

Psicoterapia en el enfisema pulmonar obstructivo crónico

Por el Dr, HÉCTOR WILTZ LANCÍS (20)

El enfisema obstructivo crónico plantea problemas psíquicos al paciente que lo sufre. Se trata de un sujeto que arrastra desde hace años, una neumatía molesta y rebelde que lo ha hecho sufrir, que lo ha frustrado, que lo ha desilusionado; en fin, que lo ha separado en parte del resto de sus semejantes al limitarles su vida.

Estas circunstancias abonan el terreno para los trastornos psíquicos y plantean la necesidad de incluir la psicoterapia dentro de los recursos terapéuticos para el enfisematoso.

Es una observación frecuente de los neumólogos el hecho de que el paciente enfisematoso se agrava y se acelera su fatal evolución cuando está triste o ansioso y al contrario es más llevadera su sintomatología y menos rápida la evolución cuando el paciente está tranquilo, sereno, relajado y feliz. El objetivo psicoterápico en estos casos es tratar de conseguir ese estado ideal.

El cuadro psiquiátrico más frecuentemente ligado al enfisema es la depresión, fácilmente reconocida por el médico, cuando piensa en ella, por la tríada sintomática: tristeza, falta de ánimo y pesimismo; de acuerdo con la intensidad del síndrome y la respuesta terapéutica se plantean las distintas conductas: la psicoterapia breve, de apoyo racional, tratando de conseguir la mejor adaptación del paciente; los psicofármacos timolépticos e

inhibidores de la monoaminoxidasa (Imipramina, Marplán) y el electroshock son las medidas contra la depresión.

Asociado al enfisema pueden observarse los dos tipos fundamentales de depresión: la llamada endógena o psicótica y la llamada reactiva o neurótica; la nomenclatura internacional llama a la primera reacción depresiva (301.1) y a la segunda reacción neurodepresiva (314). Aunque modernamente tiende a considerarse que todas las depresiones son fundamentalmente iguales y que las llamadas reactivas sólo son grados menos intensos de una misma entidad nosológica; siendo las causas ambientales invocadas como factores etiológicos, sólo "pretextos"; lo cierto es que didácticamente y prácticamente cabe la división entre dos tipos de depresiones, teniendo ambas, conductas terapéuticas diferentes. La depresión grave, con riesgo de suicidio, que generalmente aparece sin gran ansiedad, más bien con manifestaciones de bipoestesia afectiva, debe ser remitida urgentemente al psiquiatra para la terapéutica adecuada, seguramente la electroconvulsiva.

Es conveniente señalar que el electroshock puede practicarse en los enfisematosos; lo hemos hecho en varias oportunidades sin ningún accidente hasta la fecha. Eso sí, el anestesista debe estar advertido ya que debe oxigenar adecuadamente al paciente, antes y después del pase de la corriente eléctrica.

20 Psiquiatra de la Quinta de Dependientes (Mutualista), sita en la Calzada de 10 de Octubre 130, en la Habana, Cuba.

En los casos no muy graves, sin riesgo inminente de suicidio, puede usarse durante un tiempo prudencial los timolépticos, teniendo una buena vigilancia del deprimido y su evolución.

El otro tipo de depresión, generalmente cargada de ansiedad y en un sujeto neurótico que busca en seguida dependencia del médico, que llora fácilmente, que solicita ayuda constantemente y que es el tipo más frecuente, es tributario de psicoterapia. Debe empezarla el neumólogo o internista que atiende al enfisematoso y utilizar al psiquiatra, si no obtiene buen éxito terapéutico o si se agrava el cuadro depresivo.

La psicoterapia que deben usar los médicos no psiquiatras en estos casos debe ser breve, de apoyo:

1) *Exploración física como psicoterapia.*

El neumólogo o internista debe explorar físicamente al enfisematoso para inmediatamente después del examen, señalarle convincentemente al paciente lo mejorado que se encuentra y la buena evolución de su afección; en caso negativo, el no explorarlo aumenta el pesimismo del paciente quien no sin alguna razón piensa que su caso no tiene remedio y que ya el médico, desilusionado, ha perdido el interés en su caso.

2) *Tratamiento orgánico como psicoterapia.*

El añadir, cambiar, modificar algunos medicamentos, vitamínicos o similares es también positivo desde el punto de vista psicoterápico en estos pacientes por las mismas razones señaladas para la exploración física.

Mediante su apoyo el médico disminuye la ansiedad de su paciente, debe constantemente señalarle que su enfermedad no es tan grave como él piensa y que es compatible con una vida normal siguiendo las indicaciones pertinentes.

3) *Laborterapia.*

Debe indicársele a estos pacientes un trabajo que pueda realizar; siempre habrá algún tipo de labor que pueda ser realizada por el enfisematoso; esto será altamente beneficioso, pues aumentará la autoconfianza del paciente al saberse útil; tendrá una vía de descarga de ansiedades y en fin se sentirá "como los demás" y no aislado, inútil y "muerto en vida".

4) *Diversión y entretenimiento.*

Es también muy beneficioso que el médico prescriba y regule diversiones y entretenimientos ya que muchos pacientes no han fomentado hábitos recreativos necesarios para una salud mental y mucho más frente a una insuficiencia respiratoria que limita sus actividades.

5) *Guía para la vida diaria del paciente.*

Da buenos resultados que el paciente y su médico planifiquen las actividades diarias del enfisematoso: dosificando trabajo, recreación, etc., etc.

6) *Lectura.*

El indicarle a los pacientes lecturas adecuadas a sus culturas y a su enfermedad, es un gran recurso psicoterápico, interesándose el médico por comentar con su paciente, las lecturas que indicó.

7) *Fomentar pasatiempos.*

Tales como la pesca, la filatelia, etc. es también bueno para estos pacientes; desde luego, que la pesca del enfisematoso debe ser una pesca fácil.

Esquemáticamente liemos señalado medidas que deben utilizarse en el manejo psicoterápico de estos pacientes, en los cuadros depresivos reactivos y también en otras manifestaciones neuróticas frecuentes en estos pacientes.

Aunque el síndrome depresivo ya señalado, es la patología psiquiátrica más frecuentemente asociada al enfisema, no es la única. A veces se presentará un cuadro reactivo de manía o hipomanía, necesitando el primero una

terapéutica psiquiátrica especializada por neurólogos y a veces por electroshock, pudiendo manejarse, por los no psiquiatras, los cuadros hipomaniacos con los recursos psicofarmacológicos y psicoterápicos ya señalados.

Otras veces se presentarán cuadros psicóticos esquizofrénicos y paranoides reconocibles por los delirios, alucinaciones así como por la conducta psicótica; estos casos son tributarios de tratamientos psiquiátricos por el especialista, y no es este tema para tratarlo.

Sin embargo múltiples síndromes neuróticos pueden concomitar con la patología enfisematosa, y todos éstos deben recibir tratamiento psicoterápico por neumólogos e internistas en primera instancia siguiendo las normas que resumidamente hemos señalado y, desde luego, solicitando la cooperación del psiquiatra cuando las circunstancias del caso así lo aconsejan.

Debemos recordar que si bien la tristeza es el síntoma fundamental de la depresión, la ansiedad es el principal de la neurosis y el divorcio de la realidad (alucinaciones, delirios) es el más importante de la psicosis.

El médico no psiquiatra puede y debe actuar

en depresiones no graves (sin riesgos de suicidios) ; en neurosis no muy profundas, reactivas, situaciones muy frecuentemente asociadas a la neumopatía crónica y debe abstenerse en depresiones intensas, psiconeurosis severas, profundas, de larga duración y de difícil manejo psicoterápico y en todas las psicosis por el peligro que conlleva.

Como resumen y conclusiones señalamos que el médico que trata un enfisematoso no debe limitarse a tratar el enfisema obstructivo crónico de su paciente; debe tratar a su paciente como un ser humano que tiene un enfisema.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El enfisema obstructivo al ser enfermedad crónica que limita la vida del paciente, abona el terreno para los trastornos psíquicos.

El cuadro psiquiátrico más frecuentemente ligado al enfisema es la depresión.

Psicoterapia breve, psicofármacos y electroshocks son las medidas terapéuticas usuales de acuerdo a la intensidad y respuesta del síndrome depresivo.

El médico debe estar alerta ante el riesgo de suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. —M. Levine: "Psicoterapia en la práctica médica."
2. —P. Schildrer: "Tratado de Psicoterapia."
3. —Wolberg: "The Technique of Psychotherapy."
4. —Platonov: "La palabra como factor fisiológico y terapéutico."
5. —L. Alexander: "Tratamiento de las enfermedades mentales".
6. —Viktor E. Frankl: "La Psicoterapia en la práctica médica".
7. —Wortis: "Basic problems in Psychiatry".