

FACTORES QUE INTERVIENEN EN MODOS DE REACCIONAR DEL PACIENTE FRENTE A LA ENFERMEDAD

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entoncesdesconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie dereacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar.Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los quedestacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, lafamilia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demásprofesionales de la salud.

PERSONALIDAD DEL ENFERMO

La personalidad del paciente influirá en los mecanismos dedefensa que utilizará. Así, por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios precoces del desarrollo, y dirán: ¡Ayúdeme!,mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

Existen tipos patológicos de personalidad (trastornos de la personalidad) que interfieren en un grado importante con la actividad clínica.Varios estudios han de mostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas en excesivoexigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-enfermo. Segúnel tipo de trastorno de la personalidad aparecen problemas más específicos.Personalidades inseguras tendrán miedo a perder el control sobre sus vidas; los que padecen, por ejemplo, un trastorno límite tenderán a dividir al personal en buenos y malos, haciendo más difícil su tratamiento; los pasivo agresivos tenderán a ser irritables y demandantes cuando enfermen.

EDAD DEL PACIENTE

Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar anteuna enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentesopiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación.Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

TIPO DE ENFERMEDAD

Las enfermedades del corazón, como las arritmias o lasenfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo antela muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad pararespirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situaciónrevierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo,sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal,artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

FAMILIA Y AMIGOS

La complejidad de la dinámica familiar afectará el comportamiento del paciente. Así, por ejemplo, la ansiedad del esposo será transmitida al paciente; otras veces, en caso de ganancias secundarias, la curación y el alta se retrasarán.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CRÓNICO,AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO.

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DEL ENFERMO

Las enfermedades somáticas generalmente tienen un tiempo de incubación que varía de una enfermedad a otra (8-15 días) los síntomas se van instaurando paulatina y progresivamente o las manifestaciones clínicas se manifiestan de manera aguda en cuyo estado de enfermedad experimentan una serie de reacciones físicas y psicoemocionales de las cuales se puede describir:

1. Disminución de energías físicas.
2. Un sufrimiento físico localizado.
3. Angustia, ansiedad y depresión.
4. Temor a la soledad o invalidez y amenaza de muerte.
5. Significación de la enfermedad.

1. Disminución de las energías físicas. El desmedro de sus energías físicas limita su actividad y le obliga adoptar una posición auto defensiva: **se encorva** o **se postra** en cama deseando que este estado **sea lo más pasajero posible**.

2. Sufrimiento físico localizado. La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática, y por el desconocimiento de la función real de sus órganos y sistemas determina que el paciente exagere la magnitud de su preocupación por su enfermedad.

3. La angustia. La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente así como de las peculiaridades de su personalidad, mostrando inquietud, desesperación que repercute en la disminución de su apetito, en el sueño, sus quejas frecuentes.

La ansiedad es la emoción más común, está presente de manera distinta de la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a la amenaza aún indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto la ansiedad deja paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad se puede expresar de manera diferente, como, por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y miedo. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias.

Depresión: La depresión surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la pérdida de la salud. De ahí que la asociación entre depresión y enfermedad médica sea común.

Los signos y síntomas de depresión de los pacientes que padecen una enfermedad médica son los mismos que los que padecen una depresión clínica no asociada a enfermedad física. El principal problema es que es diagnosticada con muy poca frecuencia y si no se trata, la calidad de vida del individuo disminuirá, se retrasará la curación y aumentará el riesgo de suicidio. En el diagnóstico de una depresión asociada a una enfermedad médica son más importantes los síntomas psicológicos que los físicos. Así, por ejemplo, la pérdida de peso, fatiga o cambios en el ritmo intestinal no serán útiles para diagnosticar una depresión clínica en el caso de colitis ulcerosa.

Algunas enfermedades, como, por ejemplo, el cáncer de estómago, pueden comenzar como una depresión, mientras que en otras son comunes los síntomas depresivos, como en el caso de la artritis reumatoide, la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple. En estos casos se postula la presencia de mecanismos neurobiológicos comunes.

4. Temor a la soledad e Invalidad. La evolución de la enfermedad las molestias somáticas, su estado de ánimo deprimido determina que en algún momento sienta amenazada su existencia, sienta temor a la soledad cuando él se encuentre solo en un estado crítico de su enfermedad, pues para él, es el único que sufre su enfermedad y experimenta inseguridad respecto a sus resistencias orgánicas que no pueda recuperarse o quede con alguna invalidez, entonces miedo a la muerte, reflexiones que te hace comprender el valor de la vida, su importancia y los aspectos positivos de la vida, lo que indica que el hombre se resiste y rechaza a la muerte y ahora sus deseos devir en beneficio de su familia y sus amigos.

5. Significación de la enfermedad. Cada individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trae de encontrar una significación a su enfermedad según sus vivencias que hayan tenido anteriormente las sensaciones que experimentó durante el proceso de su enfermedad según: sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su constitución y su personalidad.

Algunos pacientes consideran su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento.

Otros pacientes la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento no muy adecuado para que les permita reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a su familia y demás personas.

O es considerado como un hecho natural ya que cualquier individuo está propenso a sufrir alguna enfermedad en su convivencia con los riesgos de la naturaleza, su medio ambiente en el cual vive.

Para algunas personas la enfermedad es una necesidad paraobtener un beneficio, ya sea como una solución a su angustia y sensación deincapacidad frente a una responsabilidad o como una necesidad de dependenciapara obtener el cuidado y la atención que creen merecer.

COMPRENSIÓN PSICOLÓGICA DEL ENFERMO

La comprensión psicológica del enfermo representa una tareaalneludible para todo médico práctico. Para captar comprensivamente al enfermo,el médico debe reunir varias condiciones, especialmente estas dos:

- 1° La de asumir una actitud psicológica ante el enfermo.
- 2° La de conocer teórica y prácticamente las reacciones psicológicas a la enfermedad, más comunes entre los enfermos.

Actitud psicológica: Es una actitud abierta, acogedora y expectante, desprovista de elementos subjetivos y autoritarios ycentrados en el acontecer de la personalidad del otro. El médico secoloca entonces mentalmente en la posición del enfermo, pero sin fusionarse conél.

Esta actitud resulta muy favorable para que el enfermo seentregue más fácilmente a la comunicación, la ventilación efectiva y laoperación con el médico.

La actitud psicológica es sobre todo necesaria antelos enfermos más o menos enaonizados y ante los enfermos en transe derehabilitación y readaptación.

En las situaciones de urgencia y ante enfermos agudos, el médico debe asumir una actitud Intrínseca directiva, (pensando más en lasobrevivencia del enfermo que en su comprensión psicológica).

REACCIONES INADECUADAS DEL PACIENTE

Los modelos habituales a la reacción psicológica a laenfermedad que aparecen en los pacientes, deben atenerse al patrón de lasconductas frustradoras propias del estado morboso. Mediante la movilización desus mecanismos defensivos el yo trata de luchar contra la angustia y los temoresligados a la enfermedad y **se** enfrenta con las frustraciones Inminentes ala misma, estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo.

MECANISMOS DE DEFENSA DEL INDIVIDUO CUANDO ENFERMA

La enfermedad es uno de los acontecimientos amenazantes, angustiantes, más importantes. Por eso, el individuo cuando enferma poneen marcha los mismos mecanismos de defensa que puede poner ante otrassituaciones estresantes. De ellos los más importantes son los siguientes.

1. Regresión

Toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados del terapias de rehabilitación y readaptación, personal de enfermería favorece el desarrollo de regresión. Se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar; en estos casos es importante la de un mundo de fantasías.

2. Evasión

Se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por haber sido impedido al acontecer morbosos y otros obstáculos frustrantes. Muchos enfermos entronizados compensen su instalación en una ingrata realidad; como la construcción de una segunda vida, duramente íntima y subjetiva en aras del pensamiento fantástico.

La evasión al mundo del alcohol y otras drogas constituye la senda preferida por aquellos sujetos, seguramente con una enfermedad encontrada que vivencian el conjunto de la situación en que se hallan como una situación improbable. Esto ocurre con especial frecuencia a los enfermos tuberculosos pulmonares. De aquí que entre los tuberculosos haya una gran morbilidad para el alcoholismo. Todo cambio en la situación de vida por altos, tal como puede ser el impacto producido por la absorción de una bebida alcohólica o cualquier clase de droga, constituye una experiencia psíquica de evasión sumamente integrada, es decir, el descubrimiento de un nuevo mundo. A partir de la primera experiencia, vienen otras análogas. El impulso al alcohol y/o las drogas se vuelve incontrolable. La libertad frente a estas sustancias se volatiza y gradualmente, el verdadero mundo del sujeto va quedando oculto por el mundo de la evasión constituido sobre el mundo de vivenciar los efectos de las drogas o el alcohol. Después, como consecuencia de las alteraciones del organismo, particularmente de las lesiones orgánicas cerebrales, se inicia la progresiva desorganización del mundo y de la personalidad, muchas veces con un carácter irreversible,

3. Agresión: La movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario la culpa de algunos incidentes desfavorables: el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación o cualquier otra circunstancia frustrante. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en las clínicas, las sanitarias y los hospitales. Los sanitarios encargados de sección de enfermos deberían recibir una preparación psicológica especial para desmontar desde un principio estas conductas violentas y agresivas.

4. Inculpación: La liberación de mecanismos autopunitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian, El médicopsicólogo ha de saber dar el cauce adecuado a la comunicación de estos enfermos. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la cuba reactiva de estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces ocurre en un serio cuadro depresivo o en un acto de suicidio.

5. Negación. El individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar una acontención como una enfermedad negando que la padece, ocultando sus efectos actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. Existen evidencias para afirmar que se trata de una respuesta más común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace normalmente patente cuando existe una brecha entre la condición física del paciente y como lo cuenta, algunos pacientes al insistir que se encuentran bien que su padecimiento es mínimo o nulo. La negación a la enfermedad se produce especialmente por 3 vías:

Vía masoquista: Donde se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo y merecido.

Vía ganancial: La alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatuto del enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

Vía hipocondriaca: Caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

6. Represión y supervisión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificarse de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

REACCIONES ADECUADAS DEL PACIENTE

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas a las enfermedades adecuadas y convenientes. En estas favorables reacciones, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles evactonistas, agresivos, autopunitivos, deformantes de la realidad, masoquistas e hipocondriacas. El conjunto de las reacciones adecuadas a la realidad se sistematiza en estos tres grupos:

1º Las relaciones de superación de la enfermedad, se caracteriza en una serena postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con el médico. Estos enfermos se sacrifican gustosamente y están

dispuestos a hacer todo lo posible para ayudar al médico a superar el frustrante escorzo de su enfermedad.

2º Las reacciones impregnadas de resignación ante el acontecer morboso optadas también de un magnífico deseo de curar y una excelente disposición a colaborar con el médico, pero su nivel de iniciativa y de actividad psicomotora **es** mucho más bajo que en el anterior.

3º Las relaciones de aprobación de la enfermedad, existe una certeza y profunda visión e la apropiación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia; "El saber de lo ineludible exige la aceptación de estar enfermo. Ese estado llega a ser inseparable de la propia existencia. Uno llega así mismo con tal límite, y sin veladuras; este **es** el origen apartir del cual uno puede apropiarse de su enfermedad". La apropiación de la enfermedad, por lo tanto, implica el replanteamiento del estilo de vida propio mantenido hasta entonces.