

LA ASISTENCIA PSICOLOGICA Y SU IMPORTANCIA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL LINFEDEMA

Por **Dra. Susana Gulias** ⁽¹⁾ / **Dr. Salvador Nieto** ⁽²⁾

(1) Directora del área de asistencia psicológica de la Fundación Salvador Nieto

(2) FICA

RESUMEN

Fueron estudiados 96 pacientes afectados por linfedemas primarios o secundarios de las extremidades mediante la escala HADS para identificar y resolver los conflictos psicológicos y evitar así que interfieran en los tratamientos médicos. Se analiza la eficacia de la intervención psicológica en los pacientes afectados de linfedema, su disposición al tratamiento médico y la aceptación de los resultados de la terapia empleada.

Una significativa reducción de la ansiedad se observó en aquellos pacientes que recibieron asistencia psicológica (50%) concomitantemente a la terapéutica del linfedema así como también una optimización de los resultados obtenidos por el tratamiento recibido.

De acuerdo a lo expuesto se considera muy beneficioso la incorporación de la psicología en los equipos de tratamientos médicos dedicados a la atención de enfermos con linfedema.

ABSTRACT

96 patients affected by primary or secondary limb lymphedema were studied by HADS scale (Hospital Anxiety and Depression Scale) to identify and solve psychological issues patients experienced so that these issues did not interfere with their medical treatment. We analyze the efficacy of psychological intervention on those patients affected by lymphedema, their receptiveness to the medical treatment, and their acceptance of the results the treatment utilized.

An important reduction in the anxiety of patients was noted in those patients who received psychological intervention (50%) in concurrence with their lymphedema treatment and it allowed to optimize the results of the medical treatment received.

So, we consider that it is highly convenient and effective to incorporate psychological intervention into medical treatments, especially those directed to treatment of patients with lymphedema.

INTRODUCCION

¿Cuándo comenzó esto? es, habitualmente, una de las preguntas iniciales en la anamnesis médica. También suele ser la pregunta que le formulamos al paciente en la consulta psicológica. Sin embargo, la respuesta en una y otra circunstancia es, frecuentemente, un punto cronológico en el caso médico (por ejemplo, este dolor se inició hace unos dos meses) y un punto biográfico vital en el caso psicológico (por ejemplo, este dolor coincide con el momento en que me divorcié). La necesidad de integrar los aspectos psicológicos a lo físico surge de la comprobación notoria de olvidos repetidos de las indicaciones médicas dadas al paciente, de recaídas llamativas e inexplicables, de consultas al profesional de modo indiscriminado, de quejas repetidas de un “dolor” difícil de asociar al linfedema y a su tratamiento, de demandas de estudios o análisis innecesarios pero que parecen ser lo único que calma al paciente momentáneamente. El dolor no es un efecto directo del daño físico ni proporcional a la extensión de tejidos lesionados, sino que es un fenómeno en el que muchos componentes emocionales refuerzan su intensidad.

Algunos factores de personalidad pueden influir notablemente en las características de la experiencia de dolor, tales como la edad, el sexo, la cultura a la cual pertenece la persona, conflictos psicológicos derivados de su historia de vida y el modo habitual de reaccionar ante determinados problemas psicológicos asociados al dolor. Lo psicológico tiene incidencia como una de las causas desencadenantes de la enfermedad o al menos extiende y profundiza el padecimiento. Ante la concreción de la enfermedad no es oportuno plantear si los problemas psicológicos fueron previos o no, pero el hecho concreto y evidente es su presencia e incidencia en el área orgánica, en el proceso de enfermar y en la evolución de la enfermedad. Pero, además, el psiquismo queda dañado por el hecho mismo de estar enfermo y tener, como consecuencia, una alteración en el esquema corporal por el linfedema.

La intervención de un psicólogo ayuda para que el dolor propio de la enfermedad no sea ampliado por los conflictos psicológicos, ya que cuando el psiquismo es desbordado, cuando siente que ya no puede más, reaparece el ni-

vel primario, es decir, lo biológico. Así es como comienza a gritar el cuerpo lo que el psiquismo calla. La alteración de la imagen corporal lleva a la persona a sentirse discriminada o serlo realmente. Se asilan no sólo del mundo externo sino también de su propia realidad interna, ya que ahora tienen una “buena excusa” en la enfermedad para justificar su dolor y sufrimiento y, parece, no es necesaria ninguna otra interpretación de esta realidad.

También nos encontramos que el linfedema, por las características propias de esta dolencia, no puede ser ocultada y conservarse en la intimidad, sino que, sin desearlo, debe ser compartida con los demás. Entonces, el hecho de hablar o callar de su enfermedad deja de ser una decisión exclusivamente personal para convertirse, casi, en un acontecimiento público.

Ver el cuerpo modificado produce un intenso dolor psíquico que es transportado a un dolor físico acorde, más fácil de identificar. En ese sentido, desde la medicina podemos decir que la persona “acumula” linfa y desde la psicología uno se pregunta: ¿qué acumula? ¿Enojo, angustia, desánimo, duelos? Ante esta situación y la sorpresa del médico ante la queja del paciente respecto de algo que le sigue “doliendo”, nos preguntamos: ¿qué es lo que le sigue doliendo a esta persona doliente?. Cuando esta pregunta se puede formular en un ámbito adecuado de intimidad y sensibilidad, con un profesional entrenado, aparece sin dificultades la verdadera causa de su dolor.

Y no es dolor precisamente de lo que hablan, sino de un intenso e indefinido sufrimiento. Escuchar respetuosamente lo que la persona considera la verdadera causa de su enfermedad ayuda a encaminar la solución de ese conflicto para conseguir que el enfermo deje de expresar con el cuerpo un dolor del alma y, así, optimizar la respuesta a los tratamientos médicos.

En muchos pacientes la angustia se amplifica porque lo asocian a situaciones traumáticas -o les reactualizan recuerdos- propias o de personas importantes en su historia.

Aunque la enfermedad ocupa un lugar importante en la vida de la persona, no es toda la vida de esa persona.

Aprender a convivir con ella, con los tratamientos, con los cambios en su actividad social o laboral y en sus vínculos afectivos, implica un desafío. Desafío, también, porque cuando le

preguntamos al paciente por qué cree que enfermó, escuchamos como respuesta una situación de fuerte contenido emocional. Esto indica que, aunque pongamos atención y cuidado en la enfermedad misma, no es suficiente, ya que parece que existe algo más que enferma y no se cura con pastillas ni con palabras de ánimo.

De este modo se logra el alivio de la persona enferma, la aceptación de su realidad con todas las limitaciones que pueda tener pero, también, con todas las posibilidades que permiten la resolución de ese conflicto.

Con esto se consigue una respuesta genuina a los tratamientos médicos y se evitan complicaciones o alteraciones que tienen un origen psíquico –no físico– y confunden y desalientan al paciente y desconciertan a los médicos. Esto queda de manifiesto con el famoso me duele o me siento mal sin una causa orgánica que lo justifique.

Siempre es más fácil comunicar algo del orden físico ya que pareciera que para ello existe remedio y se puede calmar. En cambio el padecimiento psíquico es difícil de precisar, de ponerlo en palabras, de tener esperanza de alivio.

El conflicto y dolor psíquico consiguiente es uno de los motivos de la enfermedad y la manifestación concreta de que dicha enfermedad y el modo de enfermar, a la vez que oculta nos devela algo de ese sujeto.

En una sociedad que no quiere escuchar de nuestro dolor anímico, es mejor aceptado el dolor del cuerpo. Ya ni siquiera se habla de tristeza o ansiedad o angustia, ahora todo es estrés.

La comprobación de la interferencia de lo emocional en los tratamientos o indicaciones médicas queda en evidencia cuando, ante una cirugía, el paciente o la familia “olvidan” algún insumo necesario para tal fin o aparecen enfermedades menores o complicaciones de “último momento” que llevan a aplazar operaciones o terapias. Esto no se revela en los análisis clínicos convencionales que, desde el punto de vista biológico, resultan impecables. También aparecen manifestaciones de sometimiento (el enfermo obedece ciegamente las indicaciones del médico, pero llamativamente no mejora) como perpetuación de un estado de cosas que le facilita la negación de sus conflictos. Otras veces se observa el desafío absoluto al médico como modo de rivalizar con él y la enfermedad misma.

De ahí la necesidad de la intervención del psi-

cólogo para que lo psíquico no amplifique lo somático o interfiera en lo terapéutico.

El linfedema genera ansiedad y angustia por la alteración en el esquema corporal y la invalidez física, laboral o social que, eventualmente, conlleva, sea cual fuere su origen.

Si se tienen en cuenta los aspectos emocionales, se podrá comprender al sujeto integralmente, anticiparse y prevenir para tratar con éxito algunas complicaciones que, circunstancialmente, aparezcan en el tratamiento médico.

El esclarecimiento al paciente respecto de su padecimiento y a la familia respecto del integrante enfermo, permiten discriminar y aceptar esta situación evitando los posibles beneficios secundarios de la enfermedad.

Lo que las personas callan de sus situaciones privadas o íntimas o no las pueden expresar por no encontrar el lugar, el tiempo oportuno o el interlocutor adecuado, no sólo lo expresan con gestos, actitudes o conductas sino también con el funcionamiento mismo de su organismo.

La salud es un concepto que contiene elementos singulares que la convierten en un tema personal y se construye diariamente siendo más un proceso biográfico que un estado biológico.

A través de la adecuada contención psicológica del paciente y su familia se los puede ayudar a una aceptación de la enfermedad, una mejor calidad de vida, disminuir la angustia que provocan las fantasías de muerte, deterioro o cambio en el esquema corporal, vivencias de agresión y destrucción.

Cuando se afirma que la salud es un derecho se afirma algo sin sentido. Lo que es derecho de todos es disponer de recursos y medios para construir la salud o mantenerla.

OBJETIVO

Atención de los aspectos psicológicos del paciente afectado por linfedema, ya sea como consecuencia de tratamientos oncológicos o por factores congénitos o genéticos.

El propósito es, por un lado, develar y resolver los conflictos psicológicos de los pacientes para que éstos no amplifiquen sus padecimientos físicos ni interfieran en los tratamientos médicos y puedan integrar sus aspectos emocionales y somáticos, ayudándoles a discriminar el padecimiento por la enfermedad del padecimiento

por dolor psíquico. Por otro lado, la finalidad es verificar la eficacia de la intervención psicológica en los pacientes afectados de linfedema, su disposición al tratamiento médico y la aceptación de los resultados de la terapia empleada.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron estudiados 96 pacientes en total. En una entrevista inicial, al comienzo del tratamiento médico, se administró la escala HADS (Escala de Depresión y Ansiedad) tanto a aquellos pacientes que recibirían atención psicológica (48 pacientes) como a quienes no (48 pacientes). Se llevó a cabo la misma prueba, nuevamente, al finalizar la terapéutica médica.

RESULTADO

Se comprobó una sensible disminución de la ansiedad en el 80% de los pacientes que tuvieron asistencia psicológica, en tanto que el grupo que no recibió dicha asistencia no presentó variaciones en su grado de ansiedad.

Respecto de la depresión, no se comprobaron niveles importantes de la misma ni en uno ni en otro grupo de pacientes, salvo algunos casos en que dicha depresión no puede considerarse como efecto del padecimiento de linfedema.

Como hecho destacable debe señalarse que el total de los pacientes con atención psicológica manifestó sentir un gran alivio emocional al poder hablar sin prejuicios sobre su enfermedad y una notable mejoría en su estado de ánimo, lo cual otorga al enfermo una mayor predisposición y aceptación del tratamiento médico. Por otra parte, esto favorece la relación médico-paciente y por ende intensifica significativamente los beneficios del método terapéutico.

DISCUSION

La asistencia psicológica requiere del compromiso personal de los profesionales tratantes e institucional de las organizaciones de salud que intervienen, ya sean obras sociales o medicinas prepagas, que permitan esta posibilidad a todos los pacientes. Se debe hacer un enfoque integral (físico, psíquico y social) de la persona enferma

no sólo por razones humanitarias sino también para optimizar los resultados de la terapia médica, teniendo en cuenta que los aspectos psicológicos y la personalidad de los pacientes pueden formar parte de la etiología de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

Los pacientes afectados por linfedema, ya sea como consecuencia de tratamientos por cáncer o por causas congénitas o genéticas, requieren de atención psicológica ya sea por padecer cáncer, por la ansiedad y angustia que tal enfermedad genera o por la alteración en el esquema corporal y la invalidez física, laboral o social que conlleva una enfermedad como el linfedema.

Si se tienen en cuenta los aspectos emocionales se podrá comprender al sujeto integralmente y anticiparse y prevenir para tratar con éxito algunas complicaciones que, eventualmente, aparezcan en el tratamiento médico.

PROPUESTA

Aunque desde la antigüedad se acepta que el aspecto emocional es parte fundamental de la relación médico-paciente y, por lo tanto, es una pieza de vital importancia para la curación y mejoramiento de las enfermedades, con el avance científico y tecnológico, lo psicológico fue quedando relegado porque no puede ni medirse ni estandarizarse. Sin embargo, al quedar de manifiesto en los últimos años la limitación de la tecnología para comprender que el ser humano es el resultado de un cuerpo, una mente y el medio que lo rodea, la psicología se fue incorporando como un elemento más en el ejercicio profesional en casi todas las especialidades.

Aún así debe reconocerse que la dificultad en cuantificar las emociones sigue limitando considerablemente la participación de la psicología en los procedimientos terapéuticos médicos.

De tal manera y de acuerdo a lo expuesto ut supra, la propuesta consiste, sencillamente, en la incorporación de la psicología en los equipos de tratamientos médicos y, especialmente, en aquéllos dedicados a la atención de enfermos con linfedema, según lo señalado en objetivos.

BIBLIOGRAFIA

1. Abadi, Garma et al. La fascinación de la muerte. Ed. Paidós 1973
2. Agra Y, Badià X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Check List para medir calidad de vida en enfermos oncológicos. Rev Esp Salud Pública. 1999, 73:35-44.
3. Badià, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin 1998;110:550-6.
4. Cancina P. El dolor de vivir y la melancolía. Ed. Homo Sapiens, 1992.
5. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Gen Hosp Psychiatry, 15: 69-74, 1993.
6. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. Cancer, 53 (Supp): 2243-2249, 1984.
7. Freud, S. Duelo y melancolía. Ed. Biblioteca Nueva. 1981
8. Freud, S. Más allá del principio de placer. Ed. Biblioteca Nueva. 1981
9. Freud S. El problema económico del masoquismo. Ed. Biblioteca Nueva. 1981
10. Freud S. Las pulsiones y sus destinos. Ed. Biblioteca Nueva. 1981
11. Guir J. Psicósomática y cáncer. Ed. Catálogos, 1983
12. Gulias S, Birgin D et al. Psicooncología. Diferentes miradas. Editorial Lugar. 2004.
13. Gulias S, Nieto S. Incidence of psychological assistance in patients affected by lymphedema. XX International Congress of Lymphology. September 26-30, 2005. Salvador, Bahia, Brasil.
14. Hays RD, Anderson R, Revicki DA. Psychometric evaluation and interpretation of health-related quality of life data. In: shumaker SA, Berzor RA. The International Assessment of Health Related Quality of Life: Theory, Translation Measurement and Analysis. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd; 1995.p.103-14.
15. López-Roig S, Terol MC, Neipp, MC, Leyda I, Massutí B, Picó C, Pastor MA. Assessing anxiety and depression with HADS scale in a spanish cancer population: a preliminary validation study. Psycho-oncology, 7, 1998.
16. Moorey S, Greer S, Watson M et al. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Br J Psychiatry, 158: 255-259, 1991.
17. Rosenbaum E. Vivir con cáncer. Ed. Anesa, 1976.
18. Schavelzon J. Freud, un paciente con cáncer. Ed. Paidós. 1983.
19. Schavelzon J et al. Impacto psicológico del cáncer. Ed. Galerna, 1978.
20. Shipman C, Addington-Hall J, Barclay S, Briggs J, Cox I, Daniels L, Millar D. Educational opportunities in palliative care: what do general practitioners want? Pall Med 2001; 15: 191-6.
21. Spiegel D. Cancer and depression. Br J Psychiatry, 168 (suppl 30): 109-116, 1996.
22. Wainer G. El amor, los celos, el celo. Ed. El Ateneo, 1995.