habilidades de afrontamiento, puesto que las veces que hemos padecido incomodidad o hemos sido sometidos a disciplina son escasas, obtendremos de esta nefasta combinación un proyecto de auténtico individuo neurótico.

2. Tolerancia a la frustración en el hospital

Siguiendo el hilo argumental del artículo, la educación en la abundancia nos hace fundamentalmente débiles y dudosamente más felices, y este déficit se hace más patente y crítico en un hospital, donde padecemos dolores, pérdida de libertad y justificada frustración. Por todo ello, aprender a manejar el dolor será siempre importante, cuanto más durante un período de hospitalización, momento en el que nos encontramos especialmente debilitados anímicamente. Pero el manejo del dolor y de la frustración nunca es fácil, y si la persona se considera especialmente débil, con desajustes psicológicos, o sencillamente ha sido educada en un ambiente derrotista, las dificultades evidentemente se multiplicarán pudiendo llegar el momento en que podremos ser víctimas de la “falacia autocumplida”. Es decir, que al final si nos empeñamos se cumplirán nuestros peores pronósticos, pero no precisamente por nuestras dotes para predecir el futuro, sino por nuestro empeño tan catastrofista de predicción. Veamos un ejemplo: si yo pienso que “como soy débil no podré soportar esta lesión y por tanto me hundiré”, posiblemente así será, porque al creernos poco capaces, nuestra lucha será mucho menos intensa, porque no confiaremos en nuestras capacidades y desde el primer minuto seré una persona entregada a la fatalidad del destino, que además se queja de su suerte y de su falta de determinación. De esta forma se da la circularidad del razonamiento: “Como soy débil pienso que me deprimiré y al no hacer nada para no deprimirme porque creo que carezco de recursos, efectivamente me deprimiré y entonces pensaré que me he deprimido porque soy débil para afrontar el destino”.

Como hemos visto, la conjunción baja tolerancia a la frustración con pensamientos irracionales de tipo derrotista, pueden llevar al paciente obligado a superar un tiempo duro de rehabilitación, a un desajuste emocional e incluso a un proceso de recuperación peor, más doloroso y largo.

Por todo lo anterior vamos a pasar a dar algunas estrategias de utilidad contra la fatídica “baja tolerancia a la frustración”.

3. Estrategias activas contra la frustración

3.1. Reestructuración

Consiste en un proceso por el cual cuando un paciente haya tomado consciencia de que se encuentra en un momento de escasa estabilidad emocional, se pare a evaluar y cuestionarse la

forma irracional que tiene de pensar. Una vez realizado este análisis, deberá proceder a cambiar sus cogniciones más negativas desarrollando en general nuevos pensamientos y más funcionales métodos de afrontamiento del malestar emocional. Por ejemplo: si el paciente se dice a sí mismo “no soportaré tanto tiempo de rehabilitación”. En primer lugar lo que deberá hacer es plantearse la veracidad de su afirmación “¿Es esto cierto? ¿Cómo puedo saber que no lo soportaré? Sencillamente no lo puedo saber, no tengo para ello ninguna evidencia, además, en mi vida me he tenido que enfrentar a situaciones realmente duras y nunca antes que yo recuerde, me he dejado vencer, así que no veo por qué tendría que hacerlo ahora”. Este sería en esencia un ejemplo de debate típico de la técnica de reestructuración que estamos presentando. La eficacia de este tipo de estrategias cognitivas es muy alta en todos los estudios controlados.

3.2. Flujo o experiencia óptima

Entendemos por “flujo” o “experiencia óptima”: “Una sensación de que las propias habilidades son adecuadas para enfrentarse con los desafíos que se nos presentan... La concentración es tan intensa que no se puede prestar atención a pensar en cosas irrelevantes... La conciencia de sí mismo desaparece, y el sentido del tiempo se distorsiona. Una actividad que produce tales experiencias es tan agradable que las personas desean realizarla por sí misma” (Csikszentmihalyi, 2005). A la luz de la definición de “flujo” de su creador (Csikszentmihalyi, 2005) podemos entender las importantísimas cualidades benéficas que podría tener sobre cualquier persona (cuanto más sobre un paciente) cultivar la práctica de la consecución del “flujo” en sus actividades cotidianas o incorporar a sus labores habituales cualidades de experiencia óptima. Esto se podría conseguir intentando alcanzar el equilibrio entre el desafío percibido y las habilidades que poseemos para realizar la tarea que deseamos.

El mayor problema que se nos podría presentar es que en general este tipo de “actividades de flujo”, “sirven para alcanzar momentos fugaces de éxtasis, pero no sabemos mantenerlos en el tiempo, por lo que para ello debemos recurrir a fórmulas de aprendizaje, más sofisticadas” (Fernández-Marín y Fernández-Marín, 2005), pero no debemos desanimarnos por ello, sino perseverar hasta que descubramos qué tipo de prácticas nos generan más placer, y también deberíamos estudiar dentro de la amalgama de tareas obligatorias a desarrollar, fórmulas eficaces para alcanzar el “flujo”.

3.3. Sobrevivir al dolor

A la ya explicada reestructuración cognitiva y la búsqueda de “flujo”, le podemos añadir otros 4 grupos de estrategias importantes para tolerar y sobrevivir al dolor (Linehan, 2003):

1. Distraerse
2. Proporcionarse estímulos positivos

3. Mejorar el momento
4. Pensar en ventajas e inconvenientes

4. Superación del malestar. Pretensión humana

“Dar con un método que ayude siempre frente a toda suerte de problemas es un anhelo humano comprensible, pero también una quimera” (Barraca, 2005).

De quimera califica Barraca (2005) la idea de la superación permanente de problemas, y aunque visto en frío, todos parecemos aceptar las frustraciones de la vida, llegada la hora no es así, sino que nuestra naturaleza humana se impone, y por supuesto, esperamos la solución rápida e incluso mágica de nuestras aflicciones. Esta enfática evitación del dolor es precisamente la que desaconsejan importantes autores como Wilson y Luciano (2002), éstos afirman que el dolor es una parte de nuestra existencia que nadie puede evitar y que si nos empeñamos en intentarlo decididamente lo que conseguiremos es elaborar un trauma, el cual definen como “dolor más una respuesta destructiva al dolor”. Por tanto, la propuesta de estos psicólogos es que dejemos de controlar la vivencia de dolor (cuando hay una pérdida irreparable), para centrarnos en continuar escribiendo nuestra vida mientras éste persiste y a pesar del mismo. Es probable que de esa forma nos sintamos más satisfechos y felices. “Debemos movernos, intentar cosas distintas, mantener una mente abierta, probar... y, sobre todo, tomar en consideración qué sucede cuando nos enfrascamos en una u otras actividades” (Barraca, 2005).

¿Qué ocurre con el rehabilitando? Como no podía ser menos, la frustración que produce el “descarrilamiento de la vida” tras un accidente, y la obligación de someterse a veces a un largo y penoso proceso rehabilitador, produce una altísima frustración, directamente proporcional a la gravedad de las lesiones y a la intolerancia del paciente a su propio malestar. Para ello en tanto que psicólogos y enfermeros rehabilitadores y persiguiendo los propios objetivos de nuestra especialidad (ver Fernández-Marín y Fernández-Marín, 2005 y Salvadores, 2003) nos vemos obligados a prestar de forma decidida toda la ayuda que seamos capaces de proporcionar, para ello intentaremos desarrollar las habilidades de aceptación de Linehan (2003):

1. Aceptación radical
2. Dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación
3. Buena disposición frente a la terquedad

5. En conclusión:

Procurar tolerar y aceptar el malestar con la mejor predisposición, mientras, como aconsejan Wilson y Luciano (2005), continuar con nuestra vida, pero... no olvidar las potentes y eficaces técnicas de control de la frustración para sentirnos activos y fuertes mientras duren los períodos vitales indeseables.

6. Bibliografía

- APA (1994). "Rehabilitation Psychology. An Invitation to Membership". Division 22, American Psychological Association.
- Barraca, J. (2005). "La mente o la vida. Una aproximación a la terapia de aceptación y compromiso". Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Colección Serendipity.
- Csikszentmihalyi, M. (2005). Fluir. "Una psicología de la felicidad". Barcelona: Editorial Kairós.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). "Práctica de la terapia racional emotiva". Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernández-Marín, P. y Fernández-Marín, J.R. (2005). "Del chamuscado Burnout al entusiasta engagement". Notas de enfermería, Diciembre, nº21, 19-23.
- Fernández-Marín, P. y Fernández-Marín, J.R. (2005). "Psicología y enfermería de la rehabilitación, especialidades complementarias". Info-Trauma, Octubre, nº 6, 27-32.
- Fernández-Marín, P. y Oliva Real, M. (2002). "Aspectos Psicológicos de la relación profesional de enfermería-paciente quirúrgico torácico". En J.L. Balibrea y S. Blanco, Manual de enfermería y cirugía torácica, Madrid: Ediciones Doyma.
- Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1997). "Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductua". Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Linehan, M.M. (2003). "Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite". Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Salvadores, P. (2003). "Enfermería y rehabilitación. Un proyecto de futuro". Rehabilitación. En: Miangolarra, J.C., Alguacil, I. M^a, Águila, A.M. (Eds.) Clínica Integral (102-107). Barcelona: Editorial Masson.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). "Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores". Madrid: Ediciones Pirámide.



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO
Y ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

902 151 002

www.asepeyo.es