

# Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico-quirúrgica

**César H. González Caro<sup>1</sup>**

**Henry Valencia Upegui<sup>2</sup>**

**Sonia Bersh Toro<sup>3</sup>**

## Resumen

En los últimos años, con el desarrollo de la medicina psicosomática, un número mayor de psiquiatras han entrado en contacto con pacientes que padecen diversas enfermedades médicas y quirúrgicas. Las intervenciones psicoterapéuticas que beneficiarían a estos pacientes no se han estandarizado y son tan diversas como las respuestas emocionales y conductuales a la enfermedad. Este artículo pretende, basándose en revisiones de los textos básicos de la especialidad y de artículos relevantes al tema, proporcionar conceptos básicos acerca de las reacciones emocionales de los pacientes y sus diversas formas de adaptación, así como describir someramente los diferentes tipos de psicoterapias más utilizadas por los profesionales de la salud, que deban ejercer esta función.

**Palabras clave:** medicina psicosomática, intervenciones psicoterapéuticas.

**Title:** Psychotherapeutic Interventions for Medical-Surgical Patients.

## Abstract

More psychiatrists are in contact with medical and surgical patients with the recent development of Psychosomatic Medicine. Patients' emotional and behavioral reactions to medical illness are diverse. So are the different psychotherapeutic interventions used effectively on this patient population; however many have not been standardized. This article summarizes relevant findings in textbooks and peer-reviewed journal articles concerning basic concepts on the emotional reactions to physical illness, different types of adjustment mechanisms, and provides a brief description of the types of psychotherapy more frequently used by health professionals for the treatment of medical patients.

**Key words:** Psychosomatic medicine, psychotherapy.

1 Médico. Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Centro Médico Imbanaco, Cali.

2 Médico. Profesor auxiliar del Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali.

3 Médica. Profesora ad honórem del Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Fundación Clínica Valle del Lili, Cali.

## Introducción

El desarrollo de la medicina psicosomática (psiquiatría de enlace), en las últimas décadas, ha permitido que un mayor número de psiquiatras entren en contacto con pacientes que padecen diversos tipos de enfermedades médicas y quirúrgicas. Se han desarrollado servicios de psiquiatría de enlace en algunas instituciones, unidades de salud mental en hospitales generales y en aquellas en las que no hay es fácil encontrar psiquiatras que atienden las necesidades emocionales de estos pacientes. Un número menor de psiquiatras ejercen su actividad en el consultorio privado, con pacientes aquejados por diversas enfermedades médicas (1-2).

Hay diferentes respuestas emocionales y conductuales a la enfermedad. La cronicidad o afectación de un determinado órgano o sistema no predicen el carácter o la intensidad de la respuesta emocional. Diversas modalidades de psicoterapia han resultado útiles para el tratamiento de pacientes con enfermedad médico-quirúrgica, aunque muchas de estas intervenciones no se han estandarizado.

Es poco lo que se ha investigado y publicado sobre este tema, lo cual podría explicarse por las diferentes respuestas a la enfermedad y a la hospitalización, el campo de acción de las terapias mismas y las limitaciones inherentes al proceso psicoterapéutico en un ambiente diferen-

te a aquel donde el psiquiatra habitualmente se desempeña. Se han descrito una amplia variedad de psicoterapias que difieren en relación con su duración (breve o prolongada), formato (individual, grupal, pareja o familia), objetivo (reconstructiva y reeducativa) y técnica (supresiva, exploratoria o directiva) (3).

Existen limitaciones en los sistemas de salud, en cuanto a que las entidades prestadoras de servicios limitan o controlan las intervenciones psicoterapéuticas. En este sentido, existe una inequidad con respecto a otras actividades médicas. Considerando la limitación en el recurso, surgen los siguientes interrogantes: ¿en qué pacientes médico-quirúrgicos estaría indicado un proceso psicoterapéutico? ¿Cuál y qué tipo de psicoterapia es la más apropiada?

El presente artículo pretende contribuir a resolver estas inquietudes y orientar a colegas psiquiatras y no psiquiatras en la aproximación psicoterapéutica al paciente médico. Revisa de manera somera, en primera instancia, algunos conceptos básicos de las diferentes respuestas emocionales a la enfermedad, describe los tipos de psicoterapia más utilizados en el contexto médico e indica las habilidades psicoterapéuticas requeridas.

## Respuesta psicológica a la enfermedad

En el ambiente médico, el psiquiatra es llamado a ayudar en el

manejo de las respuestas emocionales a la enfermedad y a la hospitalización. Estas respuestas son percibidas por el equipo médico tratante, pero en la mayoría de los casos el psiquiatra identifica claramente estas reacciones y determina su intensidad, congruencia y valor adaptativo. Con el entendimiento de la experiencia subjetiva de la enfermedad, el estilo de adaptación predominante, los rasgos caracterológicos del individuo y los mecanismos de defensa utilizados, el psiquiatra puede facilitar la alianza entre el paciente y su equipo médico y diseñar una intervención terapéutica que permita modular esa respuesta y mejorar los resultados médicos.

La enfermedad de un paciente hospitalizado o ambulatorio puede evocar múltiples respuestas emocionales simultáneas o secuenciales, por ejemplo, ira, rabia, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, tristeza, alivio o esperanza (4), así como la desmoralización, destacada últimamente en la literatura médica (5).

Entre las respuestas más frecuentemente encontradas en este contexto, la rabia ocupa un lugar preponderante, y se puede manifestar como un rechazo al tratamiento o desplazarse hacia el equipo terapéutico. Es frecuente en pacientes con rasgos paranoides, narcisistas, personalidad limítrofe o antisociales (6). El miedo y la an-

gustia se experimentan universalmente en los ambientes médicos. La intensidad de estos sentimientos varía; los individuos con trastornos ansiosos previos son más propensos a desarrollar esta reacción. Un individuo con rasgos dependientes puede presentar angustia ante situaciones terapéuticas que impliquen separación de su sistema de soporte, como es el caso de una hospitalización.

El desconocimiento del diagnóstico y el plan de tratamiento suelen generar altos índices de angustia a los pacientes obsesivos, que buscan a toda costa mantener el control de sí mismos y de sus circunstancias. La tristeza es otra reacción frecuente. Surge como reacción a situaciones de pérdida, relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad, como son la pérdida de la funcionalidad física, social o laboral y, en ocasiones, incluso pérdida de una parte del cuerpo, como es el caso de una amputación. Individuos con episodios previos de depresión son más propensos a desarrollar este tipo de reacción.

Por último, la culpa y la vergüenza se presentan en algunos individuos que interpretan sus síntomas como fallas personales, o la enfermedad como un castigo por faltas o pecados reales o imaginados. Los pacientes narcisistas tienen un mayor riesgo de presentar estas reacciones.

### **El estrés generado por la enfermedad médica y la hospitalización**

La enfermedad física es fuente importante de estrés. En la conocida escala de adaptación de Holmes y Rahe (7), el “daño personal o enfermedad” ocupa el sexto lugar, superada sólo por pérdidas significativas (como la del cónyuge o familiares cercanos), divorcios y separaciones y el estar detenido en una cárcel. La enfermedad genera impacto por sí misma; sin embargo, el ambiente hospitalario puede también afectar. La separación de la familia, el vestir ropa del hospital, equipos médicos instalados alrededor de la cama del paciente, tomas repetidas de muestras de laboratorio, líneas intravenosas y vecindad de personas gravemente enfermas contribuyen a aumentar el estrés en relación con la enfermedad (8). El impacto de la enfermedad es diferente si ésta es aguda o crónica (9). Una enfermedad que no amenace la vida del paciente permite una rápida adaptación, mientras que la enfermedad crónica exige que el individuo realice cambios en su estilo de vida, que en ocasiones deben ser permanentes.

La separación de la familia y de los amigos produce sensaciones de aislamiento, desolación y estrés, tanto en niños como en adultos (10). Otros factores generadores de ma-

lestar son la pérdida de la privacidad, la exposición a procedimientos como endoscopias digestivas o sondas nasogástricas, que para los médicos constituyen procedimientos de rutina, pero que al paciente le generan temor y malestar (8,10-12). El dolor y los trastornos del sueño son frecuente causa de malestar emocional en esta población.

### **La desmoralización**

La desmoralización, hasta ahora no incluida en la nosología psiquiátrica, ha generado un renovado interés en el ambiente de la enfermedad médica. Frank lo define como “la experiencia de una persistente inhabilidad para adaptarse, asociada con sentimientos de desesperanza, desaliento, impotencia, sensación de vacío, incompetencia subjetiva y disminución de la autoestima” (13). Engel lo conceptualiza como el “síndrome de rendición” o de darse por vencido. (*giving-up*) (14). Por su parte, Cassell destaca el “sufrimiento” (*suffering*) (15).

Esta respuesta es frecuente en el ambiente médico-quirúrgico y se debe diferenciar de las reacciones y trastornos de adaptación y del trastorno depresivo mayor. Comparten los síntomas de alteración en el sueño y el apetito, pérdida de energía e ideación suicida, pero se diferencia en que al mejorar su situación, se restablece rápidamente la capacidad de disfrutar y la esperanza. La

*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) ha propuesto unos criterios diagnósticos de desmoralización (16), y se recomienda la *psicoterapia breve al lado de la cama* (*bedside*) como estrategia de intervención (17).

### **Tipos de personalidad**

El diagnóstico del perfil de personalidad es de mucha utilidad para el clínico y facilita la selección del tratamiento apropiado. Kahana y Bibring (18) desarrollaron una clasificación que es práctica, permanece vigente y se puede tomar como punto de referencia. Incluye siete tipos de personalidad (dependiente, obsesiva, histriónica, masoquista, paranoide, narcisita y esquizoide). Otros autores, como Geringer y Stern (19) y Perry y Viederman (12), incorporan a sus clasificaciones otros elementos, por ejemplo, el significado de la enfermedad, las respuestas contratransferenciales y los tipos de manejo recomendados en cada caso.

El conocimiento de los tipos de personalidad y sus relaciones con la enfermedad puede contribuir a educar al equipo médico en el abordaje interpersonal con algunos pacientes, en especial de aquellos que se constituyen en un reto por su dificultad.

### **Estilos de adaptación a la enfermedad**

Se puede definir adaptación como “los pensamientos y las con-

ductas encaminadas a manejar o alterar la problemática generadora de malestar en una persona, y la regulación de su respuesta emocional” (20). La forma como un paciente se adapta a su enfermedad constituye un amplio campo de exploración y un elemento clave para definir la dirección terapéutica. Folkman tipificó ocho categorías de adaptación a la enfermedad (21) y Lipowsky, a su vez, describe ocho conceptos de enfermedad (22). La descripción de los estilos de adaptación o afrontamiento (*coping*) no se incluyen en la presente revisión.

### **Mecanismos de defensa**

El concepto *mecanismos de defensa* ayuda al psiquiatra que trabaja con pacientes médicos a visualizar, desde la óptica psicodinámica, las respuestas emocionales de los enfermos. Los pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas emplean diferentes mecanismos de defensa en diferentes situaciones o niveles de estrés.

Vaillant propuso una jerarquización de las defensas, en cuanto a su nivel de adaptabilidad, en cuatro grandes grupos: sicóticas (negación psicótica, proyección delirante y fantasía esquizoide), inmaduras (escisión, idealización, devaluación, proyección, identificación proyectiva, *acting-out*, agresión pasiva, negación), neuróticas (represión, desplazamien-

to, formación reactiva, intelectualización, racionalización, aislamiento afectivo, anulación) y defensas maduras (altruismo, humor, sublimación y anticipación) (23).

El mecanismo de negación merece especial mención, dada su alta frecuencia de presentación, a la vez que genera muchas solicitudes de interconsulta en pacientes hospitalizados. Debe diferenciarse del déficit cognitivo, la falta de *insight* y la insuficiente información. Este mecanismo puede ser adaptativo, al evitar cargas emocionales excesivas (generadas por la enfermedad), o maladaptativo, en los casos en que causa demora en el proceso diagnóstico, el tratamiento o la adaptación a la enfermedad. El impacto de la negación sobre los resultados médicos ha motivado diversos estudios. Algunos han mostrado efectos positivos de la negación; por ejemplo, un estudio de Hackett y Cassem (24) reveló que los pacientes de unidades de cuidado coronario, considerados “altos negadores”, obtenían los mejores resultados médicos. Este mismo resultado se ha encontrado en pacientes de cirugías electivas y de trasplantes de órganos (25-26).

Por otra parte, otros estudios señalan el impacto negativo de la negación de la enfermedad sobre el resultado médico. Las consecuencias negativas de la negación incluyen la baja adherencia al tratamiento, la

demora en la evaluación médica y peores resultados médicos (27). Se debe estar atento a la posibilidad de que la negación del paciente esté siendo reforzada por un familiar, amigo, religioso, médico u otro agente de salud.

### **Principios de psicoterapia médica**

La psicoterapia médica está basada en “el principio del entendimiento comunicado entre el médico y el paciente, en relación a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad” (28). La entrevista psiquiátrica, en sí misma, puede tener un alto valor terapéutico. El consultante debe adaptarse a las dificultades inherentes al contexto hospitalario, por ejemplo, limitaciones de tiempo, espacio, intimidad y las derivadas del tipo de seguro o servicio médico del paciente.

Algunas veces, los pacientes centran su discurso en los aspectos físicos o médicos de la enfermedad y es difícil persuadirlos a hablar de sus sentimientos. Es fundamental establecer una “alianza terapéutica positiva”. Una actitud compasiva, sincera y empática proporciona bienestar y confianza y facilita el abordaje psicoterapéutico.

Los cuadros 1 y 2 indican las actividades del psiquiatra para trabajar en el ambiente médico y las habilidades que debe tener.

*Cuadro 1. Actividades psicoterapéuticas de un psiquiatra de interconsulta*

1. Identificar los problemas más relevantes tal como lo requiere la solicitud de consulta.
2. Establecer una alianza con el paciente.
3. Realizar una historia clínica a través de la entrevista psiquiátrica
4. Comprender, hacer empatía, traducir, informar, comunicar y educar con base en los datos de la historia clínica.
5. Realizar una formulación psicodinámica.
6. Potenciar la autoestima del paciente.
7. Gratificar selectivamente los deseos de transferencia.
8. Disminuir la intensidad de los afectos dolorosos.
9. Potenciar un ambiente saludable.
10. Proponer un plan de manejo práctico.
11. Definir la participación del psiquiatra y de los demás miembros del equipo.

Adaptada de Lipsitt (3).

*Cuadro 2. Habilidades psicoterapéuticas que debe tener un psiquiatra de interconsulta*

1. Conocer conceptos psicoanalíticos y psicodinámicos, el enfoque biopsicosocial, teorías sobre el estrés, medicina general, neurología y psicofarmacología.
2. Tener habilidad para realizar una entrevista medico-psiquiátrica.
3. Saber cuándo y cómo afrontar las preocupaciones del paciente.
4. Saber cuándo y cómo neutralizar las reacciones emocionales maladaptativas con el uso de agentes farmacológicos.
5. Saber escuchar con empatía y generar un ambiente cálido de apoyo.
6. Contar con la habilidad para seleccionar y aplicar una psicoterapia a las necesidades del paciente.
7. Saber cómo y cuándo utilizar intervenciones como el apoyo, la guía, el manejo de límites y tranquilizar al paciente.
8. Saber relacionarse apropiadamente con profesionales no psiquiatras y trabajar conjuntamente con los miembros del equipo tratante.
9. Saber combinar la psicoterapia con la farmacoterapia.

Adaptado de Fenichel (29).

El psiquiatra se apoya en su formulación de la problemática del paciente, más que en el diagnóstico, para elegir la intervención más apropiada y para orientar a los otros miembros del equipo. La técnica o combinación de técnicas que se van

a emplear, por lo general, incluye enfoques y técnicas de apoyo, exploratorias y con orientación introspectiva. Son muchos los factores que se deben tener en cuenta para definir el enfoque terapéutico (véase Cuadro 3).

Cuadro 3. Factores que determinan la selección del enfoque terapéutico

- Grado de funcionamiento cognoscitivo.
- Presencia de intento de suicidio.
- Presencia de psicosis.
- Conducta autodestructiva.
- Tiempo disponible para la atención psiquiátrica.
- Grado de desarrollo sexual.
- Nivel educativo.
- Capacidad para interactuar con los demás.
- Grado de autonomía.
- Capacidad para asumir responsabilidades.
- Capacidad para expresar sentimientos.
- Nivel de motivación para el cambio.
- Capacidad para mantener la atención sobre el conflicto.
- Capacidad de introspección.
- Capacidad para identificar factores estresantes.
- Sistemas de apoyo externos.

Adaptado de Lipsitt (3).

Cualquiera que sea la técnica empleada, la eficacia del tratamiento depende en buena medida de la combinación de las habilidades del terapeuta y de la relación que establezca con el paciente. La psicoterapia puede asociarse con la utilización de fármacos para aliviar el impacto físico y psicológico de la enfermedad (30). En la mayoría de los casos, la intervención psicoterapéutica al lado de la cama del enfermo es el inicio de un trabajo que el psiquiatra debe continuar ambulatoriamente en el consultorio.

### **Tipos de psicoterapia empleados en el paciente médicamente enfermo**

Como se afirmó en un comienzo, existen diferentes tipos de inter-

venciones psicoterapéuticas para el paciente con enfermedad médica o quirúrgica. Las técnicas varían, desde las denominadas terapias “breves” o “muy breves” a la “sesión única”. Dependiendo de la actitud del terapeuta, las psicoterapias se consideran persuasivas, interpretativas, sugestivas o educativas. Green las divide en terapias “supresoras de ansiedad”, o de tipo soportito (de apoyo), y “generadoras de ansiedad”, o de tipo interpretativo (31). Algunas intervenciones se dirigen al grupo familiar del paciente.

A continuación se describen de manera sucinta algunas psicoterapias empleadas con pacientes médico-quirúrgicos. El orden en que se les hace referencia no necesariamente indica su importancia o la frecuencia de su utilización.

### *Psicoterapia cognitivo-conductual*

La psicoterapia cognitivo-conductual se enfoca en los síntomas y problemas actuales del paciente. Parte del modelo cognitivo de Beck, que considera que las experiencias previas y el aprendizaje social llevan a las personas a conformar una serie de *significados* y presunciones, o esquemas cognitivos, acerca de sí mismo, del mundo y del futuro (32). Estos esquemas influyen en las percepciones, interpretaciones y asociaciones que el paciente hace con respecto a su condición médica.

La psicoterapia cognitivo-conductual se desarrolló como una intervención a corto plazo (doce a veinte sesiones) para depresión (33). Posteriormente se ha comprobado su utilidad en el manejo de muchos problemas médicos, como cefalea tensional, hipocondriasis, trastornos psicósomáticos, enfermedades reumáticas, enfermedades médicas crónicas y varios tipos de dolor crónico (34).

El modelo cognitivo-conductual resulta útil para explicar el fenómeno psicósomático presente en muchas situaciones médicas, aun en aquellas en que hay signos de patología orgánica. Este modelo propone que los síntomas, el malestar y la discapacidad se perpetúan por la interacción entre factores psicológicos y fisiológicos. Considera fundamental el papel de lo que el paciente

*piensa* acerca de sus síntomas. La activación emocional, la disfunción física menor y los cambios fisiológicos inocentes producen sensaciones corporales que el paciente *interpreta* como señales de enfermedad. Esta interpretación genera una respuesta de alarma con sus consiguientes cambios psicofisiológicos (por ejemplo, hiperactividad autonómica), lo que a su vez ocasiona aún más sensaciones corporales. Como resultado de esta interpretación, además de ansiedad y aprehensión, surge un exceso de atención a los estímulos somáticos, lo cual aumenta su registro y contribuye a reafirmar las explicaciones, a menudo catastróficas, que el paciente se ha dado acerca del origen de sus síntomas.

Por otra parte, el paciente incurre en conductas de autochequeo (en busca de síntomas físicos), búsqueda repetida de atención médica, lectura no orientada de literatura médica y evitación de actividades, que agravan el problema. La actitud y creencias de las personas que rodean al paciente pueden o no reforzarla (35). Basada en este modelo, la psicoterapia cognitivo-conductual pretende intervenir en los factores que mantienen el síntoma, abordando las interacciones entre cognición, emociones, atención y comportamiento.

Algunas de las estrategias del tratamiento son: (a) comprender y explicar al paciente los efectos de la enfermedad y de las relaciones anotadas, e integrar explicaciones al-

ternativas; (b) explorar los efectos del rol de enfermo y del estrés en la persistencia del síntoma; (c) enseñar técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas (pensamientos negativos automáticos), cómo detenerlos y cómo distraer la atención, y (d) enseñar técnicas de manejo de estrés y solución de problemas (36). Una de las fortalezas de esta psicoterapia es que le proporciona al paciente herramientas para su autorregulación y le devuelve el control sobre su cuerpo y sus reacciones emocionales.

#### *Terapia individual psicodinámica*

La teoría dinámica proporciona un marco conceptual coherente para evaluar al paciente y formular su problemática. El conocimiento psicodinámico de la persona y de su actual situación clínica permite iniciar cualquier acción farmacológica o psicoterapéutica (37-38). La terapia psicodinámica parte del reconocimiento de la importancia de la interacción humana en la vida del paciente médico-quirúrgico. La pérdida de apoyo social se asocia con morbilidad médica y psiquiátrica, y afecta negativamente el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (39-40).

Las intervenciones psicoterapéuticas como ésta, basadas en teorías que resaltan la innata necesidad humana de relacionarse, mejoran la adherencia al tratamiento, la utilización de los servicios de salud y el

manejo de la ansiedad del paciente y la familia (41). La psicoterapia psicodinámica es efectiva en el tratamiento de pacientes con cáncer, VIH, diabetes, síndrome de colón irritable, artritis reumatoidea y otras condiciones médicas crónicas (42-43).

Así mismo es el tratamiento preferido para personas con trastornos del carácter. Aquellas con poca capacidad de introspección, miedo al abandono, dificultades interpersonales e impulsividad presentan un alto grado de ansiedad ante el diagnóstico médico. Esto les origina procesos regresivos en sus defensas, alteraciones en la evaluación de la realidad, y puede intensificar su hostilidad y agresividad, agravando sus problemas interpersonales (44).

La adaptación a la enfermedad, la hospitalización y el tratamiento son procesos especialmente difíciles para individuos que han sido maltratados o han vivido en el contexto del caos y la negligencia. Estas son personas temerosas, vulnerables al abandono, ansiosas y ambivalentes; con frecuencia hacen excesivas demandas y tienen comportamientos manipuladores que causan dificultades interpersonales en el ámbito médico.

El psiquiatra debe manejar estas conductas trabajando con el paciente, pero también educando al equipo médico sobre los motivos de la respuesta inadecuada del paciente; debe facilitar la formulación y el establecimiento de normas y lími-

tes claros (45). La evolución física y emocional de estos pacientes es mejor si se optimiza el manejo de su problemática psiquiátrica. Se deben intervenir directamente los comportamientos autodestructivos, manipuladores, defensivos, agresivos y las alteraciones del juicio de realidad. Se facilita al paciente entender las consecuencias negativas de su hostilidad y se le indican formas más apropiadas de comunicarse con el equipo médico.

#### *Terapia psicodinámica breve*

La evaluación psicodinámica del paciente médico debe incluir la historia de su desarrollo, los determinantes inconscientes de su comportamiento, la evaluación de la transferencia y resistencias del paciente, sus experiencias de vida, las fortalezas y debilidades del ego, los estresores interpersonales actuales, los eventos familiares y ambientales importantes, los mecanismos de defensa predominantes, sus relaciones objetales y la identificación de temas conflictivos en la relaciones interpersonales (37,46). Las intervenciones varían desde una sola sesión hasta sesiones semanales aproximadamente por un año. El promedio es de seis a doce sesiones (47).

La psicoterapia breve se ha posicionado como modalidad terapéutica en el paciente hospitalizado. Es efectiva y económica, e incluye elementos de las modalidades

terapéuticas de apoyo, expresiva, terapia dinámica limitada en el tiempo y la terapia interpersonal. Se ha encontrado reducción de hasta el 75% en la utilización de los servicios de salud en los pacientes con enfermedades médicas crónicas que recibieron este tipo de terapia.

#### *Terapia individual de soporte-expresiva*

El objetivo de esta terapia es retornar al paciente a su funcionamiento premórbido, fortaleciendo sus defensas, dándole soporte al ego, ubicándolo en la realidad e identificando y reforzando las relaciones objetales más apropiadas. Las intervenciones de soporte están diseñadas para ayudar al paciente a identificar y expresar sus emociones, explorar sus temores, adaptarse a las exigencias del tratamiento, fortalecer los sistemas de apoyo y restaurar la esperanza (48). La terapia de soporte ofrece al paciente un medio para expresar su rabia y el temor a las pérdidas asociadas con la enfermedad, y le proporciona recursos que le permiten afrontar mejor la enfermedad. En ocasiones es necesario confrontar los procesos intrapsíquicos (resistencia) que interfieren con el tratamiento y la mejoría (49-50).

#### *Terapia interpersonal*

La terapia interpersonal se desarrolló inicialmente para el trata-

miento de la depresión; sin embargo ha demostrado beneficios en el tratamiento de la ansiedad, los trastornos de la personalidad, la distimia, la bulimia y trastornos psiquiátricos en pacientes médicamente enfermos.

La terapia se centra en la formación del síntoma en el paciente, la capacidad que el paciente tiene para relacionarse y su funcionamiento social (51). Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas, mejorar las relaciones interpersonales y facilitar el cuidado médico y psicosocial. En este tipo de psicoterapia el terapeuta ayuda al paciente a expresarse emocionalmente y a identificar sus dificultades para relacionarse.

Las estrategias terapéuticas incluyen la psicoeducación, el apoyo emocional, el fortalecimiento de las defensas adaptativas, el mejoramiento de sus relaciones interpersonales y el alivio del impacto físico y emocional de la enfermedad sobre el paciente y la familia; adicionalmente, facilita la comunicación emocional y estimula la independencia. Se realiza en 16 a 20 sesiones; una por semana.

#### *Terapia conductual*

Las técnicas conductuales de mayor utilidad en el contexto médico son la desensibilización sistemática, el manejo de contingencias, la relajación progresiva y la extinción. A través de éstas se busca dismi-

nuir la reacción de ansiedad del paciente (52). Su aplicación práctica se puede resumir en la alianza que el terapeuta hace con el paciente sobre los objetivos del tratamiento, identificando alteraciones conductuales que directamente afectan al enfermo y su tratamiento. Se establecen objetivos muy específicos, y tanto el paciente como el terapeuta trabajan activamente y realizan conjuntamente la evaluación permanente de los logros (53).

#### *Terapia familiar*

En el ámbito de la medicina psicosomática es importante no desconocer el impacto de la enfermedad sobre la familia. Esta es una fuerza integral en el desarrollo de la personalidad y la fuente primaria básica de enseñanza de las necesidades humanas de relación y autoexpresión, aparte de que constituye un sistema fuerte en la estabilización del equilibrio psicosocial (54). Los problemas psicosociales asociados con la enfermedad médica se extienden a los miembros de la familia; la enfermedad médica, especialmente si es crónica, se convierte en parte del sistema familiar, y el impacto sobre éste depende del diagnóstico, curso de la enfermedad (aguda o crónica), nivel de incapacidad que causa y las características de comunicación que tenga la familia.

### **Estrategias de intervención**

Se realizan intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de la interacción familiar. Éstas son limitadas en el tiempo y centradas en el problema actual. Se apoya mucho en la educación sobre la enfermedad, el rol del paciente en el sistema familiar, el rol de la familia en la vida del paciente, la exploración de creencias sobre la enfermedad y la muerte, la calidad previa del apoyo familiar, el estado del ciclo de vida y la personalidad previa del paciente. Esta intervención puede lograr que un sistema familiar disfuncional mejore estructuralmente dando mayor y mejor respaldo al miembro de la familia enfermo y facilitando una mejor adaptación a la enfermedad (55).

### **Intervenciones psicoeducativas en el paciente médico-quirúrgico**

La literatura médica aporta cada vez más hallazgos de la utilidad de informar a los pacientes acerca de su enfermedad y tratamiento, y proveerlos de elementos cognitivos y emocionales para una participación más activa y acertada en el afrontamiento de su enfermedad (56-57). Paralelamente, los pacientes desean ser informados de manera amplia, y participar en la toma de decisiones y demás aspectos relacionados con sus tratamientos. Las intervenciones psicoeducativas, en general, tienen los siguientes objetivos:

- Proveer información relacionada con la enfermedad; incluye corregir presunciones erróneas e ideas catastróficas.
- Proveer información sobre cómo el paciente puede, a través de su acción u omisión, afectar el curso de su enfermedad o tratamiento.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Fomentar conductas saludables.
- Proveer una sensación de control por parte del paciente.
- Fomentar una participación más activa del paciente en su tratamiento.
- Favorecer la adaptación: incluye disminuir el malestar emocional, la ansiedad y los síntomas depresivos, y fomentar la aceptación.
- Mejorar la calidad de vida.
- En muchos casos, también dar elementos para el control de algunos síntomas físicos asociados con la enfermedad o efectos adversos de los tratamientos.

Las intervenciones psicoeducativas son especialmente útiles en pacientes con enfermedades en las cuales ellos son responsables de aspectos importantes del tratamiento, por ejemplo, en obesidad, asma, diabetes, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular, VIH/sida. Así mismo, son útiles para administrar antes de intervenciones médicas difíciles o invasivas (como cirugías grandes, con implicación de cambios en el estilo de vida, ya sean temporales o

permanentes). Se informa sobre qué esperar del procedimiento desde el punto de vista físico y emocional y por qué. Estas intervenciones mejoran las habilidades de afrontamiento (*coping*) y reducen el estrés (58).

La mayoría de las intervenciones psicoeducativas se realizan en formato de grupo. Comparten con la psicoterapia de grupo elementos como el apoyo social, la instilación de esperanza y la universalidad. Sin embargo, la psicoeducación tiende a ser más estructurada. Las intervenciones psicoeducativas tienen muchas similitudes entre sí, pero se diseñan teniendo en cuenta los objetivos y los resultados que se persiguen con una población médica en particular. Hay situaciones específicas y elementos más o menos relevantes en el afrontamiento de cada enfermedad, que indican un mayor o menor énfasis (por ejemplo, la práctica de sexo seguro en pacientes VIH positivos o aspectos de imagen corporal en pacientes sometidas a mastectomía por cáncer de seno o a una colostomía).

En general, este tipo de intervenciones tienen elementos educativos, psicoeducativos, grados variables de elementos cognitivos y conductuales y grados variables de relevancia a lo emocional. Esto último hace referencia a la importancia dada a la expresión de emociones y a compartirlas en el grupo, como elemento terapéutico.

Dependiendo de lo anterior, un modelo puede incluir entrenamiento en relajación, hipnosis, imaginación guiada, tal como se ha utilizado en algunos tratamientos psicoeducativos para pacientes con cáncer (59); mientras que otro, en cambio, puede no emplear estos elementos conductuales y utilizar estrategias cognitivas, como el entrenamiento en solución de problemas. Así mismo, hay focos diferentes. Una intervención puede orientarse a la mejoría de variables psicosociales (por ejemplo, a disminuir la ansiedad, síntomas depresivos, mejorar el sentido de autoeficacia o la calidad de vida), enfocarse al control de variables fisiológicas (por ejemplo, mejorar el control metabólico o el estado inmunológico), centrarse en la mejoría del estado de salud o en mejorar ambos parámetros.

Los efectos de estas intervenciones parecen estar mediadas por diferentes mecanismos, especialmente por el apoyo social y la participación activa del paciente en la solución del problema (57). Una de las fortalezas de este tipo de intervenciones es que son accesibles en áreas rurales o urbanas, y son de bajo costo. El formato de grupo facilita esto, así como el hecho de que puede ser coordinado por médicos generales o enfermeras entrenadas. Hay incluso programas autoadministrados, en formato de grupo, para adecuarse a limitaciones geográficas. Un ejemplo de este tipo de in-

tervención es el diseñado por Le Fort y colaboradores para el manejo de dolor crónico no maligno (60).

### **La religión en la psicoterapia del paciente médico-quirúrgico**

Los términos *religión* y *espiritualidad* con frecuencia se emplean intercambiamente. Speck aclara que la religión es la práctica exteriorizada de un sistema de creencias espirituales, códigos de conducta y rituales (61). La religión es un aspecto importante en la vida de muchas personas. Aproximadamente, el 96% de los adultos en Estados Unidos cree en Dios, el 90% ora y el 43% asiste a servicios religiosos por lo menos una vez a la semana (62).

Entre las razones para identificar y abordar las necesidades espirituales de los pacientes están el hecho de que muchos pacientes son religiosos y utilizan sus creencias y prácticas religiosas para afrontar la enfermedad. Con frecuencia, las creencias religiosas influyen en las decisiones médicas, especialmente cuando la enfermedad es grave o Terminal, y a muchos pacientes (aunque no a todos) les gustaría que su médico se interesara por sus necesidades espirituales.

En general, los pacientes hospitalizados que se apoyan en la religión afrontan mejor la enfermedad que los que no lo hacen (63), tienen menos riesgo de depresión (64) y, si se deprimen, su recuperación es

más rápida (65). Sin embargo, dos estudios recientes indicaron que al controlar los efectos del grado de control percibido (la autoeficacia y el apoyo social), apoyarse en la religión *en un grado moderado* protege más de la depresión que apoyarse poco o excesivamente (66-67). La confianza en la religión resulta útil, pero la excesiva confianza puede redundar en pasividad o inconformidad con Dios (por ejemplo, en el caso en que se espera una cura a través de la oración).

¿Cómo incluir la espiritualidad en la aproximación psicoterapéutica? En primer lugar, se debe hacer una historia de los aspectos espirituales del paciente, tal como se hace con los aspectos sociales o los antecedentes médicos. Una historia espiritual breve debe incluir: (a) conocer y familiarizarse con las creencias religiosas del paciente y cómo se relacionan con las decisiones sobre el tratamiento médico, (b) comprender el rol de la religión en el afrontamiento de la enfermedad o como causa potencial de estrés y (c) identificar las necesidades espirituales que tiene el paciente en ese momento (66).

Koenig nos informa que hacer una historia espiritual es un acto terapéutico en sí mismo; le transmite al paciente que estos aspectos de su identidad son reconocidos y respetados por el médico, y que éste está dispuesto a hablar del tema. Además, provee información útil

para comprender la motivación de muchos de los comportamientos del paciente relacionados con su salud, e informa sobre las fuentes de apoyo social y comunitario (67).

Si el paciente indica que no tiene interés en los aspectos religiosos, la historia espiritual debe tener otro enfoque: debe centrarse en cómo afronta el paciente la enfermedad, qué le da sentido y propósito a su vida en el contexto de la enfermedad actual, qué creencias culturales tiene que pudieran interferir con el tratamiento y cuáles son los recursos sociales con los que cuenta.

La historia espiritual incluye escuchar respetuosamente y validar, en muchos casos esto constituye una intervención suficiente (68); en otros, lo apropiado es remitir a personas expertas (sacerdotes, pastores, etc.). Algunas recomendaciones para el psicoterapeuta incluyen apoyar/estimular las creencias y prácticas religiosas que desee el paciente y que le ayuden a afrontar su crisis, mientras no interfieran con el tratamiento médico, y fomentar el apoyo de su comunidad religiosa. Orar con el paciente es un procedimiento bastante controvertido, pero que en algunas circunstancias particulares podría ser justificado.

En psicoterapia, en general, es inevitable abordar los temas existenciales universales: la muerte, el sentido de la vida y del sufrimiento, la libertad y la soledad. El paciente médico-quirúrgico, con fre-

cuencia, debe afrontar de manera apremiante estos dilemas, ya que la enfermedad y la conciencia de mortalidad se los actualizan.

La espiritualidad o la religión son las estrategias básicas para afrontar la ansiedad existencial (67), por lo que el psicoterapeuta debe estar preparado para explorar la dimensión espiritual de la vida de sus pacientes. El afrontamiento de una enfermedad grave y potencialmente mortal es una oportunidad de volver a priorizar valores de vida. A partir de estas experiencias muchas personas reconocen como fundamental el fortalecer el vínculo con los seres queridos y la adquisición de un sentido de autotranscendencia. En tales momentos surge la urgencia de examinar la propia vida, de aceptarla y de aceptarse. En este sentido ésta una oportunidad muy valiosa de intervención.

### Conclusiones

Todas las enfermedades médicas y quirúrgicas, cualquiera que sea su duración e intensidad, producen respuestas emocionales que forman parte integral del proceso de la enfermedad. Aunque muchas personas se pueden adaptar exitosamente a la enfermedad física, algunas presentan respuestas maladaptativas que pueden complicar el curso y pronóstico de su condición médica. Pasar por alto estas respuestas interfiere con el ejercicio de un cuidado médi-

co integral y puede afectar el resultado médico. Una efectiva aproximación terapéutica requiere el entendimiento del proceso mórbido desde los puntos de vista dinámico y psicosocial, lo cual orienta al clínico en la elección de la estrategia psicoterapéutica que más se acomode a cada paciente.

### Referencias

1. Kornfeld DS. Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1964-72.
2. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Marcus SE. Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:163-8.
3. Lipsitt DR. Psychotherapy. In: Rundell JR, Wise MG. *Essentials of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatry Press; 1999. p. 589.
4. Grovez MS, Muskin PR. Psychological responses to illness. In: Levenson JL. *Textbook of psychosomatic medicine*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 82.
5. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36:733-42.
6. Muskin PR, Haase EK. Difficult patients and patients with personality disorders. In: Noble J, Greene HL, Levinson W, Geoffrey A, Mulrow CD, Scherger JE, et al., editors. *Textbook of primary care medicine*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2001. p. 458.
7. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11:213-8.
8. Gazzola L, Muskin PR. The impact of stress and the objectives of psychosocial interventions. In: Schein LA, Bernard HS, Spitz HI, Muskin PR. *Psychosocial treatment for medical conditions: principles and techniques*. New York: Brunner-Routledge; 2003. p. 373-406.
9. Verwoerd A. Psychopathological responses to the stress of physical illness. *Adv Psychosom Med*. 1972;8:119-41.
10. Heiskell LE, Pasnau RO. Psychological reaction to hospitalisation and illness in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9:207-18.
11. Kornfeld DS. The hospital environment: its impact on the patient. *Adv Psychosom Med*. 1972;8:252-70.
12. Perry S, Viederman M. Management of emotional reactions to acute medical illness. *Med Clin North Am*. 1981;65:3-14.
13. Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry*. 1974;131:271-4.
14. Engel GL. A psychological setting of somatic disease: the giving up-given up complex. *Proc R Soc Med*. 1967;60:553-5.
15. Cassell EJ. The nature of suffering and goals in medicine. *N Eng J Med*. 1982;306:639-45.
16. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom*. 1995;63:1-8.
17. Griffith JL, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005;46:109-16.
18. Kahana RJ, Bibring G. Personality types in medical management. In: Zinberg NE. *Psychiatry and medical practice in a general hospital*. New York: International Universities Press; 1964. p. 108-23.
19. Geringer ES, Stern T. Coping with medical illness: the impact of personality types. *Psychosomatics*. 1986;27:251-61.
20. Folkman S, Chesney M, Pollack L, Coates T. Stress, control, coping and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and negative gay men in San Francisco. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:409-16.
21. Folkman S, Lazarus R, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. The dynamics of a stressful encounter: cognitive ap-

- praisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50: 992-1003
22. Lipowsky ZJ. Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiatry Med.* 1970;1:91-102.
  23. Vaillant GE. *The wisdom of the ego.* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1993.
  24. Hackett TP, Cassem NH. Development of a quantitative rating scale to assess denial. *J Psychosom Res.* 1974;18:93-100.
  25. Cohen F, Lazarus RS. Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosom Med.* 1973;35:375-98.
  26. Young LD, Schweiger J, Beitzinger J, McManus R, Bloedel C, Koob J. Denial in heart transplant candidates. *Psychoter Psychosom.* 1991;55:141-4.
  27. Croog SH, Shapiro DS, Levine S. Denial among male heart patients: an empirical study. *Psychosom Med.* 1971;33: 385-97.
  28. Goldberg R, Green S. Medical psychotherapy. *Am Fam Physician.* 1985;31: 173-8.
  29. Fenichel O. Brief psychotherapy. In: *The collected papers of Otto Fenichel.* 2nd ed. New York: WW Norton; 1954. p. 243-59.
  30. Muskin PR. The combined use of psychotherapy and pharmacotherapy in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am.* 1990;13:341-53.
  31. Green SA. Principles of medical psychotherapy. In: Stoudemire A, Fogel B, Greenberg DB. *Psychiatric care of the medical patient.* New York: Oxford University Press; 2000. p. 7-8.
  32. Beck AT, Weishaar ME. Cognitive therapy. In: Corsini RJ, Wedding D, editors. *Current psychotherapies.* 4th ed. Itasca (IL): F.E. Peacock; 1989. p. 285-320.
  33. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioural therapies. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behaviour change.* New York: Wiley; 1994. p. 428-66.
  34. Kaupp JW, Rapoport-Hubschman N, Spiegel D. Psychosocial treatments. In: Levenson JL, editor. *Textbook of psychosomatic medicine.* Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 923-56.
  35. Sharpe M, Bass C. Psycho physiological mechanism in somatization. *Int Review Psych.* 1992;4:81-97.
  36. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model-an advanced educational program for nonpsychiatric doctors: Introduction. *Psychosomatics.* 2002;43(2):93-131.
  37. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice.* Washington: American Psychiatric Press; 1994.
  38. Levenson H, Hales RE. Brief psychodynamically informed therapy for medically ill patients. In: Stoudemire A, Fogel BS, editors. *Medical-psychiatric practice.* Vol. 2. Washington: American Psychiatric Press; 1993. p. 3-37.
  39. Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RJ. Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med.* 1992;117:1003-9.
  40. Klausner EJ, Alexopoulos GA. The future of psychosocial treatments for elderly patients. *Psychiatry Serv.* 1999;50: 1198 -1204.
  41. Van Marle S, Holmes J. *Supportive psychotherapy as an integrative psychotherapy.* New York: Oxford University Press; 2002.
  42. Alpay M, Cassem EH. Diagnosis and treatment of mood disorders in patients with rheumatic disease. *Ann Rheum Dis.* 2000;59:2-4.
  43. Donnelly J, Kornblith AB, Fleishman S, Zuckerman E, Raptis G, Hudis CA, et al. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology.* 2000;9:44-56.
  44. Hay J, Passik SD. The cancer patient with borderline personality disorders:

- suggestions for symptom-focused management in the medical setting. *Psycho-Oncology*. 2000;9:91-100.
45. Charkin JF, Veomans FE; Kenberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley; 1999.
  46. Levenson H, Speed I, Budman SH. Therapists training and skill in brief therapy: a survey. *Proceeding of the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*; Berkeley, CA, USA; 1992.
  47. Kaplan HI, Sadock BJ, Gregg JA. *Synopsis of psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
  48. Spiegel D, Sands S, Koop Man C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*. 1994;74:2570-8.
  49. Mc Williams N. *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford; 1999.
  50. Postone N. Psychotherapy with cancer patients. *Am J Psychother*. 1998;52:412-24.
  51. Bamporad JR, Vasile RG. *Psychotherapy*. New York: Wiley; 1990.
  52. Beck AT, Weishaar ME. *Cognitive therapy*. In: Consini RJ, Wedding D, editors. *Current psychotherapies*. 4th ed. Itasca (IL): F. E. Peacock; 1989. p. 285-320.
  53. Kazdin AE. Behavior therapy: evolution and expansion. *Counsel Psychol*. 1978;3:34-7.
  54. Rolland JS. Chronic illness and the family life cycle. In: Carter B, Mc Goldrick M. *The changing family life*. Boston (MA): Allyn and Bacon; 1989. p. 433-56.
  55. Bloch Kissane D. Psychotherapies in psycho-oncology: an exciting new challenge. *Br J Psychiatry*. 2000;177:112-6.
  56. Meger L, Mark MM. Effects of psychosocial intervention with adult cancer patients: a meta-analysis of randomised experiments. *Health Psychol*. 1995;14:101-8.
  57. Kaupp JW, Rapoport-Hubschman N, Spiegel D. Psychosocial treatments. In: Levenson JL, editor. *Textbook of psychosomatic medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 923-56.
  58. Taylor SE, Clark LF, editors. *Does information improve adjustment to noxious events? Advances in applied social psychology*. Hillsdale (NJ): Erlbaum; 1986.
  59. Gruber BL, Hersh SP, Hall NRS. Immunological responses to breast cancer patients to behavioural interventions. *Biofeedback Self Regul*. 1993;18:1-22.
  60. LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat KM, Jeans ME. Randomised controlled trial of a community-based psycho education program for the self-management of chronic pain. *Pain*. 1998;74:297-306.
  61. Speck PW. *Being there: pastoral care in time of illness*. London: SPCK; 1988.
  62. Princeton Religious Research Center. *Religion in America*. Princeton (NJ): Gallup Poll; 1996.
  63. Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs (clinical crossroads). *J Am Med Assoc*. In press.
  64. Koenig HG, Cohen H, Blazer DG, Pieper C, Meador KG, Shelp F, et al. Religious coping and depression in elderly hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1693-1700.
  65. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry*. 1998;155:536-42.
  66. Schnitker J. When is faith enough? The effects of religious involvement in depression. *J Sci Study Relig*. 2001;40:393-411.
  67. Koenig HG. *Spirituality in patient care*. Templeton Foundation Press; 2002.
  68. Albernethy AD, Chang T, Seidlitz L, Eving JS, Duberstein PR. Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*. 2002;26(6):456-63.

*Recibido para evaluación: 31 de marzo de 2006*  
*Aceptado para publicación: 30 de mayo de 2006*

*Correspondencia*  
*César H. González Caro*  
*Cra. 38A # 5A-100, cons. 901A*  
*Centro Médico Imbanaco*  
*Cali, Colombia*  
*Correo electrónico: cesar.gonzalez@imbanaco.com.co*