



**ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD
MÉDICA Y PSICOTERAPIA DEL
PACIENTE CON ENFERMEDAD
MÉDICA**

Adaptación a la enfermedad médica y psicoterapia del paciente con enfermedad médica

Steven C. Schlozman, MD
James E. Groves, MD

Puntos clave

- Los médicos valoran constantemente los estilos de adaptación de sus pacientes, y estas evaluaciones dictan el diagnóstico y el tratamiento.
- Aunque existen múltiples definiciones de la adaptación, la adaptación a la enfermedad crónica se define como el estilo de conducta que utilizan los pacientes para aportar quiescencia y paz mental a su problemática médica.
- Los estilos de adaptación más y menos eficaces tienen características constantes, y es esencial que los psiquiatras que tratan a pacientes con enfermedades médicas valoren sus mecanismos particulares de adaptación con el fin de ofrecerles una atención óptima.

Contexto

La adaptación a la enfermedad puede ser un problema serio tanto para el paciente como para el médico. De hecho, la ironía es que cuanto mayor es nuestra pericia para la curación, también lo es nuestra incomodidad y nuestra profunda sensación de impotencia cuando no podemos encontrar una cura y cuando la adaptación está a la orden del día. Este dilema se siente conscientemente y también se experimenta de forma inconsciente; tanto los pacientes como el personal sanitario sienten su efecto dominó.¹⁻³

Afortunadamente, en condiciones ideales, el psiquiatra es apto para ayudar al paciente y al médico con las complejidades de la enfermedad médica, y para atender los sentimientos complejos que engendra el sufrimiento crónico (tanto en el contexto de la consulta hospitalaria como en el de la ambulatoria). De hecho, existe un conjunto creciente de publicaciones que se centran en los diferentes mecanismos de adaptación de los pacientes a la enfermedad crónica y en las correspondientes intervenciones psicoterapéuticas para dichos pacientes. Este capítulo aborda las bases de la adaptación, así como el arte de actuar psicoterapéuticamente con el enfermo médico.

Historia

Prácticamente en todos los pasos de la atención clínica, los médicos y los pacientes por igual evalúan activamente la adaptación del enfermo. Aunque esta valoración no siempre es consciente, resulta evidente que las conclusiones extraídas acerca de la forma en que el paciente procesa su enfermedad tienen una gran carga sobre las decisiones terapéuticas, sobre su bienestar psicológico y, naturalmente, sobre la evolución global de la enfermedad.¹ Sin embargo, la evaluación exacta de las habilidades de adaptación está obstaculizada por las

definiciones confusas de este concepto, por valoraciones estandarizadas competitivas, y por una falta general de consideración consciente de la forma de adaptación de los pacientes y de si estos estilos particulares son eficaces o útiles.⁴⁻⁸

Las conceptualizaciones iniciales de la adaptación se centraron en el «modelo transaccional de afrontamiento del estrés» propuesto por Lazarus et al. a finales de los años sesenta.⁹ Esta conceptualización subrayaba la medida en que los pacientes interaccionan con su entorno como medio para intentar afrontar el estrés de la enfermedad. Estas interacciones implican la evaluación de la enfermedad médica actual, con la cobertura psicológica y cultural que varía de un paciente a otro. Aunque esta definición de adaptación persiste en la actualidad, muchos han argumentado que, a pesar de que es un paradigma útil, también es demasiado amplio para permitir la estandarización de las valoraciones en poblaciones de pacientes. Por ello, aunque existen múltiples estudios de la adaptación del paciente, la mayoría de los clínicos están a favor de una evaluación más abierta de cada persona, que tenga en cuenta el trasfondo individual de ese paciente y lo lleve al contexto terapéutico.⁵ No obstante, continúan las investigaciones para definir una valoración más sistemática de las prácticas de adaptación.¹⁰ La adaptación quizá se define mejor como una conducta de solución de problemas que pretende aportar alivio, recompensa, quiescencia y equilibrio. Esta definición no promete una resolución permanente de los problemas. Solo implica una combinación de conocimientos sobre cuáles son dichos problemas y cómo abordarlos para avanzar en una dirección correcta que ayude a su resolución.^{1,6,7}

En el lenguaje habitual, el término adaptación se usa solo en el sentido del resultado del afrontamiento de un problema, y omite el proceso intermedio de evaluación, ejecución y corrección que conlleva en su mayor parte la solución de problemas. La adaptación no es un simple juicio acerca de cómo resolver una dificultad. Es un proceso recursivo extenso de autoexploración, autoformación, autocorrección, autoensayo y orientación a partir de fuentes externas. De hecho, estas aseveraciones eran el centro de las conceptualizaciones iniciales de Lazarus.⁹

Retos para la investigación y la clínica

La adaptación a la enfermedad y a sus repercusiones no es sino una parte ineludible del ejercicio médico. Por ello, el propósito global de cualquier intervención, física o psicosocial, es mejorar la adaptación a los problemas potenciales más allá de los límites de la propia enfermedad. Dichas intervenciones deben tener en cuenta tanto los problemas que se han de resolver como los individuos afectados más estrechamente por las dificultades.

La forma en que alguien se adapta depende de la naturaleza del problema, así como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales de los que dispone para el proceso de adaptación. El psiquiatra hospitalario tiene una posición ventajosa para evaluar la interferencia de la enfermedad física en la conducta vital del paciente, y para ver cómo los problemas psicosociales dificultan la evolución y la recuperación de la enfermedad. Esto se lleva a cabo, en gran medida, mediante el conocimiento de los problemas psicosociales relevantes, los síntomas físicos más angustiosos y las relaciones interpersonales que apoyan o socavan la adaptación.

La valoración de la adaptación de la persona, especialmente en un contexto clínico, requiere hacer hincapié en el «aquí y ahora». Ciertamente, este énfasis ha nacido por el empuje creciente con que han llegado a la cabecera terapéutica prácticas como la meditación y la

concienciación. No obstante, la investigación en curso es sumamente necesaria para valorar mejores prácticas en esta creciente frontera de tratamiento.^{11,12}

Las incursiones tradicionales a largo plazo en el pasado son relevantes solo si estas investigaciones pueden arrojar luz y comprensión sobre el dilema presente. De hecho, los clínicos adoptan cada vez más un abordaje enfocado y de solución de problemas a la terapia con pacientes médicos. Por ejemplo, se ha visto que las terapias de apoyo y conductuales en niños y adultos con enfermedades médicas, tanto de grupo como individuales, no solo reducen la morbilidad psiquiátrica sino que también tienen efectos favorables mensurables sobre la evolución de las enfermedades no psiquiátricas.

Pocos de nosotros nos adaptamos extremadamente bien en todas las ocasiones. Las enfermedades nos imponen a todos una carga personal y social, con una apreciación significativa de riesgo y amenaza. Además, estas reacciones no suelen ser precisamente proporcionales a los peligros reales de la enfermedad primaria. Por ello, los que se adaptan de forma eficaz pueden considerarse individuos con una capacidad especial o con rasgos personales que los capacitan para dominar muchas dificultades. Las características de las personas con buena adaptación se presentan en el [cuadro 9-1](#). Estas son tendencias colectivas; es muy improbable que tipifiquen a un individuo específico. Nadie se adapta de forma excepcional en todas las ocasiones, especialmente en el caso de problemas que imponen un riesgo y que podrían ser abrumadores. Sin embargo, es importante señalar que las personas con adaptación eficaz parecen capaces de elegir el tipo de situación en la cual tienen más probabilidad de prosperar. Además, a menudo conservan bastante confianza para sentirse lo suficientemente capaces de sobrevivir intactos. Por último, nuestra impresión es que esos individuos que se adaptan eficazmente no fingen tener un conocimiento que no poseen; por ello, se sienten cómodos acudiendo a expertos en los que confían. La relevancia clínica de estas caracterizaciones es la medida en que podemos valorar cómo se adaptan los pacientes, detallando más exactamente de qué rasgos parecen carecer.

Cuadro 9-1 Características de los pacientes con buena adaptación

- Son optimistas en el dominio de los problemas y, a pesar de los contratiempos, generalmente mantienen un alto grado de moral.
- Tienden a ser prácticos y hacen hincapié en los problemas, asuntos y obstáculos inmediatos que deben conquistar antes de visualizar una resolución lejana o ideal.
- Seleccionan entre un gran número de posibles estrategias y tácticas, y su norma es no desconcertarse por los métodos de último recurso. En este sentido, son ingeniosos.
- Acatan diversos resultados posibles y mejoran la adaptación siendo conscientes de las consecuencias.
- Generalmente son flexibles y están abiertos a sugerencias, pero no ceden la última palabra en las decisiones.
- Son bastantes serenos y vigilantes, y evitan excesos emocionales que podrían alterar su juicio.

Los pacientes con mala adaptación no son malas personas ni sujetos incorregiblemente ineficaces. De hecho, es demasiado simplista indicar meramente que quienes tienen mala adaptación poseen las características opuestas a los que demuestran una adaptación eficaz. Como se ha señalado anteriormente, cada paciente aporta un conjunto único de atributos culturales y psicológicos a su capacidad para adaptarse. Los que poseen mala adaptación tienen más problemas para adaptarse a dificultades inusuales, intensas e inesperadas debido

a una serie de rasgos. El [cuadro 9-2](#) enumera algunas características de las personas con mala adaptación.

Cuadro 9-2 Características de los pacientes con mala adaptación

- Sus expectativas suelen ser exageradas, y tienden a ser rígidos en la actitud, inflexibles en las normas y reacios a comprometerse o a pedir ayuda.
- Su opinión sobre la conducta de otras personas es estrecha y absoluta; permiten poco margen de tolerancia.
- Aunque son propensos a adherirse firmemente a conceptos preconcebidos, los pacientes con mala adaptación pueden mostrar un cumplimiento inesperado o ser influenciados en terrenos engañosos injustificadamente.
- Tienen inclinación a la negación excesiva y a la racionalización elaborada; además, son incapaces de centrarse en los problemas principales.
- Puesto que encuentran difícil sopesar alternativas viables, tienden a ser más pasivos de lo habitual y no consiguen iniciar la acción por sí mismos.
- Su rigidez falla ocasionalmente, y los pacientes con mala adaptación se someten a sí mismos a juicios impulsivos o a conductas atípicas que no consiguen ser eficaces.

De hecho, las investigaciones estructuradas de los síntomas psiquiátricos de los enfermos médicos a menudo han aportado muchos de los atributos de aquellos que no se adaptan bien. Algunos problemas (como desmoralización, anhedonia, ansiedad, dolor y aflicción abrumadora) se han documentado en pacientes médicos en los que estaba indicada atención psiquiátrica.

La importancia de las convicciones religiosas o espirituales en la enfermedad médica merece una atención especial. Prácticamente todos los psiquiatras trabajan con pacientes que luchan con problemas existenciales (como la mortalidad, el destino, la justicia y la equidad). Estas rumiaciones no pueden sino invocar consideraciones religiosas tanto en el paciente como en el médico; además, en la literatura científica existe una apreciación creciente de la importante función que pueden tener estos temas.¹³

Según algunas investigaciones, estar en paz con uno mismo y con su sentido de un ser superior es predictivo de recuperación tanto física como psiquiátrica.^{14,15} Así mismo, otros estudios han indicado que el resentimiento hacia Dios, los temores de abandono por Dios y la disposición a invocar una motivación satánica para la enfermedad médica son predictivos de empeoramiento de la salud y un mayor riesgo de muerte.¹⁶

Puesto que la función del psiquiatra es identificar y reforzar los atributos que tienen más probabilidad de ayudar al bienestar físico y emocional del paciente, una terapia eficaz para el enfermo médico implica explorar las convicciones religiosas; lo más probable es que fomentar esos elementos resulte útil. La función del psiquiatra nunca es fomentar una nueva convicción. Al mismo tiempo, ignorar el contenido religioso tiene el riesgo de omitir un elemento importante del arsenal psicoterapéutico.

Apuntes prácticos

Adaptación hace referencia a la forma en que un paciente responde y se involucra en los problemas relacionados con la enfermedad, la afección y la vulnerabilidad. En el abordaje de los pacientes con enfermedad crónica es útil conceptualizar la enfermedad como la razón

categoría por la que se está enfermo, la afección como el estado de enfermedad y la condición de paciente individuales, y la vulnerabilidad como la tendencia a estar afligido y a desarrollar dificultades emocionales al intentar adaptarse.¹

Dadas estas definiciones, el psiquiatra primero debe preguntar ¿por qué ahora? ¿Qué ha precedido a la petición de la consulta? ¿Cómo muestra el paciente su sensación de futilidad y desesperación? ¿Cómo se produjeron los problemas médicos actuales y los correspondientes retos de adaptación? ¿Hubo un momento en que dichos problemas pudieron haberse superado? También es importante señalar que, a menudo, el equipo de tratamiento está incluso más frustrado que el paciente. En estos casos, hay que cuidarse de asumir que el paciente es el único que está preocupado por el problema médico.

De hecho, si existe alguna duda acerca de la brecha entre el personal y los pacientes por las diferencias en sus inclinaciones culturales y expectativas sociales, escuche a la cabecera del paciente la conversación entre este y todos los clínicos implicados en su atención. Una buena comunicación no solo reduce posibles áreas problemáticas, sino que también ayuda a los pacientes a adaptarse mejor. Una buena adaptación es función de un respeto empático entre el paciente y el médico en relación con los riesgos y los puntos de tensión del tratamiento actual. De ningún modo el psiquiatra está solo en su preocupación profesional por la adaptación, pero las habilidades y las órdenes específicas de la atención psiquiátrica se ajustan de forma ideal al abordaje de los altibajos de la adaptación de los pacientes. Como ya se ha mencionado, la enfermedad crónica evoca, en gran medida, temas existenciales (como muerte, discapacidad permanente, baja autoestima, dependencia y alienación). Estas son consideraciones fundamentalmente psiquiátricas.

En función de todo esto, es importante recordar que la psiquiatría no introduce arbitrariamente los problemas psicosociales. Por ejemplo, si un paciente tiene un temor a la muerte no expresado pero vívido, o si se aprecia que sufre una pérdida no reconocida y no resuelta, el temor y el dolor ya están ahí, no son artefactos superfluos de la técnica de evaluación. De hecho, la exposición abierta de estos dilemas existenciales probablemente sea terapéutica, mientras que la negación activa de su presencia es potencialmente perjudicial, con el riesgo de fracaso empático y el mal cumplimiento que acompaña a la evolución de los pacientes que se sienten incomprendidos o no escuchados.

Naturalmente, para ciertos pacientes estar enfermo es mucho más sencillo que para otros, y algunos de ellos lo prefieren a lidiar con el mundo exterior. Existe demasiada ansiedad, temor a fallar, insuficiencia, timidez patológica, expectativas, frustración e hipocondría social en la lucha por mantener el propio atractivo. En momentos clave de la vida, una dolencia es la solución. Aunque cabe esperar que las personas sanas toleren el rechazo y venzan las decepciones, hay quienes legitiman su baja autoestima mediante diversas excusas, negación, autocompasión y síntomas, mucho después de que otros pacientes hayan vuelto a trabajar. Estos pacientes se desarrollan en una atmósfera de quejas e incluso culpan a sus médicos. Son formas enfermizas de adaptación.

Estas complejidades complican considerablemente la función del psiquiatra. El clínico debe valorar la motivación del personal y de los pacientes cuando solicita una intervención psiquiátrica. Por ejemplo, la petición de consulta psiquiátrica para tratar la depresión y la ansiedad en un paciente negativo y pasivo-agresivo es inevitablemente más complicada que el simple reconocimiento de ciertos síntomas psiquiátricos clave. Estos pacientes (a través de defensas primitivas) pueden crear una sensación profunda de desesperanza y malestar en los que le tratan. A menudo hay un deseo no expresado y no reconocido en los médicos y el personal auxiliar de que el psiquiatra desplace el foco de negatividad y agresión hacia sí

mismo, apartándolo del resto del equipo de tratamiento. Si el psiquiatra consultor no es consciente de estas sutilezas, la intención de la consulta se malinterpretará y finalmente sus esfuerzos no serán satisfactorios.

Toda persona necesita o, al menos, merece cierto apoyo, sostén, seguridad y autoestima, incluso aunque no sea un paciente, sino un ser humano que está pasando por un momento crítico.

En la valoración de los problemas y las necesidades, el psiquiatra puede ayudar mediante la identificación de los puntos de presión potenciales en los que podrían surgir problemas (p. ej., salud y bienestar, responsabilidad familiar, función matrimonial y sexual, trabajo y dinero, expectativas y aprobación de la comunidad, demandas religiosas y culturales, autoimagen y sensación de insuficiencia, y temas existenciales).

El apoyo social no es un cajón de sastre de intervenciones diseñadas para animar o reformar a pacientes difíciles. La autoimagen y la autoestima, por ejemplo, dependen de la sensación de confianza generada en diversas fuentes de éxito y apoyo social. En un sentido práctico, el apoyo social refleja lo que la sociedad espera y, por ello, lo que demanda en relación con la salud y la conducta. De hecho, existe una literatura científica floreciente que aborda la necesidad de apoyo a los pacientes con enfermedad crónica en todos los niveles asistenciales. El apoyo social no es algo «ocasional» para usar solo en beneficio de aquellos demasiado débiles, necesitados o problemáticos para que se las arreglen por sí mismos. Requiere una capacidad intencional que pueden cultivar los profesionales con el fin de reconocer, mejorar y poner en marcha aquello que cualquier individuo vulnerable necesita para sentirse mejor y adaptarse mejor. A la luz de estas aclaraciones, no es un ejercicio amorfo de reafirmación sino una combinación de tácticas terapéuticas activadas de forma ventajosa para normalizar la actitud y la conducta del paciente. Las técnicas de apoyo varían desde una asistencia concreta hasta el asesoramiento prolongado.^{17,18} Su objetivo es ayudar a los pacientes a progresar sin apoyo profesional. El apoyo social depende de una imagen aceptable del paciente, no de la que invariablemente lo «patologiza». Si un orientador solo corrige errores o señala lo que está mal o equivocado, o es inadecuado, la inseguridad aumenta e, inevitablemente, la autoestima disminuye.

La vulnerabilidad está presente en todos los seres humanos y se muestra en momentos de crisis, estrés, calamidad y amenaza al bienestar y a la identidad.¹⁹⁻²⁵

¿Cómo visualiza un paciente la amenaza? ¿Qué es lo que más teme al acercarse una intervención quirúrgica? ¿El diagnóstico? ¿La anestesia? ¿Una posible invalidez? ¿Fracaso, dolor, o abandono del médico o la familia?

La adaptación y la vulnerabilidad tienen una relación libremente recíproca en el sentido de que cuanto mejor sea la adaptación menor aflicción se experimentará con el reconocimiento de la vulnerabilidad. En general, un buen manejo de la aflicción suele derivar directamente de una sensación de incertidumbre acerca de cómo se adaptará uno cuando lo necesite. Esto no significa que los que niegan o rechazan los problemas y trastornos tengan una adaptación excepcional. Lo contrario sí puede ser cierto. La valentía para adaptarse requiere confrontar y lidiar con la ansiedad, con una valoración exacta del control que tiene el paciente sobre su dilema.

La [tabla 9-1](#) muestra 13 tipos frecuentes de disfunción. La [tabla 9-2](#) describe cómo descubrir los problemas prominentes, la estrategia usada para la adaptación y el grado de resolución obtenida.

Tabla 9-1

Vulnerabilidad

Desesperanza	El paciente cree que todo está perdido, que todo esfuerzo es inútil o que no hay ninguna posibilidad; hay una rendición pasiva a lo inevitable
Descontrol/perturbación	El paciente está tenso, agitado, inquieto e hiperalerta a los posibles riesgos (reales e imaginarios)
Frustración	El paciente está enojado por la incapacidad para progresar, recuperarse o conseguir respuestas satisfactorias o alivio
Desaliento/depresión	El paciente está abatido, decaído, apático y lloroso, y a menudo es incapaz de interactuar verbalmente
Indefensión/impotencia	El paciente se queja de estar demasiado débil como para luchar más; no puede iniciar acciones ni tomar decisiones que lo bloquean
Ansiedad/temor	El paciente se siente al borde de la desintegración, con pavor y temores específicos relacionados con la muerte y un desastre inminente
Agotamiento/apatía	El paciente se siente demasiado exhausto y agotado como para cuidarse; existe más indiferencia que tristeza
Inutilidad/autorrechazo	El paciente siente autculpabilidad permanente y no se considera bueno; encuentra numerosas causas de su debilidad, su fracaso y su incompetencia
Aislamiento/abandono doloroso	El paciente está aislado, y se siente ignorado y alienado por otras personas importantes
Negación/evitación	El paciente habla o actúa como si los aspectos amenazantes de la enfermedad fueran mínimos, y muestra una interpretación casi jovial de los fenómenos relacionados o una grave falta de inclinación a examinar los problemas potenciales
Hostilidad/enojo	El paciente está amargado y no abiertamente enfadado; se siente maltratado, victimizado y estafado por organizaciones o personas
Repudio de personas importantes	El paciente rechaza o antagoniza a personas importantes, como familiares, amigos y fuentes profesionales de apoyo
Perspectiva temporal cerrada	El paciente puede mostrar alguno o todos estos síntomas, pero, además, prevé un futuro sumamente limitado

Tabla 9-2

Adaptación (para descubrir cómo se adapta un paciente)

Problema	En su opinión, ¿qué ha sido lo más difícil para usted desde que empezó su enfermedad? ¿Cómo le ha afectado?
----------	---

Estrategia	<p>¿Qué hizo (o está haciendo) en relación con el problema?</p> <p>Conseguir más información (abordaje racional/intelectual) Hablar de ello con otros para aliviar la aflicción (compartir el problema) Intentar reírse de ello, restarle importancia (afecto inverso) Sacarlo de la mente; intentar olvidarlo (supresión/negación) Distraerse haciendo otras cosas (desplazamiento/disipación) Dar un paso positivo basado en el entendimiento actual (confrontación) Aceptarlo, pero cambiar su importancia por algo más sencillo de sobrellevar (redefinición) Entregarse, ceder y rendirse a lo inevitable (pasividad/fatalismo) Hacer algo, sea lo que sea, temerario o poco práctico (mala conducta) Buscar alternativas factibles para negociar (si x, entonces y) Beber, comer, drogarse, etc. para reducir la tensión (reducción de la tensión) Retirarse, marcharse y buscar el aislamiento (reducción del estímulo) Culpar a alguien o a algo (proyección/rechazo/externalización) Seguir las directivas de figuras de autoridad (cumplimiento) Culparse por sus faltas; sacrificio o expiación (autocompasión liberada)</p>
Resolución	<p>¿Cómo ha funcionado hasta ahora?</p> <p>Nada en absoluto Alivio dudoso Alivio limitado, pero mejor Mucho mejor; resolución real</p>

Adaptado de Weisman AD. The realization of death: a guide for the psychological autopsy, Jason Aronson, 1974, New York.

Muchas intervenciones recurren al psiquiatra consultor para que el paciente rellene cuestionarios que indiquen su grado de ansiedad y autoestima, la percepción de enfermedad y otros aspectos. Aunque estas consultas suelen ser una valiosa fuente de información, estos interrogatorios estandarizados no sustituyen a una entrevista meticulosa y compasiva. Cuando se intenta valorar la adaptación de un paciente, existe un elemento importante de deshabilidad social. Puede que la forma en que el paciente afronta la enfermedad no sea como él desea manejarla. La vulnerabilidad, excepto en formas extremas (como depresión, ira o ansiedad) es difícil de caracterizar, de modo que el clínico astuto depende del relato de un episodio o de una metáfora que tipifiquen una reacción global.

Hasta ahora hemos comentado lo siguiente: 1) características prominentes de la adaptación eficaz y menos eficaz; 2) métodos por los cuales pueden identificarse las deficiencias de los pacientes y cómo pueden intervenir los clínicos; 3) puntos potenciales de presión que alertan a los clínicos sobre las diferentes dificultades psicosociales; 4) tipos de vulnerabilidad emocional, y 5) un formato para enumerar las diferentes estrategias de adaptación, junto con las preguntas sobre su resolución.

La valoración y la identificación de las formas en que el paciente se adapta o no consigue adaptarse a problemas específicos requieren tanto una descripción por el paciente como una interpretación por el psiquiatra. Aun así, puede que esto no sea suficiente. Detalles de importancia descriptiva pueden no ser explícitos o no estar disponibles. En estas situaciones, el clínico debe esforzarse por dilucidar los detalles de cada situación. De lo contrario, el resultado es solo una tenue aproximación que generaliza lo que debería precisarse. Ciertamente, el clínico debe preguntar una y otra vez sobre un tema que no esté claro y reformularlo sin utilizar clichés ni impresiones generales.

Los psiquiatras se han imbuido de los valores de las llamadas empatía e intuición. Aunque las introspecciones y las inferencias inmediatas pueden agradar al examinador, en ocasiones estas conclusiones pueden ser engañosas y totalmente erróneas. Es mucho más empático que el examinador respete la individualidad de cada paciente y su punto de vista único en el mundo, asegurándose de describir exactamente y al detalle cómo enfrenta los problemas. Obtener una inferencia rápida sin estar seguro de un estado mental muy privado es claramente antiempático. Al igual que la mayoría de los individuos, los pacientes se dan el beneficio de la duda y demandan resolver los problemas de una forma socialmente deseable y potencialmente efectiva. Requiere poca experiencia darse cuenta de que la negación de cualquier problema mediante distorsiones placenteras es una estrategia de adaptación en sí misma, no necesariamente una descripción exacta de cómo se adaptó uno.

Los pacientes que niegan rotundamente cualquier dificultad tienden a adaptarse mal. Los pacientes enfermos tienen una vida difícil, y la negación de la adversidad en general representa una defensa relativamente primitiva que deja a tales pacientes desprevenidos para valorar con exactitud sus opciones. La conversación empática y cuidadosamente cronometrada con los pacientes sobre la valoración genuina de su estado actual puede ayudarlos a evitar este enfoque maladaptativo y a abordar su tratamiento de manera más eficaz.

Por otra parte, los pacientes pueden intentar negar toda participación en su enfermedad actual. Al buscar mérito por haber sufrido tanto, estos pacientes rechazan cualquier implicación que podría haber prevenido, desviado o corregido lo que les ha ocurrido (v. [tabla 9-2](#)). La ayuda a estos pacientes no requiere necesariamente que reconozcan su función en su dilema particular. En su lugar, el oyente empático identifica y aporta consuelo en relación con el temor implícito que albergan (es decir, que de algún modo merecen su debilitamiento).

La supresión, el aislamiento y la proyección son defensas frecuentes. Los pacientes con adaptación eficaz parecen detallar los problemas claramente, mientras que los que se adaptan mal solo parecen buscar alivio a partir de otras preguntas sin intentar nada que indique un análisis reflexivo.

Al estudiar la adaptación de una persona siempre es apropiado un cierto escepticismo legítimo, especialmente cuando se combina con la disposición a corregirlo posteriormente. La clave es centrarse en los puntos de ambigüedad, ansiedad y ambivalencia, al tiempo que se preserva la autoestima del paciente con delicadeza. Un examinador con tacto podría decir, por ejemplo: «En realidad no tengo claro lo que le importunaba exactamente, y qué hizo realmente...».

El propósito del enfoque es evitar formulaciones prematuras que quiten importancia a los puntos de ambigüedad. Un formato demasiado rígido al abordar cualquier evaluación tiene el riesgo de pasar por alto las tácticas individuales que niegan, evitan, encubren y culpan a otros de las dificultades. Los pacientes también pueden ser rígidos, y desalentar la alianza, despreciar la colaboración y evitar una relación médico-paciente eficaz.

La adaptación a la enfermedad es solo un área especial de la conducta humana. Es importante reconocer que, al evaluar cómo se adaptan los pacientes, los examinadores deben conocer sus propios estilos de adaptación y, de hecho, aprender de los pacientes. Claramente, no es suficiente tener buena intención, ser amable o poseer una gran cantidad de información científica. Adaptarse bien requiere comunicación abierta y autoconcienciación. Ninguna técnica de adaptación es aplicable a todos sin excepción. En realidad, el concepto de técnica puede ser antitético al verdadero entendimiento. Una falsa objetividad obstaculiza la valoración; una subjetividad exagerada solo confunde lo que se dice del otro.

Los psiquiatras y los pacientes pueden tener una mejor adaptación potenciando las características de los que se adaptan de forma eficaz. Después de todo, la adaptación es una habilidad útil en diversas situaciones, aunque requiere muchas modificaciones de los principios básicos. La confianza en ser capaz de adaptarse solo puede reforzarse mediante intentos repetidos de autovaloración, autoformación y autocorrección. Adaptarse bien a la enfermedad –a cualquier problema– no predice un éxito invariable, pero proporciona una base para llegar a una mejor adaptación.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Schlozman SC, Groves JE, Weisman AD. Coping with illness and psychotherapy of the medically ill. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 5 Philadelphia: Mosby; 2004.
2. Williams CM, Wilson CC, Olsen CH. Dying, death, and medical education: student voices. *J Palliative Med*. 2005;8(2):372–381.
3. Gordon GH. Care not cure: dialogues at the transition. *Patient Educ Couns*. 2003;50(1):95–98.
4. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, et al. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav*. 2003;33(3):219–230.
5. Coyne JC, Gottlieb BH. The mismeasure of coping by checklist. *J Pers*. 1996;64(4):959–991.
6. Morling B, Evered S. Secondary control reviewed and defined. *Psychol Bull*. 2006;132(2):269–296.
7. Koch EJ, Shepperd JA. Is self-complexity linked to better coping? A review of the literature. *J Pers*. 2004;72(4):727–760.
8. Vamos M. Psychotherapy in the medically ill: a commentary. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(4):295–309.

9. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.
10. Kato T. Development of the Coping Flexibility Scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *J Couns Psychol*. 2012;59(2):262–267.
11. Arias AJ, Steinberg K, Banga A, et al. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med*. 2006;12(8):817–832.
12. Morone NE, Greco CM. Mind-body interventions for chronic pain in older adults: a structured review. *Pain Med*. 2007;8(4):359–375.
13. Gijssberts MJ, Echteld MA, van der Steen JT, et al. Spirituality at the end of life: conceptualization of measurable aspects—a systematic review. *J Palliat Med*. 2011;14(7):852–863.
14. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *Int J Behav Med*. 2004;11(1):48–55.
15. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 2001;161:1881–1885.
16. Clarke DM, Mackinnon AJ, Smith GC, et al. Dimensions of psychopathology in the medically ill: a latent trait analysis. *Psychosomatics*. 2000;41:418–425.
17. Stauffer MH. A long-term psychotherapy group for children with chronic medical illness. *Bull Menninger Clin*. 1998;62:15–32.
18. Saravay SM. Psychiatric interventions in the medically ill: outcomes and effectiveness research. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19:467–480.
19. Bird B. *Talking with patients*. ed 2 Philadelphia: JB Lippincott; 1973.
20. Coelho G, Hamburg D, Adams J, eds. *Coping and adaptation*. New York: Basic Books; 1974.
21. Jackson E. *Coping with crises in your life*. New York: Hawthorn Books; 1974.
22. Kessler R, Price R, Wortman C. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annu Rev Psychol*. 1985;36:531–572.
23. Moos R, ed. *Human adaptation: coping with life crises*. Lexington, MA: DC Heath; 1976.
24. Murphy L, Moriarity A. *Vulnerability, coping and growth*. New Haven, CT: Yale University Press; 1976.

25. Weisman A. *The coping capacity: on the nature of being mortal*. New York: Human Sciences; 1984.

|

(Stern, 20171024, pp. 95.e2-101)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA