

Realizado por:

Lic. Rosario Guevara.

Postgrado: Especialista en Psicología Clínica.

Egresada de la Universidad Central de Venezuela (UCV).

Caracas, Venezuela.

© Copyright 2021.

A propósito de un caso clínico de paciente con lupus eritematoso sistémico

Se presenta un caso clínico de paciente con lupus eritematoso sistémico, en el cual se pueden apreciar algunos factores psicológicos que intervienen en la enfermedad. Se protegen los datos reales de la paciente, respetando la confidencialidad y acatada al código de ética.

Motivo de Consulta:

Verbatim de la paciente: "*El Doctor me refirió con usted porque sufro de lupus eritematoso sistémico, desde hace tres años tengo pensamientos constantes de que me puedo morir, de que me van a dar otras enfermedades, no es solamente el lupus*".
"Necesito que me ayude".

Referencia del médico tratante:

El médico refirió a la paciente porque la percibe muy angustiada y nerviosa. Actualmente la paciente presenta insomnio y tiene problemas familiares. El doctor la atiende desde que le diagnosticó la enfermedad (a los 24 años de edad), señala que la paciente siempre ha sido muy ansiosa e impulsiva. Piensa que está muy enferma por todos los exámenes que debe realizarse. Sin embargo, actualmente se encuentra estable y los estudios tienen como finalidad corroborar lo mismo.

Descripción de la apariencia y examen mental:

Descripción general de la paciente: Paciente de 29 años de edad, sexo femenino, piel de color morena y cabello negro. Viste acorde a edad y sexo, apariencia aseada. Expresión facial triste. Durante la entrevista se mantuvo un poco intranquila. La actitud hacia la terapeuta fue muy atenta y de colaboración. *Descripción de las funciones mentales:* Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Memoria anterógrada y retrógrada conservadas. Euprosexia. Lenguaje claro y tono de voz bajo. Se aprecia pensamiento de contenido hipocondríaco. No hay alteraciones sensoperceptivas. Se observa hipotimia. Impresiona con un nivel de inteligencia normal.

Aspectos históricos y de la vida actual de la paciente:

La paciente vive con su madre y tres hermanas, ella es la segunda de la relación entre ambos padres. Tiene una relación muy estrecha con la madre, Vbp: "Yo le digo a mi mamá que me cuide y me ayude en los oficios. Ella me protege mucho, me consiente, siempre está pendiente de mí". No tiene buenas relaciones con sus hermanas, Vbp: "yo me molesto con ellas, no entienden que necesito que me cuiden, que me hagan las cosas", "ellas le dicen a mi mamá que me regañe". "Yo no puedo estar en esa casa, ellas se la pasan peleando, se dicen cosas...eso me han afectado demasiado, ahora no estudio, me dicen que parezco una niña, cuando uno se enferma ellas se molestan".

La paciente se encuentra estudiando el Séptimo Semestre de la Licenciatura en Administración. Manifestó que siempre ha sido buena estudiante aunque debido a los malestares físicos que ha presentado, ha tenido que faltar a las clases. Se encuentra laborando, pero piensa dejar el empleo debido a que le queda muy lejos de su domicilio.

No tiene relación de pareja ni hijos. De su última relación amorosa, que tuvo hace cuatro años, mencionó: Vbp: “*Él me preguntaba qué cuándo nos íbamos a casar, me decía que él quería tener hijos ya. Nuestra relación no era muy buena, porque él tenía que entender que para mí es muy difícil irme de mi casa*”.

Desarrollo de la enfermedad:

A la paciente le diagnosticaron LES desde que tenía 24 años de edad. “*Yo me inquieto cuando me dicen que tengo alguna enfermedad e inmediatamente lo busco en internet para conocer qué tengo*”. Al preguntarle qué es el lupus eritematoso sistémico expresó: “*es una inflamación en los tejidos de la piel, yo no sabía qué era el lupus...afecta a los órganos del cuerpo, bueno todos los órganos; a mí siempre me han visto la piel y los riñones*”. “*Tengo manchas en la piel y no puedo llevar sol*”.

La paciente se siente muy angustiada y presenta ideas recurrentes sobre las enfermedades que le pueden surgir, Vbp: “*Yo pienso que tengo las peores enfermedades...que me puedo enfermar de los riñones, aun sabiendo que yo estoy bien y todos los exámenes han salido muy bien*”. “*En la noche me viene a la mente que me pueden pasar muchas cosas...que si me duermo me puedo morir*”. “*No puedo dormir, me molesto conmigo misma y empiezo a pensar*”.

Instrumentos utilizados en la evaluación: Entrevistas con la paciente, observación, Test Guestáltico Viso-motor de Bender, Dibujo de la Figura Humana (Machover), Test Proyectivo HTP. Entrevistas con el médico tratante.

Resultados obtenidos en la evaluación:

Área cognitiva: Pensamiento de contenido hipocondríaco, a pesar que se considera que la paciente sufre de LES. De acuerdo al Test Guestáltico Viso-motor de Bender se aprecian indicadores asociados a falta de plasticidad, funcionamiento rígido y controlado, ansiedad. Impresiona con un nivel de inteligencia normal promedio. No se aprecia ningún tipo de alteración en el lenguaje.

Área afectiva - social:

A partir de las entrevistas con la paciente y las pruebas psicológicas aplicadas, es de señalar que se percibió mucho temor ante la enfermedad que padece, con un pensamiento de tipo hipocondríaco; generalizando las consecuencias que pudiera tener producto de la enfermedad. Aunque, siempre ha tenido un buen control de la misma.

También, es necesario señalar la manera como la paciente se relaciona con su madre, pidiendo una sobreprotección relevante y el trato como de una niña. Solicitando conductas de cuidado por parte de otras personas, necesitando atención y protección. Esto se aprecia en la prueba del Test de Bender, en una necesidad de apoyo para su seguridad y bienestar.

Además, en el Test de la Figura Humana realizada por la paciente, a la cual describe como no simpática, ni fuerte ni sana. Hay indicadores emocionales asociados a tristeza por estar enferma y enfado cuando las personas la critican; todos estos aspectos descritos son proyecciones de ella en la figura. Esto se asocia con lo que se le preguntó, de qué le producía felicidad, respondiendo, Vbp: “*la comprensión, el afecto, que estén pendiente de mí*”. Con respecto a lo que le produce tristeza mencionó, Vbp: “*la soledad y el estar enferma*”. Y cuando se exploraron algunos deseos que tiene dijo, Vbp: “*terminar mis estudios, trabajar, ejercer mi profesión, tener mi esposo e hijos*”. Ante lo cual expresó, que la enfermedad puede interferir en sus planes o proyectos de vida.

Otros indicadores que se aprecian en las pruebas, están asociados a la ansiedad, debilidad yoica y agresión verbal inhibida. Deseo de aislamiento del mundo externo, falta de confianza en la capacidad productiva. En realidad esta paciente se percibe a sí misma muy débil y enferma. Con respecto a la afectividad pudiera estar presente un mecanismo de disociación afecto – pensamiento y muy poca discriminación o separación de qué es lo real y qué es la fantasía (particularmente cuando señala todas las enfermedades que le pueden dar y el control actual satisfactorio que tiene la misma). Se apreció otro indicador asociado a poca preocupación por los demás. Quizás, en esto pudiera repercutir el tipo de relaciones interpersonales que son necesarias explorar.

Revisión teórica:

De acuerdo a Laborde (1974) desde la clínica, un conjunto de signos y síntomas de por ejemplo, el lupus es una manera específica de dramatizar el paciente corporalmente su conflicto con el mundo y consigo mismo. Ellas articulan un mensaje sin palabras que Groddeck y Freud comenzaron a desentrañar, quitándole a la enfermedad el carácter de accidente o de castigo religioso, siendo ella misma “otra forma de hablar”.

Este autor señala, que gran parte de las enfermedades inmunológicas son padecidas entre gente joven, 20 a 30 años, momento crítico donde se forma pareja, se abandona el hogar paterno, se asumen responsabilidades; es un momento crucial en que el yo debe renunciar a muchos ideales, aprender a amar al otro y compartir con él. El autor se pregunta si estas enfermedades no serán la negación a esos cambios, expresadas en su versión más regresiva, ya que alguna de ellas impide el trabajo y el amor.

Por otra parte, es importante señalar en este caso los estudios de Dupuy (1981), quien refiere que la hipocondría es un padecimiento que se caracteriza por la preocupación angustiosa por la salud y por la duración de la vida. También suele ser parte del cortejo sintomático de entidades patológicas diversas, tales como las fobias y las obsesiones. La autora destaca que en el temor del hipocondríaco existe siempre un malestar presente enmascarado por éste, este mal-estar es impotencia relativa en la función de materializar.

En tanto materializar implica poner fin a un proyecto y por lo tanto perder infinitas posibilidades, queda representado por la idea de muerte. Es la muerte implícita en toda obra acabada, en toda realización, en toda definición, en lo que queda signado por lo imposible en tanto ya ha sido realizado. La autora señala varios aspectos:

- La hipocondría en tanto temor es postergación imaginaria hacia el futuro de un mal-estar presente (impotencia, enfermedad).
- La impotencia a la que hace referencia en la hipocondría, es impotencia hepática (dificultad para transformar proyectos en obras).
- Materializar implica definir, perder las infinitas posibilidades. Poner fin.

- En su contenido latente, la muerte a la que hace referencia el hipocondríaco en su temor, es la muerte implícita en la materialización (definición, medida), en tanto lo que ya ha sido realizado es lo único imposible.

Cabe destacar que el principal objetivo terapéutico en la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas no es curar la enfermedad sino mejorar su calidad de vida, reduciendo los síntomas, la gravedad de la afección y/o limitando la progresión de la enfermedad. La calidad de vida desde el punto de vista psicológico es algo individual, propio y privado, que se basa en la percepción, el significado, los valores, las creencias y actitudes que el individuo posee ante su propia vida (Rodríguez, 1993). Para este autor, el abordaje de todo paciente y específicamente del paciente con enfermedad crónica dolorosa, debe realizarse de manera integral para poder “controlar” la enfermedad de manera efectiva y “aliviar” el padecimiento del enfermo. Conociendo las creencias que el enfermo posee acerca de su enfermedad y de sus posibilidades reales de recuperación, el médico podrá modificar las creencias negativas del paciente y reforzar las positivas para así generar actitudes adaptativas que produzcan cambios positivos en los modos de comportamiento y mejorar de esta forma la calidad de vida.

Siendo necesario reflexionar y buscar el cambio en la manera de vivir, haciendo énfasis en la importancia de inducir a estilos de vida sanos, que le faciliten al individuo modificar cogniciones, emociones y conductas hacia la mejoría de su vida personal y social. Se piensa que los demás y el entorno, son los que nos deberían proporcionar una buena calidad de vida; sin embargo, la realidad es que solamente nosotros mismos somos capaces de brindárnosla (Guevara, 2019).

Intervención realizada:

Se le ofreció y brindó a la paciente un espacio, en el cual pudiera expresar sus angustias, miedos y ansiedades que presentaba. Se trató de establecer una relación terapéutica en la cual ella sintiera confianza y apoyo. A través de las pruebas psicológicas aplicadas, se realizó un plan de tratamiento psicoterapéutico, en que fueron trabajados los aspectos emocionales antes descritos.

Evolución del tratamiento:

Se pudo percibir menos angustia por parte de la paciente, en relación a las entrevistas iniciales. Empezó a ser más autónoma en sus actividades cotidianas, retomó el interés por sus estudios y en la última sesión manifestó que consiguió un nuevo empleo.

Conclusiones:

Paciente de 29 años de edad, sexo femenino, quien presenta lupus eritematoso sistémico desde los 24 años de edad. Se aprecian pensamientos de tipo hipocondríaco. Mucha angustia y temores de muerte. Debido a la enfermedad que padece, esto ha llevado a mayores cuidados y atenciones, particularmente de su madre. Se encontraron presente diversos indicadores emocionales, en donde se refleja que posiblemente presente dificultad en sus relaciones familiares e interpersonales, se percibe a sí misma como enferma y débil, tiene falta de confianza en su capacidad productiva, poca diferenciación entre lo real y la fantasía.

Recomendaciones:

- ✓ Seguir ofreciéndole un espacio que le permita expresar sus angustias y miedos.
- ✓ Ayudar a la paciente a diferenciar la fantasía de la realidad.
- ✓ Mantener una terapia de apoyo con la paciente.

- ✓ Proporcionarle información psicoeducativa referente a la enfermedad.
- ✓ Trabajar la relación entre la paciente y su familia.
- ✓ Aplicarle otras pruebas psicológicas, que permitan tener mayor información; con la finalidad de conocer áreas de intervención futura.

Bibliografía:

- Dupuy, S. (1981). Hipocondría: Fobia Hepática. Revista del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, 14, 101-108.
- Guevara, R. (2019). La calidad de vida en pacientes con lesiones cutáneas. Revista Piel Latinoamericana. Edición 447. Venezuela: Caracas.
- Rodríguez, R. (1993). Aproximación psicológica a la calidad de vida del paciente reumático, 4, 30-32.
- Laborde, V. (1974). Inmunidad y Timo. Revista del Centro de Investigación en Medicina Psicosomática, 1, 81-87.

Redes de contacto:

Rosario Guevara

Especialista en Psicología Clínica
E-mail: saludmental.rg@gmail.com
Instagram y Twitter: @vesaludmental
LinkedIn y Skype: Rosario Guevara