

Funcionamiento psíquico de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada: Formulación psicodinámica de casos clínicos.

Funcionamento psíquico de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica: Formulação psicodinâmica de casos clínicos.

Psychic functioning in chronic obstructive pulmonary disease patients: Psychodynamic formulation of clinical cases.

Ana Luz Protesoni
Universidad de la República, Uruguay

Autor referente: protesoni@psico.edu.uy

Historia Editorial
Recibido: 11/2/2016
Aceptado: 26/4/2016

RESUMEN

Los pacientes con Enfermedad Obstructiva Pulmonar Crónica (EPOC) tienen una limitación del flujo aéreo progresiva y poco reversible. Presentan permanentemente síntomas con episodios de agudización y pérdidas funcionales irreversibles con una creciente dependencia.

Se investigó con el fin de comprender el funcionamiento psicológico de los pacientes con EPOC y las modalidades vinculares con sus cuidadores.

Se utilizó una metodología cualitativa, descriptiva de estudio de casos clínicos de 14 pacientes en estadio avanzado de su EPOC (oxigenodependientes),

usuarios de la Red de Atención Primaria (ASSE).

Formulaciones Psicodinámicas de los Casos clínicos (Varela, De Souza, Miller, Villalba, Oyenard, Zytner, & Bernardi, 2014). Se analizaron las categorías: “experiencia subjetiva de enfermedad”, “diagnóstico de relaciones interpersonales” y “diagnóstico de conflictos”.

Se encontró que los pacientes utilizan un modelo explicativo de la enfermedad orientado a factores externos, denotando poca capacidad de implicación. Manejan de modo racional y desafectivizado el diagnóstico y

pronóstico. Se aferran a la imagen de sí mismos en estado de salud, con poca capacidad adaptativa. Centran su padecimiento en el eje autonomía e independencia. Los conflictos principales giran entorno a la individuación – dependencia; sumisión – control y protección – autarquía. Se

encontró un patrón relacional interpersonal con disfuncionalidades en los ejes: control y afiliación.

En síntesis el estudio aportó a la comprensión integral del proceso salud – enfermedad y permitió ajustar las intervenciones del equipo asistencial.

Palabras clave: Funcionamiento psíquico, Formulación psicodinámica, EPOC avanzado

RESUMO

Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) têm uma limitação do fluxo de ar progressiva e com pouca reversibilidade. Apresentam sintomas com exacerbações e perdas não recuperáveis, com o aumento da dependência funcional.

A finalidade da pesquisa foi compreender o funcionamento psicológico de pacientes com DPOC e as modalidades relacionais com seus cuidadores.

Foi utilizada uma metodologia de estudo qualitativo, descritivo de casos clínicos de 14 pacientes em estágios avançados da DPOC (dependente de oxigênio), usuários da rede de cuidados primários (ASSE). Os materiais clínicos obtidos foram analisados según as formulações psicodinâmicas de casos clínicos (Varela, De Souza, Miller, Villalba, Oyenard, Zytner, & Bernardi, 2014). "A experiência subjetiva da doença", "diagnóstico das relações

interpessoais" e categorias "Diagnóstico conflito" foram analisados. Verificou-se que os pacientes utilizam um modelo explicativo dos factores externos orientado pela doença, o que implica pouca capacidade de envolvimento. Eles gerenciam diagnóstico e prognóstico de forma racional e desafectivizada, apegam-se à imagem de si mesmos na saúde, mostrando baixa capacidade de adaptação. Eles se concentram a sua condição no eixo autonomia e independência. Os principais conflitos giram em torno da individuação - dependência; submissão-controle e proteção-autarquia. Controle e filiação: identificou-se um padrão de relacionamento interpessoal com disfuncionalidade nestes eixos.

Em suma, o estudo forneceu uma compreensão abrangente da saúde - doença e permitiu adequar as intervenções da equipe de saúde..

Palavras-chave: Funcionamento psíquico, Formulação psicodinâmica, DPOC avançada

ABSTRACT

Patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) have a progressive and irreversible limitation of the air flow. They have permanent symptoms with worsening

periods and irrecoverable losses in function, requiring increasing levels of assistance.

The aim of this research was to comprehend the psychic functioning in

COPD patients and their relationship modalities with their caretakers.

A qualitative descriptive methodology was implemented to study multiple cases with 14 patients in advanced phases of COPD (oxygen-dependants), belonging to the Primary Level of Care (ASSE).

Psychodynamic formulation of clinical cases (Varela, De Souza, Miller, Villalba, Oyenard, Zytner, & Bernardi, 2014) was used for the analysis. The following categories were analyzed: “subjective experience of the disease”, “interpersonal relationship diagnosis” and “conflict diagnosis”.

It was found that patients use an explanatory model of the disease oriented to external factors, showing a

limited capacity of involvement. They demonstrate a rational and indifferent disposition regarding their diagnosis and medical prognosis. They hold their self image as it was in a healthy state, showing a lesser adaptive capacity. They focus their suffering in the autonomy and independence axis. Main conflict develops around ideas of individuality-dependence, submission-control and protection-autarchy. An interpersonal relationship pattern with dysfunctions in control and affiliation axes was found.

Altogether, the study contributed to the comprehensive understanding of the health-illness process and allowed the assistance team to adapt their interventions.

Keywords: Psychic functioning, Psychodynamic formulation, Advanced COPD.

Introducción

Las mejoras en las condiciones de vida en general y los avances en los tratamientos médicos han ocasionado un incremento en el envejecimiento de la población, concomitantemente con procesos de cronificación de enfermedades, entre ellas las afecciones pulmonares obstructivas crónicas. La cronificación de enfermedades plantea nuevas complejidades para quienes padecen la afección y su entorno e incide en las relaciones interpersonales y en el sistema de salud. Algunas de estas complejidades que afloran en los pacientes tienen que ver con los procesos psicológicos que se desencadenan cotidianamente ante el afrontamiento de la enfermedad, así como con las cualidades vinculares predominantes que inciden en los cuidados de sí y del entorno. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación del flujo aéreo, poco reversible. Se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco, que pueden producir síntomas como la

disnea, la tos crónica acompañada o no de expectoración (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011). La EPOC es una enfermedad crónica, de avance lento y progresivo. En su transcurso puede presentar una sucesión de episodios de agudización que requieren internaciones cada vez más riesgosas. Durante este largo proceso el paciente va presentando síntomas de forma permanente y se enfrenta sucesivamente con pérdidas funcionales irreversibles. En Uruguay según estudios recientes afecta a 20 de cada 100 personas mayores de 40 años (EPOC: el mal de uno de cada 5 uruguayos, 2015). Esta es una de las prevalencias más altas de América Latina -cuyo promedio es del 13%, según estudio realizado por la Asociación Latinoamericana del Tórax en el 2008. A nivel mundial afecta cerca de 210 millones de personas, con una tasa de mortalidad de 2.9 millones por año y se ha consolidado como la cuarta causa de muerte y discapacidad en los países de ingresos bajos y medios. El principal factor de riesgo es el tabaquismo. La enfermedad pulmonar crónica tiende a ser subdiagnosticada en sus inicios, teniendo un promedio de evolución de diez años o más, transcurso en el que se asocia a otras afecciones co mórbidas (cardiopatías, afecciones renales o diabetes) y sobre la que se hace difícil acordar en la práctica, la fase final de la enfermedad. Estas condiciones han llevado a proponer como estrategia asistencial los cuidados paliativos continuos con el fin de dar respuesta a los múltiples requerimientos de los pacientes y su familia. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1990) los cuidados paliativos son un enfoque que:

(...) mejoran la calidad de vida de pacientes y familia que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales (párr. 3).

Estos cuidados deberían iniciarse conjuntamente con el diagnóstico primario, especialmente cuando la enfermedad es considerada amenazante para la vida y no

solamente en las etapas finales. De este modo se viene pautando (Gómez Sancho, 2003) un criterio de asistencia continua e integral. Mientras la continuidad apunta a la coexistencia de tratamientos curativos y paliativos, la integralidad refiere al dar respuestas a las múltiples dimensiones que comprometen las afecciones crónicas y progresivas: los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales. El paciente con EPOC en fase avanzada según Escarrabill, Soler, Hernández, & Servera (2009) “mejorar el tratamiento de las fases avanzadas de la EPOC tiene un impacto directo en la calidad de la asistencia que se ofrece al paciente, pero además tiene un impacto positivo en el conjunto del sistema sanitario”. Estudios realizados por Gómez-Batiste et al. (2005) comprobaron que la asistencia en las fases avanzadas de la enfermedad desplaza la atención del hospital a la comunidad, reduce los ingresos hospitalarios y disminuye las internaciones en las unidades de cuidados intensivos. Los pacientes con EPOC en etapa avanzada, se caracterizan por presentar disnea, acompañada en algunos casos de dolor (aplastamientos vertebrales, inmovilidad), trastornos gastrointestinales (náuseas, anorexia, estreñimiento) ansiedad / depresión, trastornos del sueño o pérdida de peso. Varios estudios demuestran (Cedaño, De Cassia, Traldi, Lombardi, & Goncalvez, 2013; Islas, Ramos, Aguilar, & García, 2006) que esta enfermedad, por los cuidados que requiere el paciente, afecta al cuidador limitándolo en las relaciones sociales y enfrentándolo a ser testigo del sufrimiento durante un largo período de tiempo. En ese sentido Bausewin, Farquhar, Booth, Gysels y Higginson (2007) llegan a considerar la disnea (el síntoma de mayor prevalencia e incapacitante en esta afección), como un síntoma familiar. Hay estudios (Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso, & Quintero, 2006) que se centran en los síntomas que genera la enfermedad, tales como: la ansiedad, la depresión, los trastornos en el sueño y la claudicación familiar. Se estima que el 40% de los pacientes con EPOC presentan simultáneamente ansiedad y/o depresión, lo cual incide en la adherencia al tratamiento médico, el abandono prematuro de los programas de rehabilitación pulmonar, el incremento de la

estancia hospitalaria y disminución de la calidad de vida. El porcentaje de incidencia de estos síntomas varía en los diferentes estudios ya que estos síntomas se solapan con los del EPOC dificultando su diagnóstico.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA DE CASOS CLÍNICOS

El objetivo de este trabajo es aportar a la comprensión del proceso de enfermedad (singular y colectivo), dando cuenta de las peculiaridades del funcionamiento psicológico del paciente con EPOC avanzado y de las modalidades vinculares que sostiene con sus cuidadores. Se entiende que comprender el proceso de enfermedad aportaría en la planificación de las intervenciones.

Procedimiento:

Se analizaron 14 casos clínicos de pacientes que cursaban un estadio avanzado de su EPOC (CF III, IV) usuarios de la Red de Atención Primaria (ASSE), durante los años 2014 y 2015. Estos pacientes considerados crónicos tenían un proceso de evolución entre 5 y 10 años. Fueron asistidos en domicilio, por un equipo interdisciplinario integrado por médicos, psicólogos y asistentes sociales. Al momento de la intervención psicológica presentaban problemas para movilizarse, la mayoría eran pacientes encamados más de un 70% del día, oxigenodependientes, con problemas de autonomía requiriendo asistencia para levantarse, vestirse, lavarse, alimentarse. Las intervenciones psicológicas se realizaron por derivación médica. Se trabajó desde la primera entrevista con la Formulación Psicodinámica de Casos clínicos (FPC). Como plantea Varela et al. (2014), la formulación de un caso clínico desde el psicoanálisis, es un proceso subjetivo, que pretende comprender el sentido de la vida interior, del mundo privado del paciente poniéndose en la piel de la persona. La FPC se basa en el Manual de diagnóstico operacionalizado OPD2 (Grupo de Trabajo OPD, 2008), el Manual de diagnóstico psicodinámico (PDM) y la escala de niveles de funcionamiento

de la personalidad (LPFS) de la Sección III del DSM-5.

Se realizó un estudio de casos múltiples (Bogdan & Biklen, 1982), para comprender el proceso de enfermedad, las peculiaridades del funcionamiento psicológico del paciente y las modalidades vinculares. Se tomaron las siguientes categorías de acuerdo a la FPC:

1- “experiencia subjetiva de enfermedad”: la perspectiva del paciente sobre lo que le sucede y las creencias o teorías explicativas que construye con respecto a la enfermedad, conllevan implícitamente una teoría sobre el tratamiento y la cura. Estas son decisivas en la definición de los focos y el tipo de tratamiento a orientar.

2- “diagnóstico de relaciones interpersonales”: las vivencias relacionales y las pautas de relacionamiento permiten una aproximación a las modalidades vinculares. ¿Cómo experimenta el paciente a los otros, cómo se experimenta a sí mismo en la relación con los otros?; ¿Cómo experimentan los otros al paciente y cómo se experimentan a sí mismos en relación con el paciente?. Estos aspectos son sustanciales en las enfermedades crónicas de larga dependencia y en etapa avanzada que requiere permanentes cuidados.

3- “diagnóstico de conflictos”: se describen los deseos, pensamientos, representaciones y afectos que representan grupos motivacionales contrapuestos, destacando aquellos que resultaron ser los más significativos para los pacientes, con el fin de comprender las peculiaridades del funcionamiento psicológico. Los conflictos centrales del paciente pueden desarrollarse a nivel del apego, de la independencia, del deseo de poder, de la culpa, a nivel edípico, de la autoestima, narcisismo, control de los otros, o de la identidad. El OPD delimita siete tipos de conflictos: individuación versus dependencia; sumisión versus control; deseo de protección y cuidado versus autarquía, autosuficiencia; conflicto de autovaloración; conflicto de culpa; conflicto edípico; conflicto de identidad. Se realizó un estudio comparativo e inductivo de los casos tomando como recurso el análisis de contenido de los informes realizados de

cada paciente según la pauta de la FPC.

Resultados del análisis de 14 casos clínicos:

1- “Experiencia subjetiva de enfermedad”:

Esta categoría permite acceder al grado de sufrimiento del paciente, su capacidad de autoreflexión y o tolerancia a la sobrecarga emocional.

– Padecimiento subjetivo del paciente: Los pacientes con EPOC en estadio avanzado dan cuenta de un importante padecimiento producto de las limitaciones en la vida cotidiana a las que se enfrentan, los microduelos por los que transitan, las limitaciones en la autonomía e independencia personal. Son pacientes que viven reclusos en su hogar (“prisioneros de la enfermedad”) e incluso en un espacio reducido del hogar (la cama). No pueden sustentar su vida (dejaron de trabajar, percibir dinero por ello), plantean grandes dificultades para resolver la sobrevivencia diaria por las limitaciones que presentan para elaborar la comida, limpiar el entorno en el que viven, vestirse e higienizarse. Los pacientes manifiestan angustia, ansiedad, temores nocturnos, insomnio, crisis de pánico. Pero ese padecimiento está colocado en la afección respiratoria y las limitaciones vitales, no se logra implicar en ese proceso al sujeto psíquico. Estos pacientes difícilmente llegan a construir una demanda de cambio psíquico en tanto todo el padecimiento queda colocado en los síntomas vinculados a la enfermedad y no es frecuente que logren implicarse en la desabituación tabáquica, objeto que sin embargo reconocen como causante de sus afecciones.

– Gravedad de la enfermedad: Los pacientes asistidos han manifestado un manejo consciente, racional, intelectualizado y desafectivizado del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad respiratoria. A diferencia de otros pacientes, como los oncológicos, el paciente con EPOC habla de la enfermedad sin temores, puede nombrarla, muestra un amplio conocimiento del funcionamiento respiratorio, de la evolución de la enfermedad. No plantea ambigüedades con respecto a la información ni con respecto

a los tratamientos, los que en estos pacientes no generan elevado estrés. Es significativa la poca carga afectiva (angustiosa) con que narran la enfermedad, operando fuertes mecanismos defensivos que permiten desligar el afecto vivido de la representación. La negación, la desmentida no son en estos pacientes los mecanismos prevalentes.

– Creencias con respecto a la enfermedad: Se registró un modelo explicativo de la enfermedad orientado a factores externos (cigarrillo). En la anamnesis de los casos tratados los pacientes no describen haber cambiado su funcionamiento en relación a la ansiedad y o la depresión a partir del EPOC, sino que estos aspectos son referidos como parte constitutiva de la personalidad.

– Apertura psicológica: El trabajo psicológico encontró obstáculos vinculados a la poca capacidad de los pacientes de abrirse a la psicogénesis de sus problemas. La mirada psicológica sobre las causas y los significados del padecimiento, la mirada introspectiva sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos no ha sido una característica prevalente en los tratamientos. Sin embargo a nivel manifiesto los pacientes aceptaban el espacio psicológico y lo sostenían con continuidad por el beneficio que les aportaba el vínculo que generaban. Requerían ser escuchados, estar acompañados, poder hablar de sus miedos, ansiedades y angustias (“me descargo el alma”). Aceptaron los ejercicios de respiración y relajación guiada luego de haberse establecido un vínculo de confianza, esperando la entrevista para poder permitirse descansar.

En general los pacientes tendieron a mostrarse refractarios a las intervenciones psicológicas del tipo interpretativas, trasluciendo poca capacidad de introspección, de mentalización y de establecer conexiones entre sus vivencias internas, sentimientos y pensamientos. Así como presentaban dificultades para incorporar el oxígeno, también para asimilar las intervenciones psicológicas que los implicaran en el proceso de enfermedad. Estos parámetros llevaron a definir como estrategia intervenciones de

apoyo emocional más que intervenciones comprensivas, centrada en los conflictos internos. Si bien éstas tuvieron lugar, no fueron lo más frecuente y se suscitaron posteriormente al establecimiento de un vínculo confiable. En general los pacientes demandaron una búsqueda de apoyo emocional, de descarga, desahogo y compañía. Se mostraron dependientes en el vínculo, impotentes ante las situaciones diarias de resolución vital y deseaban contención emocional en el espacio psicológico.

– Motivación para el cambio: En los pacientes asistidos, en general no se percibió una implicación en el proceso de enfermar, por lo cual la motivación para el cambio no ha tenido un lugar relevante. La enfermedad es percibida como un objeto exterior que genera padecimiento y el sujeto queda a merced de sus avatares, no generándose un compromiso con la enfermedad. Se ha registrado una tendencia hacia la actitud pasiva, demandante, expectante del otro y controladora. El cuerpo es invadido por los afectos de ansiedad y angustia. Es un cuerpo que no responde al yo, que no sigue las órdenes y disposiciones del yo de la conciencia, un cuerpo mutilado (“medio pulmón”).

– Recursos personales adaptativos para afrontar activamente la enfermedad. Los pacientes transmiten haber perdido capacidades personales, recursos que los hacían sentir eficientes, resolutivos, lo cual es fuente de angustia. Plantean grandes dificultades para adaptarse a las limitaciones que la enfermedad les genera. Tienden a quedar adheridos a la imagen de sí mismos en estado de salud. Sobrevaloran ese pasado, necesitando hablar de los desafíos vividos, las adversidades enfrentadas, añorando esa imagen idealizada y poderosa de sí mismos.

En términos generales se puede decir que los pacientes con los que trabajamos plantearon dificultades para adecuar esa imagen de sí mismos, a la nueva imagen que el funcionamiento diario corporal les impone, dando cuenta de un quiebre en la apoyatura corporal del psiquismo. También plantearon dificultades para estar solos, conciliar el sueño y para relajarse, experiencias vividas con temor y ansiedad.

2- “Diagnóstico de relaciones interpersonales”:

Una de las problemáticas más relevantes en el trabajo clínico psicológico con los pacientes con EPOC en estadio avanzado han sido los conflictos interpersonales, en tanto estos se ven incrementados por el nivel de dependencia de los pacientes. El patrón relacional disfuncional de estos pacientes ha sido uno de los motivos de consulta explícitos más frecuentes, que ocasiona malestar, sufrimiento y conflictos diariamente. Estos patrones relacionales se re escenificaron (de acuerdo a un trabajo de Jacobs publicado en 1999) en la relación terapéutica, a través de la transferencia (Freud, 1925/1992). Se tomó para el análisis de la conducta interpersonal el modelo circunflejo de Benjamin, publicado en 1979 y 1993, basado en dos ejes: control (dominante/controlador vs sumiso/sometido) y afiliación (afectuoso/cercano vs amenazador/distante). Se observó que estos pacientes tienen una vivencia de sí mismos desvalidos, carentes, impotentes, necesitados de ayuda a causa de las limitaciones físicas. En el otro extremo se ubican las vivencias con respecto a los otros como proveedores, dadores, omnipotentes. Estas polaridades despiertan hostilidad, agresividad, envidia. Sin embargo quienes acompañan a los pacientes no siempre los viven como sumisos y sometidos sino que mucha veces los vivencian exigentes, demandantes, inconformistas, quejosos, hostiles, con poca capacidad para demostrar gratitud, satisfacción, reconocimiento. Resultó frecuente la baja correspondencia entre la imagen que los pacientes tienen de sí mismos y la que los otros tienen del paciente. Se registraron también oscilaciones entre la tendencia de los pacientes a encerrarse en sí mismos, aislarse en la dramática personal que están viviendo, con otros momentos en los que pasan a controlar la vida, los movimientos de quienes los rodean, en función de sí mismos y básicamente a partir del miedo a ser abandonados. En estos patrones relacionales la afectividad no circula fácilmente.

– Relación médico – paciente: el paciente con EPOC en estadio avanzado, es un paciente que depende de la administración médica de oxígeno. En las consultas realizadas se ha observado a predominio un relacionamiento ambivalente con el

equipo de salud. Por un lado aparece una sobrevaloración del equipo asistencial, en el que colocan todas las expectativas que los une a la vida (la provisión de oxígeno), pero es también el lugar en el que depositan todas las quejas y los reclamos. Se constata un uso inapropiado de esta medicación y un permanente control sobre este objeto y quienes lo proveen. Los pacientes en su discurso dan cuenta de la responsabilidad que los implica en la enfermedad por la práctica de tabaquismo. Ese lugar protagónico en la etiopatogenia de la afección lo vivencian como una carga, un estigma social y les genera temores a no ser objeto de los recursos del sistema de salud. Incluso aquellos que sostienen la fantasía del trasplante, sienten que no van a ser elegidos, como castigo por las prácticas tabáquicas que en 10 general no abandonan incluso en etapas avanzadas. El servicio de salud representa un lugar salvador, proveedor de vida y al mismo tiempo como no responde con esas fantasías y demandas inagotables es un lugar en el que descargan hostilidad.

3- “Diagnóstico de conflictos”:

En el caso de pacientes que transitan un evento vital estresante como el EPOC, (que se desarrolla sobre condiciones estructurales preexistentes) no se trata de conflictos inconscientes propiamente dichos sino de dinámicas inducidas por el evento vital.

En el análisis de los casos tratados encontramos un predominio de los siguientes conflictos:

1- Individuación versus dependencia: Los pacientes plantean poca capacidad para separarse y poder estar solos, a pesar de tener cubiertos los requerimientos vitales. La enfermedad confirma y legitima la dependencia y los requerimientos de cercanía afectiva. Aparece miedo a la soledad, desprotección, abandono. Pero a su vez el estar acompañado genera conflictos por la demanda y exigencias hacia el otro que nunca son satisfechas. El otro con su presencia y capacidad de resolución hace presente la autonomía e independencia perdida, que se vive con dolor. Este conflicto se presentó en sus dos extremos: en el modo pasivo a través de la búsqueda permanente de

atención o en su modo activo generando una relación distante por miedo a pegotearse y perder la individuación.

2- Sumisión versus control. En la casuística con la que se trabajó este conflicto se hizo presente fundamentalmente en su polo activo. Los pacientes evidenciaron una tendencia al dominio y control permanente sobre los otros, las relaciones y los objetos. Traslucían una lucha de poder ante el temor a ser controlados, sometidos. El afecto que guía este conflicto es la agresividad desafiante. La pérdida de control es percibida como una amenaza. El tanque de oxígeno es el objeto principal del que viven pendientes (la accesibilidad, el gasto, la llegada de los funcionarios, etc.) haciendo un uso desorganizado y desmedido. Este conflicto en su polo pasivo los lleva a vivir la enfermedad como un destino al que resignarse. Cuando opera este modo de funcionamiento adoptan una actitud explícita de obediencia al médico aceptando las indicaciones, pero lo sabotean pasivamente en el tratamiento. Otros funcionan en un polo más activo y luchan contra la enfermedad (“no me doblegará”), lo cual ocasiona grandes dificultades cada vez que se encuentran con una recaída. Cuando se instala en esta polaridad activa los pacientes confrontan con el médico por vivirlo como poderoso y controlador, buscando el derecho a la autodeterminación y se muestran reivindicativos e insatisfechos.

3- Deseo de protección y cuidado versus autarquía autosuficiencia. Estos conflictos se vinculan con el apego y se pueden manifestar como la dependencia en la relación, a diferencia del conflicto de la individuación que se relaciona con la dependencia de la relación hasta llegar a la fusión. La pérdida del otro es el factor central del motivo de angustia. En algunos pacientes estos conflictos se presentaron en un polo pasivo: dependientes, demandantes con tendencia a aferrarse al otro. Se aferran al médico, al cuidador de forma pasiva para ser atendidos y pueden llegar a provocar agotamiento y enojo en los cuidadores. En la presentación activa de este conflicto a veces rechazan la ayuda y exteriorizan descontento con el cuidado que reciben. Se presentan como

autosuficientes al punto que manifiestan que se las arreglan solos y prescinden de los demás no pudiéndose colocar en el lugar de pacientes – enfermos. Son los casos en que el espacio psicológico lo viven más como una instancia en la que ayudan al psicólogo y no tanto en la que pueden ser ayudados.

4- Conflicto de culpa: Este conflicto no ha sido uno de los predominantes a pesar de que los pacientes consideran que la afección por la que atraviesan tiene directamente que ver con los hábitos del tabaquismo. El afecto culpa no se ha manifestado en relación a la causa de la enfermedad ni tampoco vinculada al habitual consumo de tabaco. Si bien manejan racionalmente que la enfermedad ha sido causada por el hábito del tabaco, no aparece asociado el afecto culpógeno salvo como resignación, en su expresión pasiva.

CONCLUSIONES

El estudio realizado aportó a la comprensión del proceso por el que transita el paciente con EPOC avanzado, en tanto dio cuenta de las particularidades de su funcionamiento psicológico y de las modalidades vinculares, tanto a nivel familiar (cuidador principal) como con el equipo de salud. La Formulación Psicodinámica de los casos Clínicos permitió entender que le pasa al paciente, a 12 que se debe y orientar sobre la planificación de los tratamientos. A partir del estudio de casos múltiples se encontró que hay una tendencia en los pacientes a manejar de un modo racional, consciente y desafectivizado el diagnóstico y pronóstico. Los pacientes hablan de la enfermedad y la muerte, de los microduelos diarios, pero no conectan afectivamente con la angustia que les ocasiona. El padecimiento está vinculado con síntomas tales como el insomnio, la ansiedad, los ataques de pánico, pero no siempre son receptivos a tratamientos psicofarmacológicos por temor a perder el control. El uso del oxígeno, una medicación a la que recurren según su demanda y sobre la que ejercen control, se torna conflictiva. Plantean poca capacidad adaptativa, aferrándose a la imagen de sí mismos en estado de salud. Ahrens encontró en 1982, en estudios realizados con

pacientes psicosomáticos y somáticos, en este estudio también se registró un modelo explicativo de la enfermedad orientado a factores externos (cigarrillo). La poca capacidad de implicación en el proceso de enfermar y en los cuidados diarios, incide en la adhesión a los tratamientos y afecta directamente la calidad de vida. Los conflictos principales giran en torno a la individuación – dependencia; sumisión – control y protección – autarquía. El patrón relacional interpersonal plantea disfuncionalidades en relación al control y a la afiliación. Se genera una zona de fuertes conflictos dados por el desajuste entre la imagen que tienen de sí mismos y de su relación con los demás, con la que los otros tienen de ellos. Muestran una tendencia a dominar la enfermedad, a los otros, las relaciones y objetos, ya sea en forma activa o pasivamente. A veces éstas conflictivas se manifiestan en una persistente rebeldía y reivindicación (en relación a la provisión de oxígeno o reclamo de trasplante de pulmón). Otras veces se evidencia una actitud de resignación pasiva y abandono. Es frecuente que se genere entre pacientes y cuidadores (equipo de salud) un relacionamiento ambivalente, dado a partir de la sobrevaloración que hacen del equipo de salud y el temor a ser abandonados. Estos modos de funcionamiento pueden haber sido inducidos por un evento estresante, de acuerdo a una publicación de Heuft en 1997, como el EPOC, pero terminan siendo internalizados por los pacientes dada la cronificación de la enfermedad.

El estudio permitió planificar las intervenciones psicoterapéuticas más oportunas, las estrategias y los focos del trabajo. En general los pacientes buscan intervenciones que apuntan al apoyo emocional, al acompañamiento en situaciones críticas y al manejo de síntomas. Las técnicas de respiración – relajación guiadas tuvieron muy buena aceptación luego de haberse establecido un vínculo de confianza y aceptación. Si bien en algunos casos el foco de tratamiento estuvo orientado al cambio psíquico, esto no ha sido lo habitual cuando el padecimiento queda colocado en los síntomas vinculados a la enfermedad y el modelo explicativo más frecuente está orientado a factores

externos. Se evidenció que estos pacientes no tienen una tendencia a la introspección ni a establecer conexiones entre sus vivencias internas, sentimientos y pensamientos. La poca capacidad de mentalización e implicación ante la enfermedad permitió comprender también las dificultades para asimilar las condiciones de vida y los tratamientos (la deshabitación tabáquica, el uso de psicofármacos, la regulación en la administración del oxígeno, etc.). Se reafirma entonces que los estilos de vida marcan fuertemente la calidad de vida también en las etapas avanzadas del EPOC e incide en los costos de los tratamientos. Lo cual refuerza la necesidad de incentivar políticas vinculadas a la promoción de salud, la prevención y el diagnóstico precoz en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Referencias

- Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: A systematic review. *Respir Med.*, 101(3), 399-410.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1982). *Investigación cualitativa para educación: Una introducción a teorías y métodos*. Boston, MA: Allyn Bacon.
- Cedaño, S., De Cassia, A., Traldi, F., Lombardi, M., & Goncalvez, A. (2013). Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de portadores de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en oxigenoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(4), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0860.pdf
- EPOC: el mal de uno de cada 5 uruguayos. (2015, Marzo 15). *El País*. Recuperado de <http://www.elpais.com.uy/informacion/epoc-mal-cinco-uruguayos.html>
- Escarrabill, J., Soler, J. J., Hernández, C., & Servera, E. (2009). Recomendaciones sobre la atención al final de la vida en pacientes con EPOC. *Revista Arch. Bronconeumo*, 45, 297-303.
- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.), *Obras Completas: Sigmund Freud, Volumen 20* (pp. 83-86). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925).
- Gómez-Batiste, X., Porta-Sales, J., Pascual, A., Nabal, M., Espinosa, J., Paz S. ..., & Geli, M. (2005). Catalonia WHO palliative care demonstration: Project at 15 years. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 584–90.
- Gómez Sancho, M. (2003). *Avances en Cuidados Paliativos*. Las palmas (ES): Gafos.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M. G., & García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.*, 19(4), 266-271.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). *Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*. Madrid (ES): Ministerio de Economía y Competitividad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

Varela, B., De Souza, L., Miller, D., Villalba, L., Oyenard, R., Zytner, R., & Bernardi, R. (2014). La formulación psicodinámica del caso (FPC). *Revista de Psiquiatría Uruguay*, 78(2), 173-195.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S., & Quintero, D. C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista Psicología desde el Caribe*, 18, 89-108.

Formato de citación

Protesoni A. (2017). Funcionamiento psíquico de pacientes con enfermedad pulmonar obstructivo crónica avanzada: Formulación psicodinámica de casos clínicos. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 7(2), 123-140. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/>
