



<http://www.medicosdeelsalvador.com>

Este artículo médico salió de la página Web

[Médicos de El Salvador](#)

Fue escrito por:

[**Dra. Ana Isabel Avalos**](#)

Médico Psiquiatra

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctora/avalos>

Todos los derechos reservados.
Prohibida su reproducción.

REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE LA ENFERMEDAD

Docente: Dra. Ana Isabel Avalos.

Maestría en Psicología Clínica.

Universidad Dr. José Matías Delgado.



ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PAPEL DEL ENFERMO.

- MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA LA TENSION:
- Parte de lo que determina la adaptación del individuo a la enfermedad es el patrón de mecanismos de defensa contra la tensión.
- Pacientes de “funcionamiento alto” suelen recurrir a estilos de adaptación de tipo mas maduro. Concediendo atención al humor, a la capacidad de retrasar la gratificación y al altruismo.
- Mecanismos menos saludables incluyen negación, ira, auto culpa. Los pacientes estén mas expuestos a retirarse de sus contactos sociales y aislarse.
- Otras personas suelen sentirse mas abrumadas y emocionalmente atónitas “desean llamar la atención y olvidan tomar sus medicamentos”.



LA ANSIEDAD Y DEPRESION:

- Indican que estos mecanismos de defensa no logran controlar la tensión que el paciente experimenta.
- El nivel de tensión del paciente también depende de su experiencia previa o de la exposición de su familia a enfermedades graves.
- Estilos de adaptación se caracterizan por:
 - Mecanismos internos de adaptación:
 - suelen efectuar adaptaciones emotivas ante las tensiones de la vida.
 - Mecanismos externos de adaptación: tiene mas probabilidades de intentar modificar las circunstancias del mundo que los rodea.



REGRESION.

- La mayoría de individuos experimenta regresión cuando afronta alguna enfermedad que pone en peligro su vida.
- Es decir recurre a mecanismos de defensa mas primitivos y a menudo infantiles cuando esta enferma.
- Algunas personas que suelen funcionar bien quizás repentinamente cumplan con los criterios de algún trastorno de personalidad, pero recuperan su nivel de funcionamiento previo cuando la tensión pasa o cuando logran efectuar una adaptación a mas largo plazo.
- Los pacientes con mayores niveles de dependencia, paranoia y otros comportamientos aberrantes hacia los miembros de la familia y sus médicos.



PAPEL DEL ENFERMO

- El sociólogo Talcot Parsons propuso el termino papel del enfermo para definir los atributos sociales especiales que se le conceden a las personas enfermas.
- Ganancia Secundaria: la reducción de la tensiones
- interpersonales que se produce por el cambio de las relaciones del paciente con sus familiares, amigos y colaboradores y con el personal medico que se asocian con el papel del enfermo.
- Incluyen: regresión, mayor dependencia de otras personas y profesionales.



EFECTOS DE LA ADAPTACION A LA ENFERMEDAD SOBRE LA PERSONALIDAD.

- La personalidad determina el patrón de respuestas para adaptarse a la tensión.
- El estilo del paciente a menudo se acentúa como resultado de la tensión inducida por la enfermedad y afecta su capacidad para efectuar las decisiones necesarias y procesar la información.
- Los rasgos de personalidad pueden intensificarse en caso de tensión es probable que dichos rasgos emerjan al tratar con profesionales de la salud.



RASGOS DE PERSONALIDAD

- Un paciente ansioso quizá dependa de manera excesiva de su médico.
- El paciente que tiende al temor y la paranoia probablemente no confíe en los profesionales de la salud y exprese ira con respecto a peligros imaginarios a causa de la supuesta incompetencia médica



ETAPAS PSICOLOGICAS DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD MEDICA.

- Los trastornos de ansiedad que ocurren con frecuencia en pacientes con enfermedades medicas incluyen Trastornos de Adaptación, de Pánico, de Ansiedad Generalizada y de Tensión Postraumática.
- En muchos aspectos reaccionan de manera similar a las personas con Trastorno de Estrés Postrauma.
- Estado de choque, estados disociativos.
- Algunos de estos estados son transitorios otros duran varias semanas



ANSIEDAD.

- A menudo los pacientes se sienten abrumados por la naturaleza y cantidad de la información por lo que es necesario ajustar adaptándola al estilo emotivo de cada paciente.
- Si estas afecciones se dejan sin tratar pueden complicarse con depresión o uso de sustancias.
- Antes de tratar excluir causas clínicas de ansiedad: embolias, medicamentos, anormalidades de electrolitos o usos de sustancias.
- Estudios recientes revelan una elevada tasa de síntomas congruentes con T. Estrés Postraumático después del diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves.
- Ansiedad, mayor vigilancia ante los peligros y pensamientos e imágenes obsesivas en el estado de alerta (recuerdos retrospectivos) y pesadillas. Se han reportado cambios de imagen corporal.



NEGACION.

- Al pasar la fase de choque e incredulidad entran un periodo que se caracteriza por episodios de negación leve.
- Se “olvidan” que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida.
- Fase natural del proceso de adaptación a la enfermedad.
- Parece ayudar al sujeto a evitar el impacto psicológico total y le ayuda a reunir fuerzas y ajustarse para adaptarse a un plazo mas prolongado.
- La negación suele disminuir en el transcurso del tiempo y no es tan completa.
- Es una fase **TOTALMENTE NORMAL**



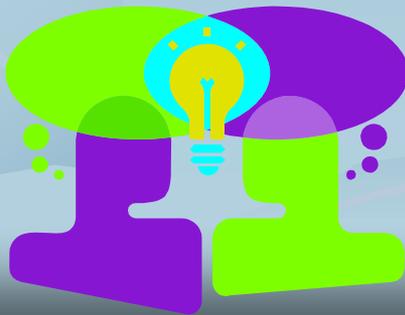
PROBLEMAS CON LA NEGACION.

- El paciente evita cualquier cosa que le recuerde su padecimiento.
- Afecta su capacidad para cumplir citas y toma de medicamentos.
- Ej.: hipertensión las tasas de apego al tratamiento son del 20% al 30%. Retraso en solicitar tratamiento en pacientes cardiacos.
- En casos poco usuales la negación alcanza grados tan extremos que los esfuerzos del paciente por negar o distorsionar la información tiene aspecto de delirio.
- Es frecuente en pacientes que usan sustancias a dosis fuertes o padecen trastornos de personalidad y están expuestos a psicosis y delirios.



COMO TRATAR PACIENTES CON NEGACION.

- El mejor método para tratar pacientes con negación es no confrontarlo o hacerlos comprender el mecanismo que están empleando.
- Es un mecanismo de defensa primitivo y automático que se base en la disociación y represión. Los esfuerzos por limitar su uso pueden producir mas ansiedad.
- Dirigirse al paciente con objetividad: sin mostrar ira o frustración
- El contacto con pacientes que padecen la misma enfermedad, individual o en grupo evitara las dificultades que surgen de la interacción con figuras de autoridad.
- Permitir que el tiempo pase y adoptar una actitud crítica quizá produzca mejores resultados



NEGACION.

- Estar alerta ante la presencia de otras perturbaciones psiquiatricas importantes que puedan estar asociadas con formas graves de negación.
- Cualquier problema de procesamiento de información indica la necesidad de una detección cognoscitiva para determinar si existe problemas de memoria derivados de una causa medica: demencia, delirio.
- El uso de sustancias en general y alcohol en particular También producen problemas graves de memoria de tipo agudo y crónico.
- Los pacientes con trastornos de personalidad pueden estar dispuestos a emplear la negación para distorsionar la información.



DEPRESION.

- La depresión en personas con enfermedades médicas a menudo es poco reconocida y no recibe tratamiento.
- Muchos clínicos emplean sus propias expectativas subjetivas para predecir la posible respuesta de los pacientes ante la enfermedad.
- Hasta hace poco la depresión en
- paciente médicamente enfermos se consideraba adecuada, en particular en personas que afrontaban diagnósticos terminales.
- Debida a esta generalización tan amplia, muchas personas nunca recibieron tratamiento para la depresión y quedaban condenadas a un sufrimiento emocional extremo.



INCIDENCIA DE DEPRESION EN ENFERMEDADES MEDICAS.

- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Alzheimer 30 -50%
- Enfermedad de Huntington.
- Apoplejía
- Epilepsia 55%
- Cáncer 5-50%
- Diabetes 15-20%
- Enfermedades cardiacas 20%
- Infección por HIV 10-20%



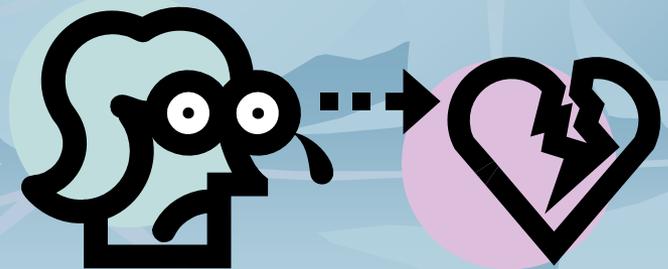
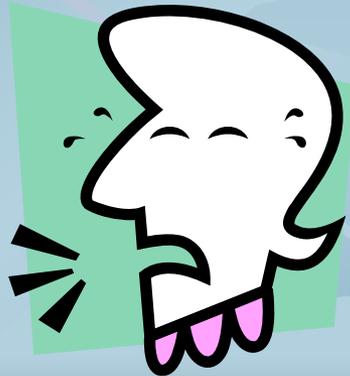
CAUSAS DE DEPRESION

- En trastornos del SNC:
daños físicos al SNC
- Desequilibrio resultante
en los
neurotransmisores o el
impacto psicológico de
procesos físicos de la
enfermedad,
limitaciones físicas y
ansiedad con respecto al
pronostico.



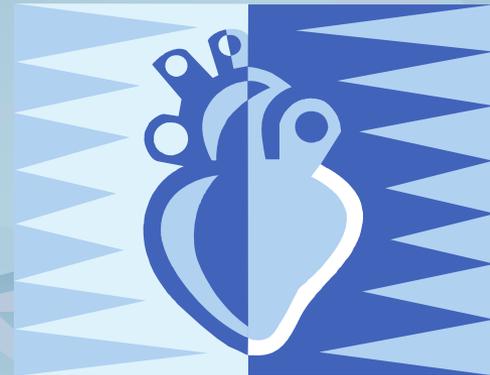
MANIFESTACIONES CLINICAS DE DEPRESION.

- Sufrimiento emotivo y afecta en forma considerable la salud física del individuo.
- Se vincula con falta de adherencia a los regimenes de tratamiento, estancias hospitalarias mas largas y morbilidad y mortalidad significativamente mas altas..



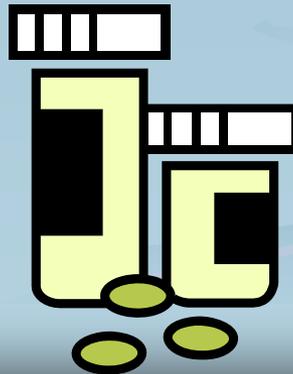
DEPRESION EN PACIENTES CARDIACOS.

- Las personas deprimidas tiene 4.5 veces mas probabilidades de presentar infarto al miocardio que sus compañeros no deprimidos y dos veces mas probabilidades de tener que someterse a cirugía de derivación coronaria en el siguiente año.
- Seis meses después de un ataque cardiaco la depresión y no otros marcadores fisiológicos haya sido el factor mas importante para predecir la muerte.
- En el seguimiento 18 meses despues, la depresión fue el segundo indicador pronostico de mayor importancia.
- En estudios actuales se intenta delinear el mecanismo, por el cual la depresión aumenta el riesgo de muerte y morbilidad.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESION.

- Descartar o dar tratamiento a otros factores médicos que quizá ocasionen o exacerben la depresión:
- Revisar los medicamentos que el paciente este tomando: esteroides, manipulación hormonal, bloqueadores H2, Benzodiazepinas.
- Si no es posible suspenderlos la reducción de dosis es conveniente.
- Se someterá a detección de uso de sustancias a los pacientes ya que puede desarrollarse o exacerbarse la dependencia conforme intentan afrontar la tensión que les provoca su enfermedad.



TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAS MEDICAMENTE ENFERMAS.

- Medicamentos: ISRS, antidepresivos triciclicos.
- Psicoterapia: altamente eficaz en pacientes en ansiedad y depresión de personas médicamente enfermas.
- La psicoterapia proporciona un foro neutral en el cual los pacientes pueden expresar sus temores sin preocuparse de las restricciones usuales de tiempo que tienen otros médicos especializados.
- Ayuda a desarrollar y probar estilos alternos de adaptación.
- Aprenden a controlar los pensamientos que les provocan mas temor.
- El aislamiento social y la sensación de ser distinto que experimentan con tanta frecuencia las personas con enfermedades medicas hace que la psicoterapia de grupo constituya una opción atractiva.
- Ayudan a mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer, afecciones cardiacas y otros problemas médicos.



DOLOR CRONICO.

- Cuando el dolor dura mas de seis meses, se considera dolor crónico.
- Estudios indican la existencia de depresión comorbida hasta en 100% de los pacientes con síndrome de dolor crónico.
- Factor de riesgo para el suicidio, ya sea solo o combinado con depresión.
- Los profesionales de la salud no siempre preguntan por el dolor y si lo hacen su evaluación tiende a subestimar lo que experimenta el paciente.
- Los protocolos estandarizados se consideran confiables. El método mas sencillo que el paciente evalué su dolor de 0 a 10.



TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO.

- Intervenciones farmacológicas (método de tres pasos):
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos.
- Agentes psicotrópicos coadyuvantes (antidepresivos).
- Medicamentos opiáceos para dolor mas fuerte.
- Terapia de relajación y biorretroalimentacion son eficaces.
- Tratamiento Optimo: multidisciplinario que incluya áreas de medicina, anestesiología, neurología, psiquiatría, psicología, enfermería y farmacología.



ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS.

- Diversas fuentes de ansiedad:
- Preocupaciones por el dolor
- Desfiguración.
- Alteración de la imagen corporal.
- Perdida del control durante la anestesia general.
- Temores con respecto a la muerte
- Estas preocupaciones se amplían en personas con trastornos psiquiátrico preexistentes.
- Quienes padecen de trastornos psicóticos como la esquizofrenia deben ser evaluados antes y despues de las intervenciones quirúrgicas para la detección temprana de las exacerbaciones de las enfermedades psiquiatricas.



ASPECTOS EXISTENCIALES RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES MEDICAS.

- Las enfermedades que ponen en peligro la vida dan lugar a cuestionamientos existenciales en los pacientes: significado de la vida, la naturaleza de la muerte, el dilema de la intimidad con otras personas y el conflicto entre la responsabilidad y el deseo de ser libre.
- Quizá se muestren distraídos o torturados por estas cuestiones profundas.
- Aunque no es necesario encontrar respuestas a las preguntas existenciales, con frecuencia este tipo de temas son muy importantes para los pacientes.
- A menudo vale la pena preguntar al paciente acerca de sus sueños, ya que quizá contengan referencias simbólicas hacia esos temas y tal vez ofrezcan posibles soluciones.





CONCLUSIONES.

- Los factores psicológicos están poco integrados en la práctica de la medicina para la prevención y tratamiento de afecciones clínicas.
- Los factores psicológicos ejercen un impacto significativo sobre la adherencia a los medicamentos, los hábitos de estilo de vida que evitan o favorecen la enfermedad y en último término la respuesta individual del paciente y su adaptación a la afección clínica.
- La depresión y la ansiedad son complicaciones sumamente frecuentes en el medio de las afecciones clínicas y como ocurre en otros medios suelen ser poco diagnosticadas y casi nunca se les da tratamiento.
- Estudios recientes sugieren que las variables psicológicas como la adaptación de los pacientes a su enfermedad y la manera de afrontarla pueden modificarse mediante intervenciones psicosociales.
- Estas intervenciones no solo permiten una mejor adaptación psicológica sino que influyen de manera positiva en el curso de la propia afección clínica.

