

111
25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN LA
ATENCION DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO
TRATAMIENTO PARA HIPERTIROIDISMO:
UNA PROPUESTA"

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ANNA CORNELIA MARTINEZ BATES

DIRECTORA: MTRA. CONSUELO ARCE ORTIZ

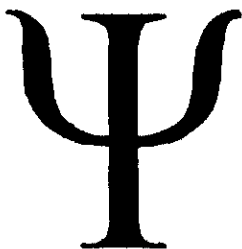
MIEMBROS DEL JURADO:

LIC. MARIA ASUNCION VALENZUELA COTA

LIC. ALICIA MIGONI RODRIGUEZ

MTRA. IRMA YOLANDA DEL RIO PORTILLA

MTRO. JOSE LUIS DIAZ MEZA



MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON
ORIGEN

2-5



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

A Dios ,
te doy gracias
por mi existencia, razón y facultades;
por mi familia, esposo, maestros y amigos
que han permitido llevar a cabo esta obra,
comprometiéndome en adelante a trabajar con
amor y dedicación para beneficio de mis semejantes.

A mi Directora de Tesis, Mtra. Consuelo Arce Ortiz:

Mi más profundo reconocimiento y afecto
por tu gran calidad humana,
tu buena instrucción, estímulo, apoyo e interés
en la culminación de este trabajo y en mi desarrollo personal.

A mis Padres:

Reconozco,
llena de alegría,
que esta obra es el fruto
de los valores inculcados
en la vida que me otorgaron
abundante en amor y buenos ejemplos.

A Mario Alberto:

Por ser mi amado esposo y compañero
y brindarme cada día
ese amor, fuerza y paciencia para seguir adelante;
gracias también por involucrarte en este compromiso
cuyo éxito es también tuyo.

A Kenneth, mi hermano:

Por su interés y confianza
en mi realización como profesional.

A los Miembros del Jurado:

Lic. María Asunción Valenzuela Cota
Lic. Alicia Migoni Rodríguez
Mtra. Irma Yolanda Del Rio Portilla
Mtro José Luis Díaz Meza
Por el apoyo con su experiencia
y conocimientos.

A todos Ustedes

que con sus palabras y acciones
como gotas de agua formaron la lluvia
que alimentó este fruto que ahora presento:

A mi Familia Política.

A Marietta, Ana, Amelia y Carlos por su perseverancia.

A mis compañeros y jefes de trabajo.

A mis compañeros de Tesina III.

A mi familia espiritual.

A mis Amigos y Maestros.

GRACIAS.

DESIDERATA

Avanza serenamente ante el ruido y la prisa
recuerda que puede haber paz en el silencio.
Hasta donde sea posible, sin rendirte,
trata de estar en buenos términos con todo el mundo.
Di tu verdad serena y claramente y escucha a los demás,
hasta a los aburridos e ignorantes: ellos también tienen su historia.

Evita las personas agresivas y escandalosas; son espinas para el espíritu.
Si te comparas con los demás puedes llegar a ser vanidoso y amargado
porque siempre habrá personas más capaces y personas menos capaces que tú.

Goza tus logros igual que tus planes;
guarda interés en tu propia carrera por humilde que sea;
es una posesión real en los cambios de fortuna del tiempo.
En los negocios, sé cuidadoso; porque el mundo está lleno de trampas;
pero no dejes que esto te ciegue a la virtud que existe:
muchas personas están luchando por altos ideales
y por todas partes la vida está llena de heroísmo.

Sé tú mismo. Especialmente no muestres tu afecto, cuando no lo sientas.
Tampoco seas cínico ante el amor,
porque a pesar de toda la aridez y desencanto,
es perenne como el pasto.

Acepta el paso de los años con cariño
y entrega con gracia las cosas de la juventud.
Alimenta la fuerza de tu espíritu
para que te proteja y sostenga en la desgracia repentina.

No te atormentes con tu imaginación,
muchos temores nacen de la fatiga y la soledad.
Además de seguir una autodisciplina saludable, sé gentil contigo mismo.
Tú eres una criatura del universo, igual que los árboles y las estrellas.
Tú tienes derecho a estar aquí y aunque sea o no bien claro para ti,
el universo se está desarrollando como debe ser

Por lo tanto, está en paz con Dios,
no importa cómo lo concibas, y cualesquiera que sean tus trabajo y aspiraciones,
en la ruidosa confusión de la vida, está en paz con tu alma
porque a pesar de toda su farsa, arduos trabajos y sueños perdidos,
éste es un mundo bello.

Lucha por ser feliz

Anónimo
encontrado en
Old Saint Paul's Church,
Baltimore, Md. con fecha 1962

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL SISTEMA ENDOCRINO Y LA TIROIDES	
1). Antecedentes.	3
2). Funcionamiento del sistema endocrino.	3
3). La glándula tiroides.	6
A). Funciones.	6
B). Tipos y características de las afecciones tiroideas.	11
i. Hipertiroidismo.	13
Cambios fisiológicos.	14
Tratamientos.	15
Cambios psicológicos.	19
ii. Hipotiroidismo.	22
Cambios fisiológicos.	23
Tratamientos.	26
Cambios psicológicos.	27
4). Enfermedad y estrés.	29
CAPÍTULO II. MODELOS DE APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA	
1). Modelo de aproximación bio-psico-social.	32
2). Psicoterapia y personalidad.	34
3). Modelos de psicoterapia.	38
a) Terapia racional emotiva de Ellis.	38
b) Terapia cognitiva de Beck.	42
c) Terapia conductista o multimodal de Lazarus.	47

CAPÍTULO III. PROPUESTA

La intervención del psicólogo en la atención de pacientes
que han recibido tratamiento para hipertiroidismo. 58

Etapa inicial 61

Etapa de ubicación 62

Plan Terapéutico 63

Cierre terapéutico 66

CONCLUSIONES 68

BIBLIOGRAFÍA 71

ANEXO 1 (Cuestionario Introductorio) 80

ANEXO 2 (Registro Diario) 83

INTRODUCCIÓN

El ser humano es una unidad biológica, psicológica y social que persigue la satisfacción de necesidades; es capaz de adaptarse a las situaciones de la vida que enfrenta y, en lo posible, de transformarlas para mantener el equilibrio interno y externo en ese proceso continuo con el ambiente, logrando así el desarrollo de sus actividades. Cuando se rompe el equilibrio reacciona para recuperarlo; en el interior mantiene el equilibrio de su composición biológica, al variar ésta reacciona fisiológicamente a través de procesos, como los químicos del sistema endocrino. Estas pérdidas de equilibrio biológico se conocen como enfermedad, y requieren respuestas adaptativas del organismo ante una compleja combinación de condiciones internas o externas que le afectan.

Las enfermedades constituyen en sí, circunstancias adversas con las que se enfrenta el individuo y van creando en él formas particulares de reacciones conductuales o respuestas habituales. Toda enfermedad produce repercusiones en el individuo. En este trabajo se considera un tipo especial de enfermedad: las afecciones en la tiroides; glándula que participa en una gran diversidad de funciones y cuyas afecciones conllevan cambios de conducta.

Al afirmar que el ser humano es una unidad, se le debe estudiar y tratar como totalidad. Así, es importante reconocer las desventajas de la fragmentación artificial del organismo provocada por la especialización de las áreas; con esto se quiere decir que hay que evitar que se le convierta en sistemas u órganos aislados perdiendo la totalidad en el paso de un especialista a otro, y promover el trabajo de los especialistas en un grupo terapéutico abordando juntos todas las áreas involucradas en una misma enfermedad. En este grupo terapéutico, el papel del psicólogo será apoyar al paciente en el manejo de la enfermedad y de las reacciones que ésta conlleva.

Las relaciones entre tiroides y conducta han sido poco estudiadas y el tratamiento de estas afecciones se ha reducido al campo de la medicina; por ello, en este trabajo se analizarán las implicaciones psicológicas de dichas afecciones y se presentará una propuesta de intervención psicológica para que los pacientes recuperen el equilibrio de todas las áreas en que repercute la afección.

Los psicólogos deben involucrarse en la atención de este tipo de pacientes, a fin de que éstos puedan, no sólo lograr un equilibrio fisiológico, sino manejar las reacciones psicológicas asociadas a la enfermedad y mejorar su salud en general y sus relaciones interpersonales.

El objetivo general de este trabajo es analizar las implicaciones psicológicas de las afecciones tiroideas y proponer una forma de intervención del psicólogo en el tratamiento integral de estos pacientes.

Para ello nos proponemos:

- 1.- Conocer los procesos fisiológicos del sistema endocrino en general y de la tiroides en particular, sus afecciones y efectos psicológicos.
- 2.- Exponer los conceptos de personalidad y tipos de psicoterapia según diferentes teorías.
- 3.- Proponer una forma de intervención psicológica para participar en el tratamiento integral del paciente con afecciones tiroideas.

Para elaborar la propuesta de intervención se analizaron diferentes modelos de psicoterapia, seleccionando de ellos los aspectos que resultaron más útiles, por sus características particulares, para estas afecciones.

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN EL CAPÍTULO I.

ACTH	Hormona adrenocortico-trópica o corticotropina
FSH	Hormona folículo-estimulante.
LH	Hormona luteinizante
PRL	Hormona luteotrópica o prolactina.
STH	Hormona somatotrópica o del crecimiento.
T3	Triiodotironina, hormona tiroidea que contiene 3 átomos de iodo.
T4	Tetraiodotironina o tiroxina, hormona tiroidea que contiene 4 átomos de iodo.
TRF	Factor liberador de tiotropina, producido por el hipotálamo.
TSH	Hormona tirotrópica o tiotropina. Producida por la hipófisi anterior, controla la producción de las hormona propias de la tiroides.

CAPÍTULO I. EL SISTEMA ENDOCRINO Y LA TIROIDES

1). ANTECEDENTES

Se puede suponer que los conceptos de la endocrinología tuvieron sus orígenes desde tiempos remotos; por ejemplo, Hipócrates (400 A.C.) en su "hipótesis humoral" reconocía la existencia de cuatro fluidos básicos en el cuerpo: la sangre, el plasma, la bilis amarilla y la bilis negra, y suponía que la salud dependía del correcto balance de estos cuatro fluidos. No se sabe cuánto influyó esta hipótesis en el desarrollo de la endocrinología moderna, ya que fue 2000 años después cuando se hicieron los primeros enunciados acerca de los factores reguladores de la sangre.

Harvey, en 1628, estableció el hecho y los patrones de la circulación sanguínea; posteriormente otros investigadores continuaron con esta línea de investigación (Gorbman, A. et.al, 1962). Las investigaciones en este campo fueron poco conocidas hasta 1850, cuando Claude Bernard introdujo la idea de que las glándulas de secreción interna son el principal sistema integrativo del cuerpo y denominó homeostasis al mantenimiento del medio interno. En la misma época, Thomas Addison enunció que las glándulas de secreción interna vierten sus productos directamente al torrente circulatorio y, a través de éste, afectan a todo el organismo (Greene, 1970).

Posteriormente, surgieron intensas investigaciones sobre los componentes endocrinos del cuerpo, logrando el aislamiento y síntesis de hormonas para la solución de problemas de la morfología, el funcionamiento y las interrelaciones.

2). FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA ENDOCRINO

Se define a la endocrinología como la disciplina que se aboca al estudio de los procesos metabólicos normales y anormales, se basa en la fisiología y la bioquímica de las glándulas de los vertebrados.

Las glándulas son órganos cuya función es la elaboración de ciertas sustancias; son exócrinas cuando liberan sus secreciones sobre la superficie interna o externa de los tejidos cutáneos, la mucosa del estómago o el revestimiento de los conductos pancreáticos; se consideran como endocrinas siempre y cuando su secreción se libere a la sangre y produzca efectos fisiológicos sobre otras células del cuerpo. Las glándulas endocrinas son los sitios de producción y, secundariamente, de almacén de las secreciones internas (Llamas, 1979).

Las glándulas que forman el sistema endocrino (aunque se le conoce como sistema, no tienen continuidad en su estructura o localización), se encuentran en todas partes del cuerpo; algunas están asociadas anatómicamente, aunque las razones para esto no han sido evidenciadas.

En el cuerpo humano encontramos las siguientes glándulas: hipófisis, epífisis o pineal, tiroides, paratiroides, timo, suprarrenales y, ovarios o testículos. Cada una de estas glándulas produce una o varias hormonas, las cuales regulan los procesos metabólicos del organismo y, por lo tanto, son indispensables para mantener la vida.

Las hormonas son mensajeros químicos producidos por una glándula, que serán remitidos al resto del cuerpo mediante la corriente sanguínea; circulan en el cuerpo y llevan a cabo su función específica al llegar a los órganos, tejidos o elementos celulares específicos que responden a su activación, llamados reactores u órganos blanco (Lewin, 1974).

Se conocen aproximadamente 100 hormonas en los mamíferos que se pueden clasificar de acuerdo con su composición química en (Wilson, J.D. et.al, 1991):

- 1). Hormonas peptídicas que se sintetizan a partir de las proteínas o péptidos.
- 2). Hormonas esteroideas cuyo precursor es el colesterol.
- 3). Hormonas amínicas cuyo precursor son los aminoácidos.

Guyton (1971) las clasifica de acuerdo con sus efectos en:

- 1). Hormonas locales que ejercen efectos locales específicos.
- 2). Hormonas generales que son secretadas por glándulas endocrinas específicas y transportadas por la sangre para provocar acciones fisiológicas en puntos distantes de la economía; algunas hormonas generales afectan todas o casi todas las células del cuerpo.

Las acciones de las hormonas son muy diversas y, en general, se pueden dividir en: morfológicas, fisiológicas y metabólicas (Gorbman, A. et.al, 1962).

Morfológicas: su acción incluye el crecimiento ya sea de la totalidad del cuerpo, de alguno de sus órganos, de tejidos específicos o a nivel celular; así mismo en estos niveles actúa en la diferenciación de respuestas.

Fisiológicas: Incluye fenómenos como:

- a). Contracción o relajamiento muscular.
- b). Cambios en la permeabilidad celular.
- c). Movimiento de gránulos pigmentarios.
- d). Cambios en la sensibilidad, rapidez o patrón específico del funcionamiento del sistema nervioso.
- e). Cambios en el rango de secreción de las glándulas exócrinas.

Metabólicas: Se habla de metabolismo para referir la suma de los procesos físicos y químicos relacionados con el crecimiento, la producción de energía para los músculos y tejidos, y la regulación de la temperatura y las funciones vitales.

Las hormonas se transportan por vía linfática, sanguínea y por medio de los líquidos extracelulares desde su lugar de síntesis hasta los lugares de acción donde, además, se realizan los procesos de inactivación metabólica y degradación (Wilson, J.D. et al, 1991).

Hoy se sabe que los sistemas endocrino y nervioso constituyen una sola red coordinada, en la cual, el hipotálamo es el centro integrador supremo de ambos sistemas. "Por esta razón, se habla de un solo sistema neuroendocrino, que integra y coordina las actividades metabólicas del organismo" (Wilson, J.D. et.al, 1991, p-1913).

El hipotálamo está asociado al sistema nervioso autónomo controlando y manteniendo el equilibrio de las actividades de su parte simpática y parasimpática, y dirige las funciones de muchas glándulas del sistema endocrino, a través de mensajes que son enviados a la hipófisis. Los mensajeros hipotálamo-hipofisarios son pequeñas moléculas peptídicas denominadas factores de liberación (RF); se encuentra uno específico para cada hormona adenohipofisaria, excepto para la luteotrópica.

La hipófisis es la glándula reguladora del sistema neuroendocrino, ya que elabora hormonas llamadas "trópicas o tróficas" que controlan la actividad secretora del resto de las glándulas; produce seis hormonas principales y almacena otras dos (Llamas, 1979), además de otras de menor importancia:

- 1). Hormona adrenocortico-trópica (ACTH) o corticotropina, estimula la corteza suprarrenal.
- 2). Hormona tirotrópica (TSH) o tirotropina, estimula el metabolismo y crecimiento de la tiroides.
- 3). Hormona somatotrópica (STH) o del crecimiento.

Hormonas gonadotrópicas o sexuales

- 4). Hormona luteotrópica o prolactina (PRL), estimula la producción de leche en las glándulas mamarias.
- 5). Hormona luteinizante (LH), es necesaria para la secreción de hormonas ováricas (estrógeno y progesterona) y del testículo (testosterona).
- 6). Hormona foliculo-estimulante (FSH), tiene efectos morfológicos sobre el ovario y estimula la producción de espermatozoides.

Hormonas que almacena:

- 1). Vasopresina, elaborada en el hipotálamo, tiene una función antidiurética y estimula la contracción de la túnica muscular de las arterias elevando la presión.
- 2). Oxitocina, elaborada en el hipotálamo, favorece la contracción uterina y de las células mioepiteliales de las glándulas mamarias.

"Cinco de las principales hormonas elaboradas en la hipófisis anterior, corticotropina, tirotropina y las tres gonadotropinas, ejercen sus efectos estimulando "glándulas blanco": la corteza suprarrenal, la tiroides y las gónadas, respectivamente;...por otra parte, la hormona del crecimiento funciona directamente sobre todos o casi todos los tejidos de la economía" (Guyton, 1971, p-925); sin embargo, se puede decir que para el funcionamiento de cualquier glándula del sistema endocrino intervienen los estímulos del medio ambiente o del propio

organismo, el sistema nervioso, el hipotálamo y la hipófisis, llegando la información de manera apropiada a la glándula para que ésta produzca las hormonas que están implicadas en procesos metabólicos indispensables para la vida. A continuación se hablará de la glándula tiroides que es el órgano blanco en que actúa la TSH, ya que este trabajo centra su atención en la intervención del psicólogo en el tratamiento de pacientes que son atendidos por afecciones de dicha glándula.

3). LA GLÁNDULA TIROIDES

A). FUNCIONES

La glándula tiroides consta de dos lóbulos unidos por un istmo; está situada por delante y por debajo de los cartílagos de la laringe, en la parte anterior del cuello, y pesa menos de 28 gramos (una onza). Aparece en el feto al final de la cuarta semana, y a partir de la doceava semana empieza a producir hormona (Besser et.al, 1995). Su funcionamiento requiere que los estímulos se traduzcan en respuestas apropiadas, proceso en el que intervienen:

- 1) El sistema nervioso central que recibe el estímulo.
- 2) El hipotálamo que traduce el impulso nervioso en una respuesta química, llamado factor de liberación (TRF), que instruye a la hipófisis.
- 3) La hipófisis que envía tirotropina (TSH), hormona liberadora que controla la producción de las hormonas propias de la tiroides (Lewin, 1974).

En el esquema de la figura 1 está representado este proceso:

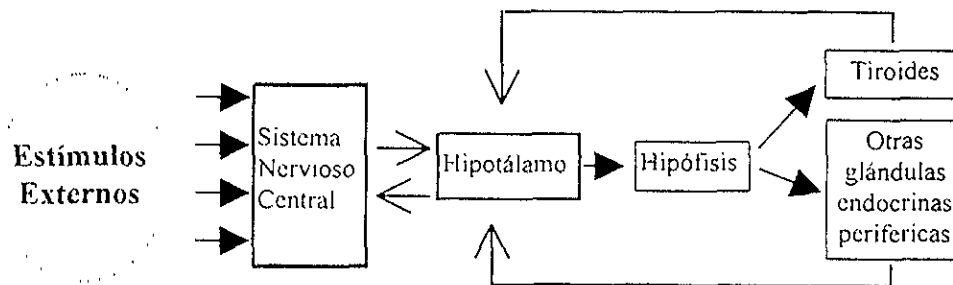


Fig 1: Doble vertiente funcional entre los sistemas nervioso y endocrino (Lewin, 1974; Greene, 1970).

La producción de las hormonas está regulada por un mecanismo denominado control de retroalimentación o feedback negativo, en el cual el envío de mensajes del hipotálamo a la hipófisis está influenciado por la concentración de estas mismas hormonas en la sangre.

El envío del factor liberador de tirotrópina (TRF) por el hipotálamo está en relación inversa con la concentración de hormona tiroidea que tenga la sangre; es decir, que la instrucción para la producción de la hormona se modificará según sea requerido por el organismo para restablecer los niveles normales: si el nivel de hormonas es bajo se estimula el envío de TRF a la hipófisis y, por lo tanto, el envío de TSH a la tiroides aumentando así la producción de hormonas por la tiroides; si el nivel de hormonas es alto se inhibe este proceso (fig. 2).

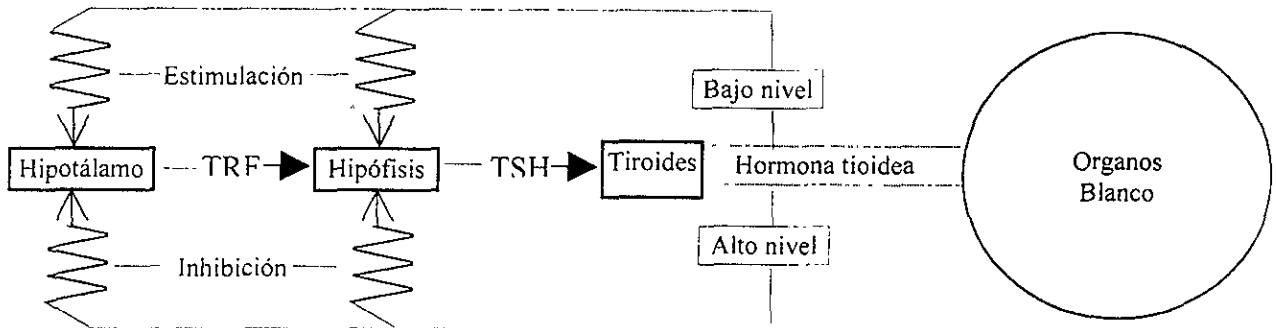


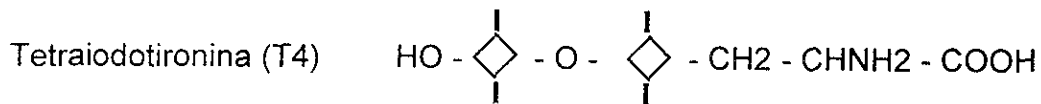
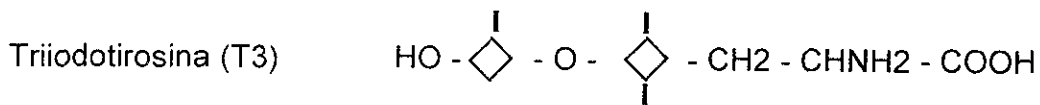
Fig. 2: Control de retroalimentación o feedback negativo (Lewin, 1974; Bigos, 1997; Mayo Foundation for medical Education and Research, 1996).

La tiroides secreta hormonas yodadas:

- * T4-L-tiroxina (tetraiodotironina) contiene 4 átomos de yodo y también es conocida como tiroxina.
- * T3 triiodo-l-tironina contiene 3 átomos de yodo, y
- * calcitonina cuya cantidad es muy reducida comparada con las hormonas yodadas.

Al liberarse la T4 y T3 a la sangre, ésta no solamente constituye un vehículo pasivo para la transmisión de las hormonas a los órganos blanco, sino los elementos de la sangre, como las proteínas, también interactúan con las hormonas alterando fisiológicamente sus propiedades, contribuyendo de esta manera a una acción hormonal total y no sólo particular a un órgano específico. Es por esto que la distribución de estas hormonas es confusa y no uniforme ya, que llega con relativa abundancia a aquellos fluidos extravasculares a los que tienen acceso dichas proteínas de la sangre.

La T4 y T3 son similares químicamente (Guyton, 1971, p-953; West, 1993, p-974):



La función de las dos hormonas es cualitativamente la misma, pero difieren en su concentración en la sangre, y en la rapidez e intensidad de acción. Cuantitativamente, por lo menos un 95% de las hormonas tiroideas activas que penetran a los líquidos corporales correspondan a tiroxina; el resto es triiodotironina (Guyton, 1971), siendo esta última cinco veces más potente que la tiroxina. "La T4 y T3 son secretadas a la circulación con una relación alrededor de 10:1. Esta relación es algo menor que la que existe en la tiroglobulina y puede reflejar cierta conversión de T4 en T3 dentro de la tiroides" (West, 1993, p-975).

Las respuestas metabólicas de T4 tardan más de 24 horas en presentarse aumentando progresivamente hasta llegar al máximo en unos 12 días, después disminuye aproximadamente en 15 días aunque ciertos aspectos persisten durante más de dos meses; la T3, en cambio, se manifiesta en unas cuantas horas (6 a 12 horas), aunque sus efectos desaparecen en dos semanas. No se sabe por qué son dos ni la influencia de cada una en la actividad total.

El proceso de biosíntesis de estas hormonas dentro de la glándula es el siguiente:

El precursor de T4 y T3 es el yodo que se encuentra en la sangre, el cual entra al organismo por el agua bebida, los alimentos o a través de medicamentos; la falta de éste o la incapacidad de transformarlo de inorgánico a orgánico impedirá la biosíntesis de las hormonas (Bigos, 1997).

El yodo inorgánico en su forma más abundante, que es el yoduro de sodio, es captado y separado de su unión con el metal por una peroxidasa en la tiroides; es oxidado y unido de inmediato a una molécula de tirosina por el peróxido de hidrógeno y la acción es catalizada por la peroxidasa formándose la monoiodotirosina, ésta se incorpora a otro átomo de yodo formando la diiodotirosina; mediante una enzima acopladora se unen dos moléculas de diiodotirosina, con pérdida del aminoácido alanina, formándose así la tetraiodotironina o tiroxina (T4). La triiodotirosina (T3) se formará cuando por efecto de enzimas de desiodación, que se encuentran en muchas células del cuerpo principalmente del hígado, la T4 pierda un átomo de yodo, el cual será absorbido por la glándula tiroidea para su reutilización (fig. 3), también en investigaciones recientes se ha visto que existe la posibilidad de que la T3 se forme directamente de la unión de una molécula de diiodotirosina y una de monoiodotirosina (Llamas, 1979; Bigos, 1997).

En un adulto normal, la tiroides secreta aproximadamente 80 mg de T4 y 6 mg de T3 cada día, por lo que el 80% de la producción diaria total de T3 proviene de la deiodación periférica de T4 (West, 1993). Esto nos indica que la T4 sirve principalmente como precursor de la T3 (hasta en un 75 a 80%), siendo esta última la forma activa o responsable de la mayoría de las funciones de la tiroides (Utiger, 1995).

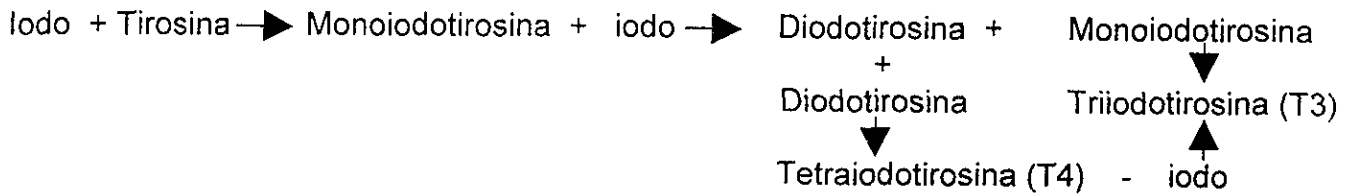


Fig. 3: Biosíntesis de las hormonas tiroideas.

La tiroglobulina es la forma de almacenamiento glandular de las hormonas tiroideas, lo que permite tener una reserva para varias semanas. La tiroglobulina permanece en los folículos tiroideos y no pasa directamente a la sangre por la complejidad de su molécula; para la liberación de T4 y T3 se requiere que la tiroglobulina sea hidrolizada por enzimas, rompiéndose la unión con la proteína. Esta actividad y la captación del iodo son estimuladas por la tirotrópica de la hipófisis.

"La cantidad de T3 generada de T4 no es constante, se incrementa o disminuye dependiendo de factores como: el número de calorías ingerido por día, la actividad física, la presencia de enfermedad en alguna parte del cuerpo" (Bigos, 1997, p.5). Este sistema refinado de conversión permite la rápida adaptación a los cambios en nuestro ambiente, por ejemplo la exposición al frío estimula la producción de tirotrópica y por lo tanto de tiroxina.

Las funciones generales de la tiroides son (Mayo Foundation for medical Education and Research, 1996; Larsen e Ingbar, 1993):

- 1). Morfológicas. regular el desarrollo genético, modificar el crecimiento y la maduración de los tejidos.
- 2). Fisiológicas: a través del metabolismo basal, regular el gasto energético y la frecuencia cardíaca.
- 3). Metabólicas: regular el recambio de todos los sustratos vitamínicos y hormonales. El metabolismo basal representa la energía utilizada y la cantidad de oxígeno que consume una persona para mantener en equilibrio la temperatura corporal, el tono y la actividad muscular, la respiración, la circulación y las funciones cerebrales. En términos generales se dice que el metabolismo basal representa la velocidad de reacción química de las células del organismo.

La actividad funcional de la tiroides es constante; se estima que la totalidad de la sangre contenida en el aparato circulatorio pasa por ésta y recibe las hormonas elaboradas por ella, en el lapso de una hora. Se ha comprobado que la tiroides es necesaria para el óptimo funcionamiento de todas las otras glándulas y órganos del cuerpo por los efectos que produce la tiroidectomía. Así mismo, la capacidad especializada de cada tejido depende de su nivel metabólico, las hormonas tiroideas estimulan el metabolismo de muchos tejidos, incluyendo el hígado, riñón, músculos, estructuras secretoras, cerebro y ovario, los cuales involucran las siguientes respuestas fisiológicas y funcionales (Llamas, 1979):

1.- Actividad calorigénica:

Los procesos metabólicos de las células del organismo requieren consumos elevados de oxígeno, éstos se acompañan de la producción de calor.

2.- Metabolismo de las proteínas:

En condiciones normales las hormonas tiroideas actúan como agentes anabólicos, es decir al estimular la incorporación de aminoácidos permiten la biosíntesis de proteínas.

3.- Metabolismo de los hidratos de carbono:

Favorecen la absorción intestinal de la glucosa y de otros azúcares. Existe antagonismo fisiológico entre la actividad de las hormonas tiroideas y el aprovechamiento metabólico de la glucosa. La diabetes mellitus se agrava en el hipertiroideo.

4.- Metabolismo de los lípidos:

Favorecen el aprovechamiento metabólico normal de las grasas y los carbohidratos. En el hipertiroideo aumenta la síntesis de colesterol pero es transformado y eliminado con facilidad.

5.- Metabolismo mineral y movilización de agua:

Se favorece la retención de calcio y tiene efectos diuréticos del resto de los minerales

6.- Sistema nervioso:

El sistema regulador tiroideo desempeña una función básica en el desarrollo del sistema nervioso central, situación que se ha determinado por las anomalías neurológicas profundas observadas en hipotiroideos perinatales. También interviene en la irrigación sanguínea del cerebro, en su oxigenación y en la sensibilidad del sistema nervioso autónomo, alterando la actividad neural del cerebro por su interrelación con la hormona liberadora de tirotrópina que tiene efectos sobre las células postsinápticas (Gorbman, A. et.al, 1962)

7.- Crecimiento.

Las hormonas tiroideas son indispensables para el crecimiento de piel, peso, esqueleto, desarrollo sexual y dientes, ya sea por los procesos fisiológicos en los que interviene, por su acción anabólica o por algún efecto sobre la hipófisis en la secreción de somatotropina; produce también diferenciación celular, esto es, transformación de células embrionarias o indiferenciadas en células maduras.

8.- Sensibilización al efecto de las catecolaminas:

Las hormonas tiroideas sensibilizan al organismo frente a la acción de las catecolaminas, siendo sus acciones características sobre el sistema circulatorio y nervioso las siguientes: taquicardia, palpitaciones, arritmias y elevaciones discretas de la presión arterial; nerviosismo e inestabilidad emocional; todas estas manifestaciones son causadas por las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina.

Una vez realizadas sus funciones en los reactores u órganos blanco, el mecanismo de degradación de las hormonas tiroideas será, al igual que en todas las hormonas conocidas, a través de procesos catabólicos, que pueden efectuarse en los tejidos efectores, en los tejidos no efectores como el hígado y los riñones o en los tejidos tanto efectores como no efectores.

El metabolismo hormonal suele facilitar la eliminación de estas hormonas ya que produce una solubilización de estas sustancias en la orina y en la bilis. Las hormonas tiroideas sufren un proceso de desyodación, desaminación y desconjugación principalmente en el hígado (Wilson, J.D. et.al, 1991, p-1915).

B). TIPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS AFECCIONES TIROIDEAS

Entre las afecciones más comunes del sistema endocrino se encuentran las tiroideas; éstas se manifiestan por alteraciones cualitativas o cuantitativas de la secreción hormonal, aumento de tamaño de la tiroides o ambos. La Thyroid Foundation of Canada (1994b) ha encontrado que a nivel mundial aproximadamente 200 millones de personas padecen alguna afección tiroidea. Asimismo, Besser et.al, (1995), reporta que el hipertiroidismo es uno de los más comunes desórdenes endocrinos, que ocurre en 1.8% de la población adulta y que es más común en mujeres que en hombre (10:1).

Las afecciones tiroideas pueden resultar de alteraciones en la síntesis o liberación de dichas hormonas, en general, estos defectos pueden producirse por:

1.- Aumento o deficiencia en la concentración de iodo.

El iodo es el elemento característico para la síntesis de las hormonas de la tiroides.. Bajo condiciones de equilibrio fisiológico en la producción de hormonas, llamado también eutiroidismo, la cantidad de yoduro que entra a la tiroides iguala a la cantidad que lo abandona; sin embargo, este intercambio puede estar afectado y el iodo puede ser escaso o entrar en exceso. Según Llamas (1979), existen varias formas, que comúnmente son desconocidas o ignoradas, que incrementan la cantidad de iodo, algunos ejemplos son el aumento en el consumo de sal, el uso de medicamentos como los utilizados para la tos y el asma, algunos comprimidos para molestias digestivas, entre otros. Ocasionalmente se absorbe por la piel, sobre todo cuando se realizan estudios que requieren compuestos de iodo inorgánico como la visualización radiográfica de la vesícula biliar o las mielografías, que pueden alterar las concentraciones sanguíneas.

La falta de iodo se debe principalmente a factores dietéticos, ya que se ha observado por ejemplo que existen países cuya dieta carece de iodo o tienen falta de iodo en el agua bebible y sus habitantes presentan frecuentemente crecimiento tiroideo (bocio). Algunos países como Zaire, India o Argelia se consideran regiones bociógenas (Orgiazzi, 1996); las zonas bociógenas en nuestro país comprenden, entre otros, a los estados de Guerrero, Oaxaca y Michoacán (Llamas, 1979). Por otro lado, también existen zonas que lejos de tener falta de iodo están llegando al punto de tenerlo en exceso ya que este elemento se encuentra en la sal, el pan, los productos lácteos los fertilizantes, los alimentos del mar y del ganado (Volpe, 1996; The thyroid foundation of America, 1992b) lo que está produciendo exceso en la ingesta de iodo y por lo tanto de su conversión de a hormona tiroidea en los individuos.

2.- Incapacidad de la glándula para transformar el iodo de inorgánico a orgánico:

Esta situación se presenta por ausencia o defectos en la acción de la peroxidasa, el peróxido de hidrógeno o las enzimas, lo que impide la formación de monoiodotirosina. También en este caso es importante la dieta, ya que existen algunos alimentos que interfieren en la síntesis de las hormonas como la col, nabos, rábanos, mostaza y otros alimentos o fármacos que contienen tiocianato.

3.- Defectos en la producción hipofisiaria de tirotrópina.

La secreción de tirotrópina por la hipófisis puede ser alterada por afecciones como los tumores, ésta condición alterará la producción y liberación de hormonas tiroideas ya que la tirotrópina induce la actividad del tejido tiroideo, produce cambios en el tamaño y la forma de las células tiroideas y, también, en la captación de iodo radiactivo por la glándula.

4.- Liberación de la tiroglobulina o de proteínas yodadas a la sangre, debido a algún padecimiento como la tiroiditis linfocitaria que destruye las células foliculares, esto produce una reacción de inmunidad hacia sí misma, ya que aumenta la secreción de tirotrópina por no detectarse las hormonas tiroideas. También pueden encontrarse anticuerpos a la tiroglobulina por tiroiditis previas no diagnosticadas.

5.- Desequilibrio por la ingestión de hormona tiroidea.

La ingestión excesiva de hormona tiroidea puede provocar tirotoxicosis, es decir, una acumulación de hormona tal, que produce crisis en muchas reacciones fisiológicas (ver hipertiroidismo). Así mismo, la ingestión de hormona tiroidea disecada o de origen animal puede provocar desequilibrio por no contener cantidades reguladas de T3 y T4 según las necesidades de cada individuo.

6.- Otros factores:

Se ha observado que el estrés emocional y el hambre intensa desencadenan una secreción elevada de tiroxina, ya que ésta entra en juego cuando hay una demanda notable de energía. Se sabe también que con el frío la tiroides se vuelve más activa; así como en

casos de quemaduras por radiación, infecciones, y otras enfermedades, cirugía, traumatismos y trastornos emocionales (Lewin, 1974; Greene, 1970; Larsen e Ingbar, 1993).

Eutiroidismo es el nombre con que se designa la condición de equilibrio fisiológico en la producción de hormonas de la tiroides. Como ya se mencionó, las afecciones tiroideas se manifiestan por alteraciones cualitativas o cuantitativas de la secreción hormonal, aumento de tamaño de la tiroides o ambos. De acuerdo a las causas que las producen, las afecciones tiroideas son muy diversas; sin embargo, casi siempre se manifiestan por síntomas resultantes del exceso o insuficiencia en la concentración de hormona. Fisiológicamente se distinguen y dividen en enfermedades o síndromes de hipo y de hiper función: el hipertiroidismo y el hipotiroidismo.

En muchos casos el desarrollo de la afección no es identificado a lo largo de la vida hasta que algún suceso la hace clínicamente evidente y algunas veces incluso amenaza la vida. Larsen e Ingbar (1993, p. 416) nos dicen que "frecuentemente se encuentra que la enfermedad se vuelve evidente después de severo estrés emocional, como podría ser la separación de alguien de quien el paciente es emocionalmente dependiente; después de un susto agudo como podría ser un accidente automovilístico".

Además de las alteraciones a nivel fisiológico, estas afecciones producen algunas manifestaciones psicológicas; esto se ha investigado de diversas maneras, ya sea por la evaluación de los síntomas psicológicos de los mismos pacientes, por la evaluación del funcionamiento tiroideo en paciente psiquiátricos o por los efectos de la utilización de las hormonas tiroidea o de la hormona liberadora de tirotrópina; algunos ejemplos serán citados según el tipo de afección.

i. EL HIPERTIROIDISMO

Los términos hipertiroidismo, tirotoxicosis y bocio generalmente se utilizan como sinónimos, y se refieren al complejo bioquímico y fisiológico resultante del aumento patológico en la concentración de hormona tiroidea en el organismo, éste puede deberse a:

- 1) Exceso en la producción diaria de hormonas por la glándula tiroides. En general se denomina hipertiroidismo al bocio tóxico que es el aumento en el tamaño y actividad de la glándula, puede ser de forma difusa (toda la glándula) que afecta principalmente a los jóvenes (enfermedad de Graves); o nodular o multinodular (solo algunos nódulos) que se desarrolla en personas mayores de 50 años.
- 2) Al exceso de hormona tiroidea presente en los tejidos aún cuando su origen no sea la glándula tiroides se le denomina tirotoxicosis y resulta, por ejemplo, del exceso en la ingesta de hormona tiroidea en forma de pastillas.
- 3) La tiroiditis que es la inflamación de la tiroides, es causada por un proceso infeccioso aunque aún no se identifica un virus o bacteria causales.

En todos los casos se produce aceleración de las reacciones metabólicas del organismo al doble de lo normal (Guyton, 1971).

Existen diversos agentes causales del hipertiroidismo, el principal, encontrado en el 72-80% de los pacientes hipertiroides y con tendencia hereditaria, es la autoinmunidad que se presenta cuando la tiroglobulina y otros constituyentes pasan a la sangre, donde normalmente no existen, y provocan una reacción protectora a este cuerpo extraño, en forma de reacción autoinmune ante la cual se produce LATS (substancia estimuladora de tiroides de acción prolongada), aumentando así el nivel de concentración de hormona en la sangre (The American Thyroid Association, 1996).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

Según The American Thyroid Association (1996) los cambios fisiológicos generales son:

En el aparato locomotor o músculo-esquelético: Es frecuente encontrar debilidad y fatiga, especialmente en la parte superior de los brazos y los muslos, temblor fino, hiperreflexia, hipertonia. El aumento en la excreción de calcio y fósforo se asocia con la desmineralización de los huesos.

En el aparato digestivo: Incremento de actividad intestinal, pérdida de peso aún con apetito excelente (voraz), debido a que las hormonas tiroideas a concentraciones tóxicas tendrán efectos catabólicos en la síntesis de proteínas, triglicéridos y colesterol, lo que produce aumento en la eliminación urinaria o fecal de nitrógeno, calcio y cloruros, principalmente de sodio, conduciendo a la pérdida de peso corporal por la disminución de masa muscular y la desmineralización ósea por la pérdida de calcio. Los alimentos ingeridos no llegan a cubrir el incremento en los requerimientos calóricos. Incluso es probable encontrar disfunciones hepáticas. En casos muy severos puede encontrarse lo contrario: anorexia, aumento de peso, náuseas y vómito.

En el sistema cardio-vascular: Estas alteraciones son de las manifestaciones más prominentes debido a que las hormonas tiroideas tienen una directa acción cardio-estimuladora. Se encuentra frecuencia cardiaca acelerada (taquicardia) aún en reposo y sueño, presión arterial con diferencial ampliada, originadas por el aumento en los procesos metabólicos y oxidaciones celulares; al requerir disipar el exceso de calor se produce incremento circulatorio, las contracciones cardiacas son sentidas como palpitations. La combinación de lo anterior puede ocasionar fallas cardiacas.

En el sistema respiratorio: La disnea es un síntoma común, los factores que contribuyen son la debilidad en los músculos respiratorios y decremento en la respuesta pulmonar. Al hacer ejercicio, aún cuando se mantiene la capacidad de difusión pulmonar, se presenta un incremento en la cantidad de oxígeno inhalado.

En el control de la temperatura, piel y sus agregados: La piel se adelgaza, humedece y aparece enrojecida, sensibilidad o baja tolerancia al calor por tener el cuerpo caliente, de 1 a 2 décimas de grado superior a lo normal, por el aumento en las oxidaciones celulares.

Exceso de sudor como parte el estado circulatorio hiperdinámico. El cabello es fino y quebradizo, es probable que haya caída del cabello y que se vuelva canoso a una edad temprana. Las uñas son suaves y frágiles.

En el área sexual: Algunas veces se encuentra "un incremento del deseo sexual (libido) en ambos sexos" (Larsen e Ingbar, 1993, p.418). En las mujeres se observan alteraciones de su menstruación, lo que influye en la reproducción al disminuir la fertilidad; si la concepción ocurre puede resultar en aborto.

En el sistema nervioso central: Las bases fisiológicas de las alteraciones del sistema nervioso no son claras aún; sin embargo, dado que las hormonas tiroideas "tienen como función conservar al organismo sensibilizado a la acción adrenérgica como una de las defensas del organismo ante situaciones de estrés" (de la Fuente, 1981, p.302), es posible que el aumento en la secreción de hormona incremente la sensibilidad a la actividad adrenérgica. También se ha encontrado que "las hormonas tiroideas actúan sobre el diencefalo y sobre el sistema autónomo" (de la Fuente, 1981, p.302).

Las alteraciones en las funciones del sistema nervioso se manifiestan comúnmente como:

1). "Nerviosismo": El paciente se caracteriza por tener inquietud, ansiedad, su capacidad de atención y concentración son limitadas. Sienten el deseo de estarse moviendo y estar activos, pero a la vez se sienten fatigados y cansados del cuello hacia abajo, lo que produce frustración. La fatiga puede ser consecuencia del insomnio y la debilidad muscular.

2). "La labilidad emocional es prominente" (Larsen e Ingbar, 1993 p.416). Las personas se irritan con facilidad, algunas veces lloran o muestran euforia sin razón aparente; esto, asociado con los otros síntomas, por ejemplo la intolerancia al calor, dificulta las relaciones interpersonales. Aunque mínimamente, pueden llegar a presentarse alteraciones severas como manía-depresión, esquizofrenia o paranoia.

En el crecimiento y diferenciación celular: Dependiendo de la edad en que se inicia, por ejemplo en el hipertiroidismo infantil, se presenta talla elevada.

Ojos: Se presenta una gran variedad de alteraciones severas en los globos oculares, principalmente exoftalmos o retracción de los párpados. Frecuentemente se puede observar un temblor fino en los párpados cerrados.

TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO:

Existen varios tratamientos, sin embargo sus propósitos principales son dos (The thyroid foundation of America, 1998c):

a). Bloquear la acción de las hormonas en el cuerpo. Son llamados bloqueadores beta-adrenérgicos o agentes adrenérgicos antagónicos, se utilizan en combinación con otros

tratamientos, disminuyen el efecto de la hormona en el cuerpo influyendo, por ejemplo, en la respuesta a las catecolaminas, logrando la mejora de los síntomas en unas cuantas horas, apaciguando la situación hasta que se lleve a cabo una solución permanente (The thyroid foundation of America, 1998c). "La principal desventaja al utilizar estos agentes es que no tienen un efecto directo sobre la tiroides, por lo que persiste la alteración al discontinuar el tratamiento" (Larsen e Ingbar, 1993, p-432).

b). Suprimir la sobreproducción de hormona por la glándula tiroides de manera temporal o permanente. Son varios los tratamientos que pueden usarse para bloquear o suprimir la producción de la hormona tiroidea y no existe un acuerdo respecto a cuál de ellos es el mejor. A continuación se describe brevemente cada técnica:

1) Agente antitiroideo: Consiste en inhibir la biosíntesis o bloquear la producción de hormona en alguna de las etapas, con agentes químicos; por ejemplo, inhibiendo la oxidación y enlace orgánico del iodo tiroideo, produciendo deficiencia intratiroidea de iodo, o deteriorando la conversión de T4 a T3.

Las principales aplicaciones de agentes antitiroideos son:

- 1.- Como terapia definitiva con el objeto de inducir una remisión prolongada o permanente.
- 2.- Como método preparatorio de una tiroidectomía.
- 3.- Para controlar la tirotoxicosis (infección de la tiroides), o posterior al uso de iodo radiactivo.
- 4.- Como prueba diagnóstica.

El efecto del agente antitiroideo puede durar hasta 24 horas, lo que permite prescribir una dosis diaria. La reducción de las manifestaciones funcionales no es inmediata debido a los residuos almacenados, ésta tarda algunos días (de 1 a 2 semanas) lográndose un estado metabólico normal hasta las 6 semanas. Los factores que influyen en el periodo de latencia antes de la disminución de los síntomas son: la cantidad de hormona almacenada, el rango secretorio de la glándula y el alcance del medicamento para la inhibición de la síntesis de hormona. En algunos casos será necesario dar dosis mayores a intervalos más frecuentes.

Los agentes antitiroideos tienen el potencial de inducir hipotiroidismo si se usan en periodos prolongados; asimismo, pueden producir reacciones secundarias como: alergia al medicamento (5% de los pacientes), severas reacciones tóxicas (irritaciones gástricas y de la piel), aliento y olor desagradable; y son capaces de cruzar la placenta y producir inhibición de la función tiroidea en el feto. Una de las complicaciones más severas es la baja de glóbulos blancos, disminuyéndose así las defensas a otras infecciones (Larsen e Ingbar, 1993, p.431); esto aparece en las primeras semanas o meses, por lo que se recomienda discontinuar el tratamiento y optar por otro método (The thyroid foundation of America, 1998c).

Regularmente el tiempo requerido para determinar las dosis adecuadas y lograr el estado eutiroideo es aproximadamente de un año con visitas mensuales; la dosis varía en función de la severidad de la hiperfunción de la tiroides y del tamaño de la glándula,

posiblemente por la rápida degradación del medicamento en la glándula o fuera de ella.

Los criterios para la remisión del tratamiento no son definitivos, algunos piensan que probablemente es suficiente mantenerlo de seis meses a un año una vez alcanzado el nivel eutiroideo; otros piensan que más tiempo. Sin embargo, para algunos pacientes su habilidad para permanecer eutiroideos con uso mínimo del medicamento es el criterio para detener el tratamiento. Ocasionalmente persisten algunas manifestaciones de la afección como nerviosismo, taquicardia, intolerancia al calor y, en casi la mitad de los casos, persiste la oftalmoplegia. Existen otras raras reacciones por lo que se debe indicar al paciente que avise cualquier síntoma especialmente de la garganta, sin alarmarlo con descripciones.

Otros agentes utilizados son:

a) Grandes cantidades de yoduros que disminuyen todas las actividades de la tiroides y se cree que reducen directamente la producción de tirotropina (Guyton, 1971), su efecto es más rápido que el de los agentes antitiroideos, aunque su uso retarda o no permite el uso de otros tratamiento; al suspender su uso se produce una exacerbación de la tirotoxicosis por el exceso de yodo acumulado, por lo que se recomienda principalmente en casos de emergencia en los que se teme por la vida del paciente. Los efectos adversos generalmente no son serios: salpullido, fiebre, conjuntivitis, etc.

b) El carbonato de litio, "aunque los mecanismos por los que el litio afecta la glándula tiroidea no han sido totalmente descifrados, se ha demostrado que el litio reduce la captación de yodo por la glándula, inhibe la unión del yodo con la tirosina, reduce la liberación de T3 y T4, reduce el metabolismo periférico de las hormonas tiroideas y disminuye la sensibilidad de las glándulas tiroideas a al TSH" (Perry et.al, 1997, p-4).

2). Cirugía:

Consiste en remover parcial o totalmente la tiroides, su eficiencia en aliviar el hipertiroidismo es incuestionable; sin embargo, la frecuencia con la que produce hipotiroidismo es muy alta, entre el 4 y 30% aproximadamente (Larsen e Ingbar, 1993; The thyroid foundation of America, 1998c).

Las complicaciones postoperatorias que se encuentran son:

- a.- Muerte por asfixia debida a hemorragia
- b.- Daño al nervio laríngeo
- c.- Hipoparatiroidismo por daño a la paratiroides o falta de fluido sanguíneo.

Como puede notarse, estas complicaciones se deben en gran parte a la habilidad del cirujano, situación que se ve acrecentada por la cada vez menor aplicación de este tratamiento y, por lo tanto, la falta de práctica. Frecuentemente, y para disminuir las complicaciones, este método es precedido por el uso de agentes antitiroideos.

3). Iodo radiactivo:

Dado que la glándula tiroides es la única parte del cuerpo que utiliza el yodo, se hace posible el uso de yodo radiactivo para su tratamiento, el cual consiste en la destrucción parcial o total de la glándula y, por lo tanto, de su habilidad para producir hormona (The thyroid foundation of America, 1998c). "Se considera un método sencillo y económico, que produce la extirpación de la glándula al igual que la cirugía pero sin sus complicaciones" (Larsen e Ingbar, 1993, p-434).

El yodo radiactivo se toma por la boca en forma de una cápsula o un poco de agua que contenga yodo radiactivo, el cual es insípido e inodoro; este yodo radiactivo es químicamente idéntico al yodo no radiactivo por lo que la glándula tiroides no puede distinguir entre ellos, de tal manera que lo capta de manera normal. El yodo radiactivo entonces es acumulado en las células que producen las hormonas y permanece allí suficiente tiempo para radiar a la glándula dañándola y disminuir su producción. El yodo radiactivo que no es retenido por la glándula es eliminado rápidamente por el cuerpo a través de los riñones y se excreta en la orina, asimismo el yodo radiactivo que es absorbido por la glándula permanece en ella por un tiempo moderado y después es eliminado de la misma manera (Becker et.al, 1993).

Como resultado de este tratamiento, la glándula se encoge, su producción de hormona cae y los niveles en la sangre se normalizan. Este tratamiento puede repetirse hasta 3 veces si no se obtienen resultados. Su desventaja principal es que, dada la dificultad para determinar la cantidad exacta de yodo radiactivo necesario, es frecuente la producción de hipotiroidismo (del 7 al 12%), la cual va aumentando con el tiempo incluso hasta ser de 40% al pasar 10 años.

Anteriormente se temía que produjera cáncer, leucemia o daño genético. Respecto al cáncer y la leucemia los estudios no muestran la ocurrencia de estos efectos e incluso es menor que en la población en general, posiblemente por el efecto de la radiación que interfiere con la replicación celular. No se han observado efectos de transmisión genética debido a que la dosis de yodo radiactivo utilizada es mínima, siendo equivalente a la utilizada para fines de diagnóstico (análisis); sin embargo, los efectos inmediatos de este tratamiento son inflamación epitelial, necrosis y edema. La principal preocupación es realmente el hipotiroidismo resultante, para lo cual se debe procurar el seguimiento del paciente y su posibilidad de asociar los síntomas como resultantes de la terapia. Afortunadamente, el hipotiroidismo requiere un tratamiento mucho más sencillo: suplementos hormonales una vez al día.

Los peligros de la recurrencia del hipertiroidismo sin seguimiento son mucho mayores que los que surgen del hipotiroidismo no identificado, por lo que resulta conveniente este tipo de tratamiento, incluso se están implementando estrategias para minimizar la frecuencia de hipotiroidismo.

Otro efecto es la radiación de la paratiroides, sin embargo, raramente produce hipoparatiroidismo. Este método está contraindicado durante el embarazo o en mujeres en

edad de tener hijos; en personas menores a 20 años puede predisponer al desarrollo de neoplasia tiroidea relacionada con la radiación (Larsen e Ingbar, 1993).

Medidas generales:

Cualquiera que sea el tratamiento elegido debe quedar claro que tomará varios meses el determinar la dosis de hormona requerida para la estabilidad del organismo (The thyroid foundation of America, 1998c).

"Las condiciones que contribuyen al mejoramiento del paciente son: descanso, apoyo a través de responsabilidad por parte de la familia para evitar esfuerzos físicos, y lograr un régimen alimenticio rico en proteínas, calorías y vitaminas para reparar las deficiencias nutricionales generales y específicas que se desarrollan" (Larsen e Ingbar, 1993, p. 435).

En la elección del tratamiento entran en juego una serie de factores desde la edad, el tipo de hipertiroidismo, condiciones médicas como alergias, y condiciones generales de salud, hasta las actitudes emocionales del paciente, consideraciones económicas y factores familiares. Cuando es posible se explican los tres tipos de terapia al paciente durante los primeros meses en los que se trata de lograr un estado eutiroideo con medicamento antitiroideo; con las recomendaciones y aclaraciones del médico, el paciente elegirá la terapia que crea más conveniente.

En mujeres embarazadas no es recomendable la cirugía ni la radiación y los agentes antitiroideos deben ser administrados en cantidades mínimas y con gran precaución por la posible transmisión a través de la placenta al feto (Becker, 1993; Wilson, J.D. et.al, 1991). En mujeres que tienen hipertiroidismo y que desean embarazarse en un futuro cercano es más adecuada la cirugía o la radiación para aminorar el complejo manejo del hipertiroidismo durante el embarazo.

Los nuevos centros de tratamiento utilizan equipos multidisciplinarios, incluyéndose en estos endocrinólogo, cirujano, especialista de medicina nuclear, citopatólogo e investigadores cuya meta es determinar el diagnóstico.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

Con frecuencia se encuentra la frase "el paciente hipertiroideo sufre de inestabilidad emocional" (Werner, 1962); sin embargo, no es clara la distinción entre si esto es causa o efecto de dicha afección, ya que se ha observado que las dificultades emocionales pueden tanto precipitar el hipertiroidismo como que la hiperactividad de la tiroides promueve la irritabilidad.

En el paciente con hipertiroidismo parece existir habitualmente un tipo especial de personalidad antes de que se hagan aparentes los signos clínicos, ya que este padecimiento "se presenta principalmente en personas sensibles, impresionables, que reaccionan excesivamente ante los hechos de la vida y que tienen un exagerado sentimiento de

inseguridad y un sentido de responsabilidad poco habitual" (Noyes, 1966, pag.232).

Se puede decir que las expresiones emocionales del paciente durante la enfermedad representan una exageración en torno a las características normales que tiene la persona para responder ante situaciones ordinarias de la vida. En cuanto a las alteraciones emocionales se cree que muchos de estos pacientes han sido emocionalmente inestables a lo largo de su vida; sin embargo, han tenido la capacidad para progresar y enfrentarse a ella no permitiéndole a los demás percibir conductas o manifestaciones de la inestabilidad en sus procesos mentales. Esto permanece hasta que el padecimiento tiroideo, precipitado por el estrés, disminuye sus defensas emocionales, de tal manera que al recuperar el estado eutiroideo, a través de tratamiento médico, no se cambia la inestabilidad emocional básica del sujeto (De la Fuente, 1981; Noyes, 1966).

Acerca de lo anterior, Moschcowitz (1930, en De la fuente, 1981) expresó que lo que nunca desaparece es la personalidad del paciente. El paciente sigue siendo sensible, emocional, inquieto, temperamental, confiado, etc. En este sentido, el paciente con hipertiroidismo nunca está completamente curado, aunque puede estar social y económicamente restablecido.

Algunos autores afirman que entre las manifestaciones conductuales o psicológicas de esta enfermedad se encuentran (Noyes, 1966; De la Fuente, 1981):

- La necesidad básica de tales enfermos de mostrar una actitud independiente ante la necesidad de mantener una profunda relación de dependencia que temen perder; al no recibir de una persona específica la satisfacción que esperan surge una frustración crónica que conduce a respuestas agresivas e, incluso a deseos de muerte hacia esa persona, la expresión adaptada de estos deseos es establecer una relación en exceso deprimida ante la persona importante o alejamiento de ella.
- El problema que parece precipitar la actividad hipertiroidea es la pérdida o ruptura de una relación de afecto y protección con una persona clave en su vida, por ejemplo pueden sentir una gran rivalidad fraternal por el amor de la madre. Ante estas situaciones construyen estructuras defensivas para evitar la repetición de sentimientos intolerables de aislamiento y rechazo.
- Las mujeres con este padecimiento pueden presentar, ante la sexualidad o la maternidad, excesiva angustia, preocupación, miedo e ira.

Las manifestaciones clínicas varían de sentimientos de ansiedad y aprehensión hasta severos estados de agitación; en casos extremos puede acelerarse el ritmo del pensamiento y desarrollarse confusión o desorientación, incluso hasta alucinaciones y estados psicóticos maníacos o paranoia.

Estas manifestaciones en la mayoría de los casos son:

- ❖ Hiperactividad.
- ❖ Tensión e inquietud, incluso llegar a presentimientos de desastres.

- ❖ Humor lábil con tendencia a la hipersensibilidad.
- ❖ Lenguaje rápido con cambios frecuentes de tema.
- ❖ Síntomas fisiológicos como taquicardia, temblor, etc., pueden ser percibidos por la persona como ansiedad.
- ❖ Se vuelven irritables y sensibles, lo que se aprecia como comportamientos infantiles y produce altercados con la familia o personas cercanas.
- ❖ El insomnio es común.
- ❖ No es raro encontrar fallas en las asociaciones y aparente aceleración del pensamiento, lo que los hace quejarse de que están perdiendo el control sobre sus pensamientos, situación que les produce temor de sufrir una enfermedad mental.

En general, se piensa que la severidad de la inestabilidad emocional se relaciona con el grado de la tirotoxicosis, por lo cual estos extremos se han hecho menos frecuentes con el uso de medicamentos antitiroideos; sin embargo, cabe notar que si los pacientes con tiroidectomía son poco preparados pueden llegar a presentar delirios.

Se puede pensar que la inestabilidad emocional previa y los cambios drásticos del metabolismo, al aplicar cualquier terapéutica médica, deben ser evaluados desde el inicio para:

- 1.- Decidir el tratamiento más apropiado.
- 2.- Minimizar efectos por la incapacidad del paciente para adherirse al régimen médico sin hospitalización.
- 3.- Prevenir el suicidio.

Al hacer un buen psicodiagnóstico se puede ayudar al grupo médico para decidir en cada paciente, según su personalidad, las consecuencias que cada tratamiento tendrá; por ejemplo, en pacientes muy inestables se recomendaría tiroidectomía considerando que no se apegarán a una terapia con medicamento por largo tiempo. Así como se afirma que se debe atender la parte psicológica, es importante no ignorar el desorden endocrino aunque los síntomas mentales sean particularmente rominentes.

Existe bibliografía que sustenta cambios conductuales o emocionales en estas afecciones y repercusiones en otras áreas por la utilización de hormonas tiroideas.

Khan et.al (1994), evaluaron los efectos cognitivos de la aplicación de TRF (factor liberador de tirotropina) en un grupo de pacientes depresivos a quienes se aplicaba terapia electroconvulsiva, manipulación que produce déficits cognitivos; la utilización de dosis pequeñas de TRF produjo alguna mejoría en el tiempo requerido para recuperar la conciencia y aumento en la ejecución de algunas pruebas neuropsicológicas; además, el personal los describía como más alertas, relajados, atentos a las tareas y capaces de realizar actividades de rutina, que cuando no recibían la dosis de TRF.

Cavalieri (1991), al estudiar las anormalidades psiquiátricas y el funcionamiento tiroideo, encontró en una muestra de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, desórdenes afectivos mayores, psicosis funcional y psicosis inducida por drogas, que el 33%

de los pacientes mostraban elevación de los niveles de T4 totales, y el 18% tenían un índice alto de T4 libre. En pacientes con depresión mayor, aún cuando los niveles de T3 y T4 son normales, hay una secreción anormal de TSH.

ii. EL HIPOTIROIDISMO

Es el desorden orgánico resultante de la falla por parte de la tiroides para mantener la producción y el nivel de las hormonas tiroideas necesario para la salud. Utiger (1995) considera que dentro de las causas más comunes de hipotiroidismo están:

- 1). Destrucción o inactividad de la tiroides, siendo:
 - a.- Primaria o ideopática, por causas desconocidas (Hashimoto).
 - b.- Secundaria, provocada intencionalmente; por ejemplo, resultante del tratamiento y terminación de una afección de tipo hipertiroideo, ya sea por reducción de la masa o funcionalidad de la glándula.
- 2). Insuficiencia de la estimulación de la hipófisis o del hipotálamo.
- 3). Deficiencia en la biosíntesis de la hormona, lo que produce elevación de TSH y crecimiento de la tiroides (bocio) como un intento de compensar la escasa producción de hormona; sus causas pueden ser:
 - a.- Disminución en la conversión extratiroidea de tiroxina en triiodotironina por la actividad de las enzimas.
 - b.- Deficiencia de yoduro en la dieta.
 - c.- Exceso de yoduro por falla en el mecanismo autorregulador.
 - d.- Falla del funcionamiento de la tiroides.
 - e.- Efectos metabólicos hereditarios (poco frecuentes), como defectos en la transportación del iodo o en la capacidad de respuesta de la glándula al TSH.

Según Larsen e Ingbar (1993), el 95% de los casos caen en las categorías 1b, 3a, 3b y 3d.

- 4). Otras causas, incluso la presencia de otras enfermedades leves, traumatismos o ambas pueden ocasionar baja en la secreción de tirotropina y, por tanto, disminución en su concentración en unas cuantas horas.

Existen varios tipos de hipotiroidismo que, en general, se dividen en:

- 1.- Congénito: Primario, causado por una falla en la función de la tiroides.
Secundario, causado por una falla en la producción o actividad del TSH o el TRF.
- 2.- Adquirido: Es permanente o temporal, y se pueden clasificar por la edad y situación en la que aparece, o por la severidad del padecimiento.

Encontramos en la literatura que existen términos que se utilizan como sinónimos de hipotiroidismo, pero que corresponden a tipos específicos de esta afección. Por ejemplo:

a). Se denomina cretinismo a los defectos que aparecen en el periodo embrionario por falla severa en el funcionamiento o ausencia del tejido tiroideo; se presenta principalmente en regiones endémicas o por bocio congénito y se caracteriza principalmente por retraso en el desarrollo mental y el crecimiento.

b). Mixedema se refiere a algunos cambios de la piel que se presentan en el hipotiroidismo (Orgiazzi, 1996).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

El hipotiroidismo puede ser tan leve que sea difícilmente reconocible, o tan grave que ponga en peligro la vida; frecuentemente un síntoma es predominante e incluso llega a encubrir el hipotiroidismo que lo causa. De acuerdo con Orgiazzi (1996) y Bigos (1997), entre las fallas fisiológicas que aparecen en mayor o menor grado con el hipotiroidismo se encuentran:

En el aparato locomotor o músculo-esquelético: Las hormonas tiroideas son esenciales para el crecimiento y desarrollo normal del esqueleto debido al papel que juegan en estimular la síntesis de algunas proteínas y el potencial de acción de la hormona del crecimiento (Larsen e Ingbar, 1993). Las deficiencias de hormona a edad temprana pueden producir retraso y desarrollo anormal de los huesos causando enanismo. En los adultos se manifiesta debilidad, tensión y dolor muscular, entecimiento y fatiga; rigidez, incluso con dolor al moverse; hiporreflexia y contractura o espasmo muscular (calambres). En los procesos metabólicos, aunque la absorción de calcio disminuye, su eliminación también, produciéndose huesos más densos que lo normal, los músculos incrementan su volumen, lentificándose la acción, situación que también se agrava con el frío. Se incrementa la concentración de algunas enzimas de origen muscular.

En el aparato digestivo: La ausencia o disminución de la hormona origina manifestaciones catabólicas o antianabólicas sobre las proteínas, que provocan retención de líquidos (no de adiposas), disminución de las secreciones gástricas, y falta o disminución del efecto diurético provocando descenso en la excreción renal de cloruros, principalmente del sodio; reducción de la excreción fecal y urinaria de calcio, proteínas, carbohidratos y lípidos; también disminución de las secreciones gástricas. Lo anterior se manifiesta por reducción del apetito con aumento de peso y síntomas como cólico asociado a vómito, náusea, gases y estreñimiento.

Asimismo, incrementa la hipotermia (deficiencia de carbonato de sodio natural) porque el nivel intercambiable de sodio se incrementa y el nivel de potasio se mantiene normal.

En el metabolismo de los lípidos: La disminución en la utilización de todos los alimentos, aún de raciones normales, produce aumento de peso; también, aunque la formación de colesterol disminuye, se presenta dificultad metabólica para su conversión y

eliminación del organismo por lo que aumenta su nivel incrementando la probabilidad de arteriosclerosis.

En el sistema cardio-vascular: El descenso en el consumo de oxígeno, acompañado de reducción de la circulación y presión cardíaca y arterial, produce frecuencia cardíaca lenta, hipertensión diastólica y disminución del fluido sanguíneo y consumo de oxígeno en el cerebro, presentándose migraña. Asimismo, el corazón se observa engrandecido.

Sistema respiratorio: Son comunes los derrames pleurales, el tamaño del pulmón es normal aunque disminuye su capacidad respiratoria y de difusión.

En la sangre: Disminución del hierro que produce anemia, principalmente en mujeres con excesivo sangrado menstrual. Debido a que la hormona tiroidea se requiere para la hematopoyesis normal, se encuentra disminución de células rojas y hemoglobina produciendo anemia y disminución de vitamina B, así como recurrencia de infecciones.

En el control de la temperatura y piel: La piel es seca y presenta sensibilidad o baja tolerancia al frío por tener el cuerpo frío por la disminución del gasto de oxígeno y el fluido sanguíneo periférico, en casos severos la temperatura corporal puede llegar a ser de 36 a 32°C.

La piel: Bajo la epidermis existe una considerable concentración de mucoproteínas, las cuales se incrementan; esto, aunado a la acumulación de sal y agua en los tejidos y a la reducción de la secreción de las glándulas sudoríparas y sebáceas, hace aparecer a la piel hinchada, seca y escamosa principalmente en los párpados. El pelo y las uñas se vuelven secos, quebradizos y tienden a caerse. Las heridas tardan en cicatrizar. Las facciones, pies y manos se vuelven toscas, se hinchan y secan, así también las membranas mucosas y la lengua, lo que dificulta la articulación o la voz se vuelve ronca. La piel puede parecer amarillenta por la disminución en la síntesis de vitamina A y la consiguiente acumulación de caroteno; el aumento excesivo de la concentración de este último puede producir ceguera nocturna (dificultad en la adaptación a la oscuridad).

En las estructuras otolaringeas y bucales: Los pacientes se quejan usualmente de constipación nasal, dificultad de respirar bien, particularmente en la noche, molestias en la garganta y comezón en los oídos. En cuanto a la estructura ósea se encuentran fallas en el desarrollo de maxilar y paladar, retraso en la erupción de la dentadura. También hay presencia de gingivitis sin inflamación lo que interfiere con las funciones masticatoria e higiénica que puede provocar la destrucción de los huesos y la consecuente pérdida de dientes.

En el área sexual y sistema reproductivo: Dado que la hormona tiroidea influye en el desarrollo sexual y funcionamiento reproductivo, en ambos sexos los efectos del hipotiroidismo sobre estas áreas dependerán de la edad en que se presente; por ejemplo, en la infancia se encuentra inmadurez sexual, en la pubertad retraso en las manifestaciones sexuales (Larsen e Ingbar, 1993).

En las mujeres adultas, el hipotiroidismo se asocia con disminución del deseo sexual y fallas en la ovulación con exceso de sangrado menstrual e irregularidad de los periodos. Se reduce la fertilidad y si se logra la concepción puede resultar en aborto; es pertinente aclarar que muchos embarazos se logran.

En los hombres, la afección puede estar acompañada de disminución en el deseo sexual, impotencia y oligospermia. También se altera el metabolismo de andrógenos y estrógenos.

En el sistema nervioso central: "Las hormonas tiroideas son esenciales para el desarrollo del sistema nervioso central" (Larsen e Ingbar, 1993, p.449), factores como la disminución de consumo basal de oxígeno, presentes en estos pacientes, tienden a abolir la descarga de la formación reticular que activa la corteza cerebral.

En la infancia, si estas afecciones no son tratadas a tiempo, resultan en daños irreversibles (West, 1993); cuando la deficiencia se produce en la edad adulta sus manifestaciones son menos severas observándose reducción en la circulación sanguínea del cerebro, pudiendo llegar a producir hipoxia cerebral. Las manifestaciones características son: enlentecimiento de las funciones intelectuales incluyendo el lenguaje, la pérdida de iniciativa y defectos de memoria. Asimismo, se presenta nerviosismo, depresión, somnolencia, embotamiento, indiferencia y apatía. Pueden presentarse distorsiones de los procesos mentales; las reacciones psiquiátricas más comunes son del tipo paranoide y depresivo. La hipoxia cerebral contribuye a los dolores de cabeza y puede predisponer a tener ataques confusionales.

En el crecimiento y diferenciación celular: Depende de la edad en que se inicia la afección; por ejemplo, estatura corta sin retraso mental si se presenta al final de la niñez ocasionada por la detención o perturbación en los procesos fisiológicos o en la secreción de somatotropina. En la falta congénita de tiroides se observa enanismo, además de ciertas características somáticas y psíquicas.

Trastornos oculares: Se presenta también exoftalmia aunque de menor severidad que en el hipertiroidismo.

Cuadro clínico:

En los casos de hipofunción tiroidea las manifestaciones clásicas son insidiosas y pueden tardar meses o años para aparecer, no así en los casos consecuencia del tratamiento de hipertiroidismo a través de cirugía o radiación de yodo, o en los casos de discontinuación de terapia reitutiva en los cuales aparece de manera súbita. En estos casos, los síntomas aparecen aproximadamente en tres semanas y son variables y no específicos. "Es común encontrar cansancio y disminución del ánimo lo que dificulta la ejecución de las labores diarias" (Larsen e Ingbar, 1993, p-450); sensibilidad al frío, alteraciones menstruales en mujeres, pérdida del deseo sexual en ambos sexos, somnolencia y lentificación de la actividad intelectual y motora (Orgiazzi, 1996).

La persona se vuelve apática, desatenta, indiferente, pierde el interés en el trabajo y en el ambiente. Si el paciente no es tratado puede permanecer así durante muchos años hasta finalmente desarrollar un coma mixematoso.

TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO:

El tratamiento de estas afecciones consiste en restitución del elemento faltante, esto es administración de yodo en la dieta si es por déficit de este elemento o principalmente la ingesta de hormona tiroidea exógena para restablecer el eutiroidismo. La hormona reconstitutiva se da en dosis pequeñas de T4 dependiendo de la sensibilidad del paciente. A través de ellas se logra el aumento del metabolismo basal lo que se mantendrá mientras se continúe el tratamiento; con el paso del tiempo pueden requerirse aumentos en la dosis. En los casos de bocio muy grande y rápido se indica la cirugía.

Las hormonas reconstitutivas que se indican en los casos de hipotiroidismo pueden ser de dos tipos (Bigos, 1998):

- 1). Preparaciones sintéticas de la hormona que pueden contener:
 - a). Únicamente tiroxina (T4), lo cual es lo más conveniente porque permite al organismo la transformación de ésta a T3 en los rangos que le sean necesarios.
 - b). Combinación de T4 y T3 que tiene las desventajas de las hormonas disecadas.
 - c). Preparaciones de T3 que se utilizan en casos específicos como cuando se requieren resultados inmediatos por un hipotiroidismo severo.

- 2). Tiroproteínas u hormonas tiroideas disecadas obtenidas de animales. Contienen combinaciones de T4 y T3, pero aún con la tecnología actual no logran que el rango de T3 y T4 en las preparaciones sea estándar. Asimismo, como las tabletas contienen T3, el cuerpo pierde la habilidad de controlar la cantidad de T3, lo que produce, cuando ésta se toma de por vida, un estado hipertiroideo crónico (Bigos, 1998).

Los ajustes metabólicos no son inmediatos y pueden tardar en observarse hasta 2 ó 3 meses, aún con dosis diarias. La vida media de las hormonas tiroideas normales es de 6.5 días (West, 1993), sin embargo en los hipotiroideos puede durar tanto como 12 días.

Aún cuando la respuesta terapéutica de la hormona tiroidea es gratificante en un principio por la facilidad con que se responde, con el tiempo disminuye la respuesta requiriéndose cada vez dosis mayores. También, "algunos pacientes reportan que la omisión de una sola ingesta resultará en la rápida aparición (en horas) de los síntomas previos, y que son igualmente rápidos de aliviar con la dosis" (Larsen e Ingbar, 1993, p-461)

Las sobredosis pueden presentarse produciendo síntomas como dolor de cabeza, palpitaciones o ansiedad, insomnio, nerviosismo, debilidad muscular y otras manifestaciones del hipertiroidismo; estas manifestaciones también pueden presentarse menores al logro de eutiroidismo. En casos serios de sobredosis, principalmente en pacientes con otras afecciones cardiovasculares, puede producirse trombosis en la coronaria o en las arteriolas cerebrales y angina.

Al tratar de restituir rápidamente la hormona tiroidea existe la posibilidad de provocar desórdenes maniaco-depresivos.

Los pacientes hipotiroideos son sensibles a ciertas drogas, particularmente al litio (que como el yodo disminuye la síntesis de hormona tiroidea), la morfina y sus derivados, e incluso a algunos agentes antitiroideos que se encuentran de manera natural en los alimentos, principalmente en plantas de la familia de las crucíferas como el nabo y algunas algas; aún cuando no es un agente antitiroideo, el germen de soya utilizado en algunas fórmulas (leche de bebe) llegó a producir bocio y a incrementar la excreción fecal de la hormona. Estas condiciones indican que se debe ser cuidadoso en su administración y, cuando sea necesario, reducirse a la mitad o menos. En cuanto a la deficiencia vitamínica no se requiere su administración suplementaria, es suficiente una dieta adecuada (Llamas, 1979).

Las primeras evidencias de mejoría son: diuresis, pérdida de peso, disminución de la hinchazón, aumento de la presión, apetito y aumento de la actividad psicomotora.

CAMBIOS PSICOLOGICOS:

"Ya para 1880 estaba claramente establecido que el mixedema podía ser una causa de locura" (Lidz; en Werner, 1962, p. 784).

Las hormonas tiroideas son esenciales para el desarrollo de las funciones cerebrales, ya sea porque influyen en su metabolismo y consumo de oxígeno, o por su relación con la sensibilidad del sistema nervioso autónomo.

El tratamiento con medicamentos de dichas afecciones tiroideas ha disminuido en gran medida esta condición; sin embargo, esto ha ocasionado que el tema se ignore, olvidándose que existen algunas manifestaciones psicológicas que, aunque no al grado de considerarse psicóticas, siguen presentándose y, más aún, persisten una vez controlada la afección.

Las manifestaciones psicológicas dependen de la severidad y duración de la afección y se relacionan con la personalidad preexistente del individuo, encontrándose exageración de la personalidad habitual en torno a las características del padecimiento.

El "torpor, embotamiento, indiferencia, enlentecimiento, apatía, etc., son los términos que aparecen en todas las descripciones" (Ey et.al, 1980, pag. 693).

Cuando la función de la tiroides está disminuida se encuentra: apatía, fatiga, somnolencia, lentificación del pensamiento y el lenguaje, aplanamiento de respuestas emocionales, indecisión, disminución del interés, pesimismo y aislamiento, condiciones que se van desarrollando lentamente hasta convertirse en depresión; también se puede encontrar insomnio e irritabilidad, e incluso llegar a la agresión y hostilidad.

Los cambios pueden desarrollarse insidiosamente y no ser notados por la persona o familiares hasta que se presenta un marcado cambio de personalidad.

Las alteraciones cognoscitivas asociadas más frecuentemente a este tipo de afecciones son lentitud y dificultad en la aprehensión, el pensamiento y la acción, alteraciones en la memoria reciente, concentración, juicio y capacidad discriminativa. Sin embargo, la confusión puede no verse por la baja productividad.

Se puede suponer que la alteración del nivel de percepción producirá defectos en la atención, la concentración y la perseverancia; al no entender adecuadamente lo que motiva esto, y al sentirse "incapaz, entorpecido" el paciente se frustra y lo manifiesta con mal humor e irritabilidad.

Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son estados confusionales o psicóticos semejantes a las psicosis tóxicas, es decir, con características de la esquizofrenia como pobre organización, ideas delirantes de persecución y alucinaciones auditivas y visuales, principalmente breves o fugaces, que también se presentan en la visión periférica de pacientes hipotiroideos no psicóticos. Otras veces se presentan psicosis depresivas en todas sus variantes. Estas complicaciones psiquiátricas pueden no presentarse; sin embargo, existen manifestaciones psicológicas en la personalidad del paciente que necesita identificar y manejar.

Denicoff et.al (1990), realizaron una investigación para observar los cambios cognoscitivos y de humor en pacientes a quienes se había practicado tiroidectomía; encontraron diferencias significativas entre el uso y no uso de medicamentos (T3 ó T4): se observó aumento en la ansiedad, dificultad para concentrarse, labilidad, tristeza, vulnerabilidad a cambios de humor, intranquilidad y menor energía en el grupo sin medicamentos.

Como se mencionó con anterioridad, en pacientes con hipotiroidismo se utilizará el tratamiento con hormona tiroidea para preservar su vida; sin embargo, es importante señalar que es necesario el cuidado del paciente al empezar el tratamiento, incluso es recomendable que se efectúe en el hospital bajo observación cuidadosa, ya que no es raro que la psicosis se agrave al iniciarlo o en el caso de pacientes no psicóticos, el cambio del metabolismo puede precipitarla; por lo que en el tratamiento debe regularse poco a poco la dosis sin discontinuarlo, pudiendo utilizarse tranquilizantes como apoyo.

La edad en que se presenta la afección, y la rapidez y adecuado tratamiento de restitución determinarán la severidad y grado de reversibilidad de los síntomas; sin embargo, el tratamiento médico no restaurará o integrará la salud mental del paciente, y menos aún si ocurre un daño cerebral.

La hormona tiroidea se utiliza también como complemento para acelerar la reacción de antidepresivos tricíclicos con mejoría transitoria del humor en pacientes deprimidos. Asimismo, se ha observado que muchos pacientes de enfermedades psiquiátricas agudas experimentan elevación transitoria de la concentración de hormona tiroidea en el momento

de su ingreso al hospital; aunque no está clara la interpretación que debe darse a esta observación, es evidente que estas hormonas participan en la regulación del humor y la conducta, además de sus funciones endocrinas tradicionales (Gorbman, A. et.al, 1962).

4). ENFERMEDAD Y ESTRÉS

El comportamiento de las personas se relaciona con las condiciones del medio ambiente (esquema contextual), con el momento histórico y con la cultura, que es el gran troquel de la conducta social, aspectos que determinarán los patrones conductuales de las personas; otro aspecto importante son las experiencias individuales entre las que encontramos el estrés.

"El estrés puede definirse como un estado que se presenta cuando las personas se enfrentan a exigencias del medio que requieren que cambie en alguna forma" (Darley et.al, 1990, p-601); es decir, es un estado de ánimo interno, que se produce como consecuencia del enfrentamiento de una persona con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad de hacerles frente y se caracteriza por sentimiento de tensión e incomodidad (Latorre, 1994b).

Las fuentes de estrés pueden ser físicas o psicológicas, intrínsecas a una situación o atribuidas por la persona, universales o pertenecer solo a la experiencia de la persona. No siempre se debe a eventos traumáticos (estresantes agudos) sino que puede ser causado por acontecimientos que ocurren durante un período prolongado (secuencias estresantes), o a la condición de enfrentarse a cambios y dificultades persistentes en el transcurso de su vida (estresantes crónicos).

Desde la perspectiva cognoscitiva, la experiencia de estrés es más que la suma de los estresores a los que se está expuesto, reconoce la interacción entre la persona y el medio; es decir, el papel del individuo como agente activo en dicha experiencia, a través de un proceso mental que Lazarus y Folkman (1984) denominaron evaluación cognitiva, en la cual el individuo evalúa la medida en que un estresor le amenaza y los recursos que tiene disponibles para enfrentar el suceso; de tal manera que puede modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognitivas, emocionales o conductuales que le puntualicen qué tanto le perjudica o beneficia el estresor y, sobre todo, el encontrar estrategias que pueda utilizar ante el estresor (Latorre, 1994b).

Una entre tantas fuentes de estrés son las enfermedades, que por constituir una pérdida en el equilibrio y control del individuo sobre sí mismo y su ambiente, produce en él aflicción, amenaza, riesgo y miedo, situaciones que debe controlar comenzando con afrontar su enfermedad.

Se puede decir que es aún más estresante si la enfermedad es crónicas, ya que en su fase inicial crítica sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas y posteriormente se obliga al individuo a realizar ajustes de manera casi continua en el transcurso de su vida diaria, incluyéndose su actividad física, laboral y social; además de

tener que asumir psicológicamente el papel de paciente crónico y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida; exigencias que hasta cierto punto no están bajo su control o que él percibe como demandas ante las cuales no tiene los suficientes recursos.

Afrontar o enfrenar son términos que han sido utilizados para definir los esfuerzos conductuales y cognitivos empleados para controlar, tolerar, disminuir o menospreciar las demandas ambientales e internas y los conflictos que exceden los recursos disponibles y que constituyen un problema, lo que proporciona alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio. El estresor o problema a solucionar o afrontar en este caso es la enfermedad.

"Los terapeutas cognoscitivos clasifican las respuestas de afrontamiento en dos grandes clases:

1). Afrontamiento centrado en lo emocional, que son intentos por controlar la ansiedad o la angustia provocada por las exigencias ambientales amenazadoras.

2). Afrontamiento centrado en el problema, que son esfuerzos por cambiar la propia situación de estrés, para lo cual se busca información, se altera la situación o se trata de adquirir la capacidad necesaria para satisfacer las exigencias ambientales" (Darley et.al, 1990, p-617).

En el afrontamiento intervienen procesos como la cognición, memoria, juicio y reflexión, combinados con procesos individuales como auto-exploración, auto-instrucción, auto-corrección, auto-ensayo y auto-asesoramiento, que cada individuo posee en su personalidad (Weisman, 1987).

El papel del psicólogo para el afrontamiento del paciente con su enfermedad, es el detectar las situaciones físicas o psicosociales que influyen sobre la resistencia o vulnerabilidad, en este caso a la enfermedad, sus disposiciones personales tales como sus patrones de comportamiento y, a través de métodos cognitivos, hacerle ver las consecuencias interpersonales que el no afrontarla están originando.

Para ello, el psicólogo que asesora a un paciente en cuanto a su forma de afrontar una enfermedad debe identificar los estilos de éste para afrontar situaciones en diferentes áreas tales como.

- Salud y bienestar
- Familia y responsabilidades
- Solvencia vocacional y económica
- Expectativas sociales y comunitarias
- Demandas religiosas y culturales
- Problemas de auto-imagen
- Roles de pareja y sexuales
- Inquietudes existenciales

Al investigar en estas áreas, el psicólogo podrá tener una visión más clara de cómo está enfrentando su enfermedad o si esto regularmente no es común en él.

Esta información indicará si el paciente tiene características de ser un "buen o mal enfrentador", de acuerdo a las características comunes que se han encontrado y que a continuación se presentan (Weisman, 1987):

BUEN AFRONTADOR

- Optimistas
- Prácticos en la solución de obstáculos inmediatos para proceder a soluciones ideales.
- Ingeniosos, utilizan estrategias y tácticas diversas.
- Son conscientes de las consecuencias, aceptan sugerencias, son flexibles.
- Evitan extremos en sus emociones que afecten su juicio y acciones.
- No pretenden saberlo todo por lo que buscan ayuda de especialistas cuando es necesario.

MAL AFRONTADOR

- Tienen expectativas excesivas
- Por no encontrar alternativas son muy pasivos y no logran iniciar la acción.
- Se inclinan a la negación o a la racionalización.
- Rígidos, inflexibles y sugestionables.
- Son impulsivos en sus juicios y comportamientos.
- Renuentes a establecer compromisos dudan en pedir ayuda.

Con esta información se puede apoyar al paciente en las áreas y habilidades que requieran modificarse para ser buenos afrontadores de su enfermedad.

La atención terapéutica a pacientes que han recibido tratamiento por hipertiroidismo debe incluir las alteraciones debidas exclusivamente a la enfermedad y el tratamiento, y las alteraciones ocasionadas por el estrés que estos aspectos provocan.

El análisis de los datos hace evidente la necesidad de complementar la atención médica con una aproximación terapéutica que le permita al paciente la comprensión de su enfermedad y el desarrollo de mecanismos adaptativos a sus condiciones y a su ambiente.

N A D A

No hay nada demasiado bueno para que no lo poseas,
ninguna altura que no conviertas en realidad
tu poder es mayor que tu pensamiento,
es algo que debes sentir dentro de ti.

No debes temer nada, tu propio ser sabe
que tú eres tu propio ser infinito;
por tanto fija tu mente en la meta más alta,
no existe nada que no puedas hacer.

Ella Wheeler Wilcox

CAPÍTULO II. MODELOS DE APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA

1). MODELO DE APROXIMACIÓN BIO-PSICO-SOCIAL

La información proporcionada en el capítulo anterior da un amplio panorama respecto a las condiciones que enfrentan los pacientes con afecciones tiroideas. Desde la perspectiva médica, hay quienes afirman que cuando el paciente está siendo tratado y alcanza el nivel eutiroideo ningún cambio posterior en su personalidad se deberá a la afección e incluso que todos los cambios que se hayan presentado volverán a la normalidad; sin embargo, ésta es una visión unilateral.

Las nuevas tendencias de las ciencias médicas y del comportamiento proponen que ya no existen modelos de salud y enfermedad del tipo de categorías, causas y efectos únicos, éstos se reemplazaron por los modelos de múltiples categorías, multicausales y de múltiples efectos cuando se observó que los complejos problemas de salud y enfermedad eran inherentemente multidimensionales. Por tal motivo, las disciplinas científicas han tenido que construir enlaces entre ellas para establecer términos y principios en común. Las interdisciplinas entre la psicología y la salud humanas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud.

Se reconoce la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace de la salud como "aquel estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad" (Ruiz, 1996, p.7); para llegar a ella, la aproximación bio-psico-social sugiere la atención de enfermedades a través de grupos interdisciplinarios, proponiendo "que el diagnóstico médico debe siempre considerar la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales para poder contribuir en la salud de las personas y hacer recomendaciones para su tratamiento" (Schwartz, 1982, p.1047).

Existen una serie de supuestos básicos que sustentan la necesidad de respaldar esta concepción interactiva (Latorre, 1994c):

- 1). La salud como derecho social incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción.
- 2). El estilo de vida (hábitos de comportamiento) es uno de los principales factores de riesgo y mortalidad, por lo que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de determinados problemas de salud.
- 3). La naturaleza crónica de muchos problemas de salud hace necesario que el individuo aprenda nuevas conductas o modos de comportamiento diversos, así como reestructurar su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a la rehabilitación y prevención de recaídas.
- 4). Los resultados positivos que se han obtenido al aplicar el análisis funcional de la conducta y la terapia de comportamiento en un gran número de problemas de salud hace

recomendable las intervenciones psicológicas como alternativas o complemento a la intervención biomédica.

5). Las intervenciones psicológicas obtienen un balance favorable al hacer un análisis de costo-utilidad/eficacia.

Considerando lo anterior, el modelo bio-psico-social pretende que los tratamientos interactúen entre sí, así como con la persona y su entorno, lo que permite:

- * Proporcionar terapia al individuo más eficientemente.
- * Considerar a la enfermedad como interacción, lo que permite hacer recomendaciones aplicables a dos o más problemas simultáneos.
- * Ver las interacciones del tratamiento en las diversas modalidades que puedan repercutir como mejoras; las aportaciones en el caso de la psicología se centran en los siguientes aspectos (Latorre, 1994c, p.23):

- 1.-El conocimiento de las leyes que rigen los procesos psicológicos en el individuo sano y en el enfermo.
- 2.-El conocimiento de los determinantes del comportamiento, así como de los mecanismos necesarios para su modificación.
- 3.-El conocimiento de los aspectos psicosociales que rodean las relaciones personales en el sistema familiar y en el entorno comunitario y que afectan a la salud del individuo.

El argumento para utilizar este sistema es que las muchas disciplinas específicas en el trabajo con pacientes tienden a perder la dimensión macroscópica del padecimiento, por ver los detalles microscópicos desde su propia perspectiva.

En este trabajo se retoma la idea de que la relación entre salud-enfermedad no es simple ni unilateral, dado que existen una serie de variables disposicionales, de personalidad, estilo de afrontamiento, percepción, evaluación cognitiva y soporte social que cumplen un rol importante dentro del proceso.

Manteniendo esta postura de trabajo interdisciplinario, el presente trabajo sustenta la idea de que los pacientes con afecciones tiroideas sufren cambios y enfrentan diferentes situaciones que los llevan a tener o formarse aspectos distintivos de su personalidad, que en la mayoría de los casos no ayudan al completo restablecimiento de la salud, siendo necesaria la intervención de un psicólogo en el grupo de atención.

2). PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD

Para poder hacer una propuesta de intervención terapéutica es necesario definir los conceptos teóricos que la explican y sustentan.

Al hablar o hacer psicoterapia nos referimos a un proceso en el cual, a través de medios psicológicos, un terapeuta establece una relación profesional con una persona para ayudarla a cambiar ciertos aspectos de su vida, ya sean estos cognitivos, de conducta o emocionales, que le permitan quitar síntomas existentes, modificar patrones perturbadores de comportamiento o mejorar el desarrollo de su personalidad. Esta concepción nos remite a considerar al ser humano como alguien que necesita ayuda y la busca para cambiar. La posibilidad de cambiar está en él, él influye en lo que vive y en lo que hace (Ruiz, 1996).

En mi opinión, la psicoterapia de inicio debe ser un acto de fe por parte del paciente, entendiéndose por esto que debe tener la esperanza o expectativa de que algo puede cambiar. Las circunstancias bajo las cuales se recibe al paciente en este caso no propician esta condición, sin embargo, la alianza terapéutica y la empatía que se establezcan en el inicio convertirán la condición de requisito médico en motivación propia.

La psicoterapia o intervención terapéutica a través de medios como la tutela, guía, reeducación, suministro de información, modelación y/o entrenamiento de hábitos, tiene como propósito lograr un cambio en la forma de pensar, actuar y/o sentir del individuo; condiciones que en general están determinadas por su personalidad y por las situaciones que enfrenta (Wolberg, 1996).

Aún cuando existen diversas definiciones de personalidad, se puede considerar ésta como "el patrón organizado y distintivo del comportamiento que caracteriza la adaptación individual a determinado ambiente, tiene sus raíces en la estructura biológica y es modificado por el ambiente social y cultural" (Darley et.al, 1990, p-547).

La personalidad se presenta como un modelo integral de rasgos de carácter, de comportamiento, temperamentales, emocionales y mentales de un individuo; y se experimenta como deseos, impulsos, intereses, etc., que se orientan al logro de un diseño para vivir que permita la satisfacción armónica y periódica de las necesidades del individuo, así como una progresión gradual a metas distantes a través del desarrollo de sus potencialidades innatas (Darley et.al, 1990; Papalia, 1985; De la Fuente, 1981).

En la actualidad es claro que la naturaleza, la crianza y el individuo, interactúan para influir en el desarrollo, de tal manera que una gran diversidad de factores como la herencia, el hogar, el grado de estimulaciones, la salud física, el tipo de educación, las propias decisiones, e incluso aspectos como la raza, sexo, condiciones étnicas y nivel socioeconómico, son determinantes en el desarrollo de las potencialidades de los individuos incluyendo la inteligencia y la personalidad; "de tal manera que los defectos hereditarios, las enfermedades a largo plazo, las implicaciones sociales pueden afectar el ambiente y limitar o interferir las oportunidades para el desarrollo personal" (Papalia, 1985, p-24).

En cuanto al desarrollo, es importante puntualizar algunos aspectos específicos de la etapa en que se encuentran los individuos para los que se sugiere esta propuesta, que equivale a la etapa de adultos jóvenes. Diferentes teóricos revisados por Papalia (1985) consideran:

- 1). Según la teoría de Bühler, en esta etapa la persona capta la idea de que su vida le pertenece, analiza sus experiencias y establece metas.
- 2). Según Levinson, exploran las posibilidades respecto a sus metas pudiendo precipitarse crisis por enfrentar la realidad de que sus metas no podrán cumplirse. En el caso particular que se está tratando, un ejemplo sería el no poder mantener un trabajo por la necesidad de atención médica frecuente.
- 3). Según Gould, "la personalidad continúa evolucionando a lo largo de la vida".
- 4). Esta etapa también se caracteriza por ser la etapa en que se establecen relaciones íntimas que quizá se mantengan para toda la vida.

Estos cuatro puntos llevan a la conclusión de que en esta propuesta es importante tomar en cuenta que el individuo está buscando metas que pueda cumplir y es capaz de reorientarlas sustituyéndolas por unas más alcanzables por sus condiciones de vida, incluyéndose el poder establecer una relación íntima y duradera, y siendo este el caso deberá incluirse su participación en las actividades de la propuesta.

Siendo la personalidad algo tan amplio y complicado, las aproximaciones psicológicas difieren en cuanto al énfasis que dan a los aspectos fundamentales que la conforman, los métodos que utilizan para modificar el comportamiento también son diferentes; dependiendo de los eventos que consideran que la influyen, algunos lo hacen a través de interpretaciones explorando los eventos pasados, otros a través de nuevos aprendizajes o contracondicionamientos, otras, más optimistas, consideran que se pueden obtener cambios significativos concentrándose en el presente.

A lo largo del tiempo, los conceptos y técnicas terapéuticas han ido completándose o combinándose para lograr una mejor solución a los complejos problemas de los individuos, en la actualidad, muchos terapeutas toman estrategias de diferentes perspectivas para la solución de un tipo de problema. Este enfoque combinado se ha denominado enfoque ecléctico o centrado en el problema. La propuesta que se presenta en este trabajo entra dentro de este modelo, ya que se refiere a un problema particular y se han estudiado aquellas técnicas y condiciones terapéuticas que sean adecuadas para lograr un cambio y el desarrollo de estas personas.

Los modelos básicos sobre los cuales se han elegido técnicas específicas son (Darley et.al, 1990; Papalia, 1985):

1) Desde el modelo biológico, el ser humano como unidad, tiene una organización adaptativa estabilizadora por lo que al alterarse el equilibrio por factores que suscitan cambios en su medio interior se producirán efectos en otras áreas como la mente y el comportamiento, para recuperar el estado de homeostásis, que es la tendencia de los organismos a restablecer su funcionamiento normal.

Así "la contribución de la psicología a la medicina es de primera importancia; para presentar el diagnóstico y tratamiento se deben entender aquellos aspectos de la enfermedad que tienen componentes psicológicos, no solo los psicósomáticos, sino el miedo, ansiedad, impotencia, pánico e irritabilidad que se traducen en condiciones físicas o simplemente empeoran la afección física o el afrontamiento a la enfermedad" (Ellis, 1978, p-86)

2) Los modelos humanistas-existenciales también consideran que las personas tienen en sí mismas la habilidad para manejar sus vidas y fomentar su propio desarrollo, mediante cualidades específicas como la selección, creatividad, evaluación y autorrealización. Esta es la base del desarrollo saludable, ya que significa que la persona se ajusta a su propia naturaleza y realiza aquello para lo que es capaz y se siente satisfecho.

En estos modelos se da una gran importancia a las metas a largo plazo, de tal manera que las personas se desarrollan en torno a sus expectativas y, al reflexionar acerca de su vida, pueden evaluar sus logros.

El humanismo toma en cuenta aspectos más allá del comportamiento observable como los sentimientos, los valores y las esperanzas. Por ejemplo, en el caso de enfermedad, ésta como tal es un estresor y cuando es crónica o, como en este caso, requiere un tratamiento de por vida, puede percibirse por el individuo como un fracaso, distorsionando sus pensamientos y emociones al considerar que su vida no tiene sentido.

De esta corriente se rescata también su énfasis en la empatía con el paciente y la focalización en la experiencia fenoménica del paciente; esto es, cómo y qué siento y pienso aquí y ahora, dado que el individuo enfrenta el problema que se está tratando en el presente.

3). Los modelos de aprendizaje o conductistas intentan modificar el comportamiento de las personas siguiendo lo que se ha llamado "ideología modernista", que se refiere a especificar técnicas terapéuticas que produzcan resultados mensurables, las cuales son dirigidas a objetivos impuestos por el paciente.

La personalidad es considerada una integración postsensorial y premotora, que se va transformando con la solución de conflictos y el logro de decisiones en que se involucran diferentes alternativas; es probable, como lo indican los modelos de aprendizaje, que para enfrentar las situaciones y sensaciones propias de la afección que se mencionaron en el capítulo anterior, como irritabilidad, angustia, cansancio, depresión, etc., el individuo aprenda

nuevos comportamientos que formarán parte de su personalidad.

4). Los modelos cognoscitivos parten del supuesto que "las alteraciones emocionales o los patrones de conducta inadecuada son resultado de lo que pensamos (contenido) y de cómo pensamos (proceso) considerándose lo más importante la mediación cognoscitiva - o pensamientos" (Darley et.al, 1990, p-717).

El desarrollo cognoscitivos resulta de tomar nueva información acerca del mundo (asimilación) y cambiar las propias ideas para incluir los nuevos conocimientos (acomodación), resultando una interacción entre la maduración propia del individuo y su ambiente. Derivado de esta idea, circunstancias como el enfrentar una enfermedad invariablemente producen cambios en la manera de pensar, percibir y actuar; si la información que tienen es escasa e implica poca participación en el manejo de su problema el esquema de vida se alterará notablemente. Al educar al paciente sobre su enfermedad y sobre las dificultades emocionales que conlleva, al explicarle el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos, se estará aportando información para que, a nivel cognoscitivo, comprenda que aún cuando es una condición displacentera que requiere ser cambiada, no es insostenible o terrible, y que se deben tener cuidados sin llegar a preocupaciones excesivas e inútiles que hagan que se deje de lado aquellas precauciones realmente necesarias. Así, el manejo de aquellas condiciones emocionales, aún cuando se originen en el proceso de su enfermedad, no está fuera de su control, lo que le permite participar en su recuperación.

5). "Muchos terapeutas que trabajan solo con la tradición conductista o con la cognoscitiva reconocen que no están completas" (Darley et.al, 1990, p-721), por lo que muchos de ellos en la práctica han fusionado ambos enfoques surgiendo la terapia (modelo, corriente) cognitivo conductual.

La idea general del modelo cognitivo-conductual es que los individuos al percibir, evaluar y organizar las experiencias propias, es decir al procesar la información, crean o construyen representaciones internas de las personas, eventos y situaciones e incluso de ellos mismos, de tal manera que actúan de acuerdo con estas representaciones internas, sin olvidar que los procesos cognitivos y perceptivos se encuentran influidos, y algunas veces alterados, por factores personales como motivaciones, compromisos, expectativas, experiencias previas, miedos o temores aprendidos, modelos, etc. Encuentran relaciones causa-efecto que les permiten pronosticar eventos futuros de tal manera que intervienen en el mundo de acuerdo con ellos para obtener los resultados deseados, de modo que las situaciones que enfrenta el individuo y sus representaciones únicas respecto a ellas determinarán su personalidad, y ésta a su vez interviene en su comportamiento respondiendo de manera coherente con las habilidades que les ayuden a afrontar adecuadamente las exigencias de la situación.

Entre los terapeutas cognoscitivos que han utilizado también técnicas conductuales encontramos a Ellis con la terapia racional emotiva, a Beck con la terapia cognoscitiva y a Lazarus con su terapia multimodal de la conducta.

3). MODELOS DE PSICOTERAPIA

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ELLIS

Desde 1955 Albert Ellis revolucionó el tratamiento de los problemas emocionales con la introducción de la Terapia Racional Emotiva, cuya reputación ha ido creciendo por sus características propias (Exner et.al, 1998).

Ellis destacó que a diferencia de los animales, un ser humano "puede ser recompensado o castigado por su propio razonamiento, incluso cuando éste difiere de los refuerzos y los castigos externos" (Ellis, 1977, p-103); afirma que la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos deben girar en torno a la corrección de conceptos erróneos; propone un tipo de psicoterapia breve, sencilla, orientada al problema y fácil de entender, que integra métodos cognitivos, emocionales y conductuales que enseñen al paciente a enfrentar las situaciones subjetivas a través de cogniciones objetivas.

Su base es la auto-aceptación; se enseña al paciente a valorar sus cualidades en cuanto le ayuden a vivir y estar feliz, y a dejar de actuar para hacer todo bien y agradar o ser aprobados por otros, es decir a no auto-condenarse. Este enfoque plantea que muchas de las complicaciones y alteraciones tienen sus raíces en las reacciones emocionales a los eventos que ocurren en la vida diaria, y que las personas al buscar la perfección luchan contra sus errores y aficciones, y gastan su energía regañándose por no ser perfectos.

Su propósito como método terapéutico es mostrar al paciente que él mismo está provocando sus problemas y síntomas. Ayuda a la persona a encontrar el por qué de sus acciones y creencias, y las consecuencias de las mismas; analiza éstas como si fueran hipótesis y se comprueban a través de métodos cognitivo-conductuales y emocionales. Generalmente el paciente tiene una premisa irracional y hace una deducción ilógica de ella; la terapia racional emotiva le enseña a refutarlas, a que aprenda a auto-aceptarse con todo y sus imperfecciones, pudiendo así dedicarse a otras cosas. Es decir, en la terapia se les enseña que se pueden aceptar a sí mismos aún con sus conductas, para después dedicar su mejor esfuerzo a eliminar esas conductas disfuncionales.

El terapeuta que usa este modelo le hace saber al paciente que sus tendencias biológicas y condiciones sociales le han ayudado a adquirir ciertos hábitos disfuncionales y que estos se aprendieron en el pasado y se continúan manifestando en el presente; sin embargo, también le hace concientizar que cuenta con una aptitud llamada razonamiento con la que puede deshacerse de todas aquellas creencias irracionales en las que hasta ahora se ha apoyado para no continuar actuando así.

El objetivo principal de la terapia racional emotiva es que las personas sobrevivan y sean felices, lo que en una persona racional significaría:

- 1). Aceptar que se vive en el mundo real.
- 2). Vivir amigablemente en un grupo social.
- 3). Relacionarse íntimamente con algunos miembros de su grupo social o comunidad.

- 4). Comprometerse en trabajos productivos y agradables.
- 5). Participar en actividades recreativas elegidas.

En el proceso terapéutico se permite que tengan emociones fuertes, como displacer, disgusto, remordimiento, rebelión, determinación para cambiar, porque reconoce que estas emociones son normales y apropiadas, ya que incluso pueden motivar a acciones benéficas; en cuanto no sean intensas, de tal manera que se evita que afloren aquellas como culpa o depresión que se originan de pensar que las cosas deben ser de otra manera y que ocasionan que sean infelices y que se deteriore la capacidad para manejar su vida (Briggs, 1997), ya sea porque se tomen las cosas muy personalmente, se salgan de perspectiva, se culpe a otros o se vuelvan menos tolerantes.

Los pasos del proceso son:

- a). Activar experiencias: ayudarlos a ver exactamente qué les está pasando, qué están haciendo para preocuparse y mantener sus alteraciones.
- b). Encontrar las creencias racionales e irracionales, esas ideas asociadas con lo que les pasa y que los mantiene preocupados y/o alterados.
- c). Encontrar las consecuencias emocionales de sus acciones y sus creencias.
- d). Buscar evidencias que sustenten las creencias irracionales y enseñarles a combatirlos o destruirlas a través de cuestionamientos que hagan ver su aspecto irracional (disputar, refutar).
- e). Efecto de disputar. Al encontrar la irracionalidad de las creencias que sustentan ciertas acciones, se procede a encontrar acciones y creencias racionales observando los nuevos efectos cognitivos, conductuales y emocionales resultantes, lo que estimula a desempeñarse y disfrutarse a sí mismos.

Los métodos utilizados en los pasos anteriores son: diálogo, interrogatorio y lecturas, por lo que se le considera una terapia activa y directiva; es decir, lleva al individuo a través de estos métodos a que él mismo interprete sus actitudes y confronte de manera activa y vigorosa sus creencias irracionales.

Al encontrar las creencias irracionales se debe convencer al paciente de que éstas son hipótesis y no hechos. Las principales creencias irracionales encontradas por Ellis (1977, p.53) son:

- La necesidad de competir y ser aprobado por otros para valer.
- La idea de que las personas que son significativas para uno deben actuar considerada y justamente, y de no ser así deben ser castigados.
- La idea de que la vida no debe tener contrariedades.

El método para deshacerse de estas creencias irracionales consiste en hacerse una serie de preguntas:

- 1). ¿Qué me estoy diciendo a mi mismo? (la idea irracional)
- 2). ¿Es cierta esta hipótesis?

- 3). ¿Dónde está la evidencia de que esto es o no cierto? (encontrar varias diferentes)
- 4). ¿Qué es lo peor que podría pasarme por esa idea irracional? (consecuencias)

Un método alternativo que ayuda en el proceso de refutar las ideas irracionales es la fantasía o imaginación racional, como la llama Lazarus. En este procedimiento el paciente se imagina lo que sucede, lo que teme o le disgusta, y observa sus reacciones, después debe imaginar que formula a un grupo de observadores la siguiente pregunta: ¿cuál sería para ustedes una reacción razonable frente a estas circunstancias? de tal manera que va adquiriendo la habilidad analizar sus suposiciones irracionales y de encontrar respuestas racionales. Esta estrategia es recomendable para personas que se sienten sumamente furiosas, ansiosas o deprimidas. Cuando se utiliza en personas con problemas de salud se les pide que imaginen intensamente fallar en alguna cuestión que mejore su salud (ejercicio, tomar medicamentos); que imaginen cómo se sienten por no hacer lo correcto; después, se utiliza la fantasía positiva para que imaginen las consecuencias de si hacer lo que deberían hacer.

Se piensa que la ira y la hostilidad surgen de la negación de aceptar que los otros ven las cosas de diferente manera, queriendo ser el centro y que todos piensen como nosotros. Su expresión producirá reacciones fisiológicas que no le hacen nada bien al organismo y se manifiesta más probablemente con personas cercanas.

Ante ellas (la ira y la hostilidad) la terapia racional emotiva considera de gran importancia la asertividad (capacidad de querer algo y hacerlo notar a los demás), para que cuando se tenga que expresar algo que no esté de acuerdo con otros, se tenga la libertad de expresar los sentimientos y pensamientos auténticos pero de manera espontánea, cálida y constructiva; desechando la idea irracional de que el tener ideas diferentes necesariamente implique actuar de manera impulsiva y defensiva.

Para no llegar a la hostilidad ante personas o situaciones que son desagradables existen tres opciones:

- 1.- Descubrir maneras de cambiarlo o hacerlo más deseable.
- 2.- Salirse de la situación y aún así obtener buenos resultados.
- 3.- Quedarse en la situación con sus ventajas y desventajas, y aceptarlo.

El identificar las ideas irracionales ya significa un avance en el desarrollo de una idea racional, ya que se van encontrando los "debo" que hacen a la idea irracional; sin embargo, las ideas racionales deben ir más allá, esto es, deben intentar que el paciente se motive y encamine a nuevas y mejores metas, sin que esto signifique una imposición de las ideas del terapeuta el cual debe siempre encontrarlas en el marco del sistema de valores del mismo individuo.

Una vez que se ha delimitado el problema, se han encontrado las ideas irracionales y se han encontrado las ideas racionales adecuadas, y a través de la fantasía o el interrogatorio se han decidido las nuevas conductas apropiadas, se puede usar el juego de roles, en el cual se practican dichas conductas y se ayuda al individuo en aquellas

circunstancias que lo bloquean. Este juego de roles consiste en que el paciente actúe los diferentes papeles de una situación, incluso a sí mismo; al hacerlo, se le puede criticar y ver algunas creencias irracionales: se actúa y actúa hasta que se logra un completo entendimiento de lo que pasa y cómo manejarlo.

En la terapia racional emotiva se utilizan métodos cognitivo-conductuales como:

1). Distracción sistemática.

Esta técnica procura que el paciente se involucre o continúe manteniendo un alto grado de interés en algún área permanente, de larga duración, como educación, familia, profesión, etc., de manera que sienta, al tener claros sus objetivos, que posee o recobra el control de su vida, desvíe sus preocupaciones de manera constructiva, y así pueda vivir más feliz. Esto es sobre todo importante en las personas que tienen problemas de salud, ya que se ha observado que muchas veces estas personas sufren y se quejan por su enfermedad, y tienen miedo a la enfermedad y a los procesos médicos; sin embargo, los temores se exageran a nivel irracional en forma de baja tolerancia a la frustración, nerviosismo, ansiedad, ira y depresión, provocándose que se transformen en sentimientos y preocupaciones excesivas que producen más dolor y malestar que el problema médico original.

A través de la terapia se hace notar al paciente que tiene más alternativas de las que considera o que simplemente no se molesta en encontrarlas, y se enfatiza que la elección que haga no tiene porque ser permanente, que el ser humano normalmente decide y tiene la habilidad para reelegir y redecidir. Al presentar alternativas es importante tomar en cuenta que los proyectos seleccionados deben ser largos, agradables y buenos para su salud, requerir considerable energía, atención e inteligencia; se ha de procurar que los pacientes se enfoquen en estos intereses por un largo tiempo, y que disfruten al participar en ellos, distrayéndose así de ansiedad y hostilidad potenciales.

2). Entrenamiento de habilidades.

Sobre todo en el caso particular que se está tratando, es necesario y deseable que el paciente entrene la habilidad de relacionarse con otros, ya que como se dijo en el capítulo anterior, es frecuente que estos pacientes quieran tener una relación muy estrecha o dependiente con una sola persona y al no lograrlo se centran en sí mismos, se aíslan y se vuelven irritables, lo que limita o empeora sus relaciones interpersonales. A través del mismo proceso de la terapia racional emotiva se enseña al paciente a analizar su comportamiento hacia los demás, a considerar que el otro puede tener un punto de vista diferente que debe considerarse, a no establecer relaciones por la preocupación de ser aprobados por otros, para lo cual es necesario entrenarlos en la asertividad que les permitirá que sus relaciones no sean inalterables.

3). Tareas, auto-reforzamiento y auto-análisis.

En la terapia racional emotiva se parte del hecho de que las personas tienen

tendencias innatas a perturbarse y que se requiere trabajar aún entre terapias para lograr las metas y no volver a las conductas disfuncionales. Las tareas pueden ser:

- a). Cognitivas, haciendo reportes o leyendo información relacionada con el problema.
- b). Emotivas, por ejemplo recordar lo discutido en la sesión, practicar el automonitoreo de pensamiento emociones y conductas.
- c). Actividades en vivo, lo que significa usar las habilidades que aporta la terapia fuera del contexto de la misma, lo que permite el desarrollo de otras habilidades de forma independiente. De alguna manera se les forza a hacer ciertas cosas que los ayuden a alcanzar las metas, por ejemplo visitar a alguien, buscar trabajo, etc.

En las tareas, así como en el entrenamiento de habilidades mencionada anteriormente, se utiliza frecuentemente el método de condicionamiento operante en el cual, tal como demostró B.F. Skinner, a través de un sistema de recompensas y castigos se moldea una respuesta, resultando ser un herramienta para acrecentar el desarrollo de ciertos aspectos y modificar algunos comportamientos y aprendizajes profundos (Papalia, 1985). En el caso de las tareas se premia o castiga según se logre o no el objetivo; por lo general, las tareas tendrán duración de 10 minutos cada día.

El auto-análisis consiste en llenar formas en las cuales el paciente reporta aquellas condiciones que le alteran; forma parte del trabajo en casa y se utilizan programas de reforzamiento para que realice la actividad.

4). Biblioterapia.

En esta técnica se proporciona al paciente información respecto a la terapia racional emotiva, en forma de libros, artículos, grabaciones, videos y se comentan con él, pues de acuerdo con esta teoría se pueden adquirir nuevos hábitos de pensar, sentir o actuar, principalmente con mucha práctica y repetición (Ellis, 1977).

La terapia racional emotiva "ha resultado ser una opción en el tratamiento de la ansiedad, la depresión, la inadecuación, la ira, la hostilidad y la baja tolerancia a la frustración" (Ellis, 1978, p.3), así como en el tratamiento de pacientes moderadamente ansiosos, obsesivo-compulsivos, y aquellos con problemas en sus relaciones interpersonales (Ellis, 1978).

TERAPIA COGNITIVA DE BECK

La terapia cognitiva se basa en la premisa de que entre un evento externo y una respuesta emocional particular existe un pensamiento, por lo que nuestras emociones son una extensión directa de nuestros pensamientos y, por lo tanto, los desórdenes emocionales se deben a patrones disfuncionales de pensamiento (Beck, 1976, p.27; Wright, 1997).

ESTIMULO ----- "EVENTO COGNITIVO" ----- RESPUESTA
(Evento externo) (interpretación de la situación) (Emocional)

Esta psicoterapia se propone identificar y cambiar los patrones negativos de pensamiento, atribuciones y creencias, considerando que los "signos internos visuales o lingüísticos juegan un papel importante en el comportamiento" (Beck, 1976, p-37); se sugiere que, en el desarrollo de una conducta, ya sea ésta adaptada o inadaptada, es crucial la interpretación o el significado que el individuo tiene de los eventos del medio ambiente o de los eventos internos, resultando que los problemas de los individuos provienen de conclusiones equivocadas, de basar sus decisiones en "corazonadas", sentimientos o impulsos sin una evaluación correcta de los hechos. "Las atribuciones negativas llevan a formar pensamientos negativos de uno mismo, la situación y el futuro (triada cognitiva)" (Health-center, 1998b). Este proceso se origina de aprendizajes defectuosos durante el desarrollo cognitivo y también tiene que ver con las expectativas que la persona tiene, de tal manera que la interpretación está influida por la importancia que ésta tenga para el logro de sus propósitos.

La información que se tenga es crucial para las interpretaciones o atribuciones que se den, por lo que al estar mal informados se imponen atribuciones peculiares a los eventos, las cuales se vuelven dominantes y provocan alteraciones emocionales, por lo que entre mayor información tenga un individuo respecto de algo, sus pensamientos y respuestas serán más adecuadas; por ejemplo, "al aplicar programas de educación cognitiva sobre algún padecimiento con el fin de que el paciente comprenda claramente lo que le sucede, a través de una reestructuración de las ideas e interpretaciones erróneas tanto de los síntomas físicos como psicológicos" (Wright y Borden, 1991, en Ruiz, 1996, p.142)

Es frecuente también encontrar que los pensamientos automáticos se basan en procesos de lógica o razonamiento defectuosos o equivocados llamados también distorsiones cognitivas. Algunos ejemplos comúnmente encontrados son (Wright et.al, 1996):

- * Pensamientos de todo o nada.
- * Personalizar.
- * Ignorar la evidencia.
- * Sobregeneralizar.

Las cogniciones son los pensamientos relativamente autónomos que ocurren rápidamente mientras una persona se encuentra en una situación particular o recordando eventos significativos del pasado. Estos pensamientos algunas veces suceden tan rápido que las personas no se dan cuenta de ellos, siendo conscientes únicamente de lo que sienten; si estas emociones son negativas sus conductas serán negativas y se empeorará el problema, por lo que es necesario cambiar los pensamientos que ocurrieron ante una situación estresante (Wright et.al, 1996).

Al identificar las cogniciones o pensamientos automáticos, específicos y distorsionados, es posible comprender las alteraciones emocionales y conductuales, y

proporcionar alternativas realistas más apropiadas para las experiencias diarias. Así, la terapéutica cognitiva se orienta a los síntomas, cuestionando activamente al paciente, y la validez de las cogniciones o contenidos del pensamiento referentes a una conducta, de manera que "en lugar de ver al paciente como una criatura indefensa ante sus reacciones bioquímicas, o de impulsos ciegos o de reflejos automáticos, se le ve capaz de aprender a auto confrontarse y desaprender o corregir conductas que le perjudican" (Beck, 1976, p.4).

Sobre todo en los individuos con padecimientos fisiológicos, se encuentran este tipo de atribuciones incorrectas y negativas, principalmente en el autoconcepto; esto, resultado de la poca información y participación en el manejo de su problema, que ocasiona que el paciente interprete todas las sensaciones físicas y les atribuya un significado incorrecto producto de su falta de información, que en la mayoría de los casos es exagerado; asimismo, los pacientes se autoperciben como dependientes e incapaces de enfrentarse a la vida. Otro aspecto es el sentimiento de vulnerabilidad ante la enfermedad que produce reacciones intensas de miedo y hace que los individuos se aferren a sus temores pensando que la amenaza es incontrolable y, por consiguiente, no emprenden acciones positivas en favor de las recomendaciones (Beneit, 1994c).

Lo anterior justifica la necesidad de un breve, pero eficaz, abordaje en el que la reestructuración cognitiva se dirija a mejorar los niveles de autoestima y funcionamiento personal (Ruiz, 1996).

La terapia cognitiva no trata de hacer que las personas siempre tengan pensamientos positivos, sino que puedan controlar los pensamientos exagerados y repetitivos que los hacen sentirse mal porque producen ansiedad, miedo, depresión, etc.

Las características generales de este tipo de terapia son:

- 1). El terapeuta tiene un papel activo en el desarrollo del proceso, y debe establecer una fuerte relación terapéutica que fomente la colaboración, ya que el paciente y el terapeuta trabajarán juntos identificando y cuestionando los pensamientos y conductas.
- 2) Se centra en el aquí y ahora, y se orienta al problema, situando el desorden emocional en el contexto de su vida cotidiana y sugiriendo técnicas específicas para la solución de sus problemas, las cuáles debe discutir y practicar con el terapeuta.
- 3). En general se divide en tres fases:
 - a). En el inicio, se enseñan al paciente los principios básicos de la terapia cognitiva utilizando ejemplos.
 - b). Como fase intermedia se modifican los patrones disfuncionales de información, procesamiento y comportamiento. En esta etapa se hace uso también de técnicas conductuales
 - c). La fase final se concentra en reforzar las habilidades aprendidas en la terapia y en

preparar al paciente para el manejo de sus problemas por sí mismo para evitar las recaídas.

4). Este tipo de terapia es breve y dura entre 10 y 20 sesiones; sin embargo, es importante hacer hincapié en que el tratamiento debe adaptarse al paciente y no viceversa, por lo que aunque se plantea una estrategia para un padecimiento específico, cada paciente tendrá un proceso único en el que el psicólogo debe poner en práctica las técnicas, modificándolas de acuerdo a los requerimientos.

El proceso de la terapia es como sigue:

Se pide al paciente que al experimentar una sensación o sentimiento displacentero, recuerde los pensamientos que tenía inmediatamente antes de sentirlos, de tal manera que trate de identificar las interpretaciones erróneas de los eventos que lo llevan a tal sentimiento.

Beck (1976) sugiere que los pensamientos o interpretaciones automáticas tienen las siguientes características comunes:

- Son específicos y discretos
- Las oraciones se estructuran de palabras clave (como telegrama)
- Ocurren como por reflejo y hasta cierto punto son autónomos, es decir, que la persona no hace ningún esfuerzo por iniciarlos.
- Se acepta su validez sin cuestionar su realidad o lógica.

Algunos ejemplos son:

En personas ansiosas, el pensamiento automático antes de hacer algo podría ser "no lo hagas", con lo cual evita la acción volviéndose un estado de inmovilidad o pasividad.

En las personas irritables la "auto-instrucción" toma la forma de incitar la acción con el objeto ofensivo.

Los pasos de la terapia en el modelo cognitivo son:

- 1). Reporte de observación introspectiva, que significa identificar los pensamientos o interpretaciones que llevan a ciertas conductas, para ello se pide a la persona que haga un reporte de sus ideas, sentimientos y deseos
- 2). Relacionar los pensamientos a los sentimientos.
- 3). Una vez establecida la relación entre los pensamientos y las emociones que producen, generalizarla.

El proceso descrito, al utilizarse en individuos con padecimientos fisiológicos debe incluir, como se dijo anteriormente, una etapa de información sobre el padecimiento mismo, lo que contribuye a que los pensamientos infundados o erróneos puedan ser corregidos con información real.

Mc Guire señaló en 1964 que los mensajes de contenido básicamente informativo deben conseguir la atención de la audiencia, el contenido debe ser comprendido y aceptado, es necesario que sea retenido y recordado y, finalmente, debe incluir instrucciones específicas para la acción; para que lo anterior sea posible se deben incluir algunos principios para que puedan persuadir al paciente de forma más efectiva, entre otros, los más relevantes son (Beneit, 1994, p.44d):

1). Las comunicaciones con dinamismo y viveza son más efectivas que las que contienen estadísticas y lenguaje técnico. Siempre que sea posible, es preferible utilizar historias de casos.

2). El comunicador, o la fuente de la comunicación, debe poseer prestigio, así como ser competente y digno de confianza.

3). En general, y bajo ciertas condiciones, son más efectivas las comunicaciones bidireccionales, es decir, aquellas que presentan tanto los beneficios de la acción recomendada, como los posibles problemas o desventajas.

4). Los argumentos fundamentales deben ser presentados al principio y al final de las comunicaciones sobre salud. Está ampliamente demostrado que las personas recuerdan mejor aquellos contenidos de un mensaje que se sitúan al comienzo y al final del mismo.

5). Los mensajes deben ser cortos, claros y directos. Por el contrario, las comunicaciones largas, complejas, indirectas o ambiguas se olvidan pronto y tienen un débil efecto sobre el cambio de actitudes.

6). Los mensajes de salud deben incluir las conclusiones de forma explícita y no dejar que la audiencia tenga que llegar por sí misma a la conclusión.

7) Las comunicaciones que extreman demasiado las recomendaciones son menos efectivas porque, probablemente, serán ignoradas por la audiencia.

La terapia cognitiva al incorporar técnicas interpersonales, conductuales y psicodinámicas se considera un ejemplo de psicoterapia integrativa; ha sido empleada con resultados efectivos en problemas como: ansiedad, fobias, desórdenes emocionales, depresión, desórdenes de personalidad, adicciones y retraimiento.

La información anterior nos da un panorama del alcance que tiene la terapia de tipo cognitivo; este tipo de intervención ha sido incorporada en la actualidad a muchos de los programas de modificación conductual en el ámbito de los hábitos de salud, razón por la cual consideramos que es de gran relevancia incluir sus técnicas en la intervención propuesta para el tratamiento de pacientes con afecciones tiroideas.

TERAPIA CONDUCTISTA O MULTIMODAL DE LAZARUS

Lazarus, en su libro "Terapia Conductista y técnicas perspectivas" (1971) considera que cada individuo es un ser único cuya conducta es producto del aprendizaje, siendo de tal modo producto y productores de su propio entorno. Es importante puntualizar que para Lazarus la mayoría de los pacientes acuden, más que por una estructura de personalidad anormal, por hábitos o patrones en la estructura de su personalidad que aunque les permiten funcionar eficientemente no pueden enfrentarse de manera objetiva a algunas situaciones, siendo necesario emplear terapias breves con objetivos precisos para ayudarlos a enfrentar sus problemas (Wolberg, 1996).

Por ejemplo, los estados de ánimo que no pueden considerarse como desviaciones de personalidad y no pueden relacionarse con un objeto causal particular, son, sin embargo, trascendentales en la existencia de la persona y, por lo tanto, en la adaptación del individuo a su entorno, por ser condiciones duraderas capaces de influir en procesos cognitivos, perceptuales y conductuales. Lazarus piensa que estos deben y pueden ser identificados y modificados para el bienestar del individuo, siendo fundamental puntualizárceles al sujeto y proveer una explicación, lo que hace desaparecer su efecto (Morris, 1992).

Lazarus sugiere por lo tanto, que las psicoterapias deben ser por lo general breves y tener como objetivo proporcionar al ser humano la libertad de elegir, más allá de las restricciones de un argumento de vida inmovilizante, el mejor camino para alcanzar metas trascendentes, haciéndose responsable de sus conductas ineficaces y cambiándolas para lograr sus objetivos y disfrutar de ellos (Antognazza, 1998). Se hace necesario enseñar a la gente a modificar su forma de pensar, sentir y actuar; y para ser eficaz, debe tomar en cuenta la sutil interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociológicos dado que la expresión de "impulsos" o necesidades, pasa por complejas redes de valores sociales, tabúes culturales y actitudes personales.

Propone un modelo terapéutico, pionero de las terapias integrativas o de recursos múltiples, en el que el psicoterapeuta, de acuerdo con su esquema referencial de base, selecciona estrategias a seguir según las necesidades y personalidad del paciente.

Lazarus denominó a este enfoque eclecticismo técnico, ya que propone la necesidad de buscar la combinación de técnicas, no de manera casual, sino cuando su eficacia ha sido demostrada empíricamente y pueden resultar más útiles al problema de cada individuo, evitando emplear las teorías como predicciones a priori.

Se enfoca en producir la modificación de hábitos específicos que presenta un individuo en el presente, a través de programas de acción en los que se organiza la conducta estableciendo metas precisas; se utilizan técnicas o herramientas terapéuticas objetivas además de los métodos habituales como son apoyo, guía, introvisión, etc., y se hacen evaluaciones objetivas de los logros terapéuticos.

Considera que la información necesaria para conocer el problema principal de un paciente es saber cuándo surgen las respuestas atípicas, qué las mantiene y cómo se las

puede eliminar, requiriendo una orientación equilibrada basada en el paciente y en sus problemas, resultando innecesario examinar cada faceta del transcurso de la vida de un individuo para hacer deducciones aceptables respecto de sus sentimientos y conducta,

La eficacia del proceso terapéutico depende de las características propias del paciente y del problema, incluyéndose desde su grado de inteligencia, nivel mental e incluso su situación socioeconómica, hasta su motivación, resistencia y participación en el tratamiento (Schefft y Kanfer, 1987). Es por esto que la primera entrevista tiene fundamental importancia, porque en ella se obtiene información específica de los principales problemas observables del paciente, sus expectativas y las formas más factibles de lograrlo, lo que permite al paciente y al terapeuta evaluarse y así determinar la posibilidad de establecer una relación de trabajo sólida. Considera apropiado que el paciente sepa exactamente sus expectativas respecto de la terapia y cómo debe comportarse durante la misma. Durante el proceso a través de pautas terapéuticas específicas y bien orientadas, "estructura graduada", el paciente aprende a determinar las causas y consecuencias de los elementos de su vida y establece nuevos objetivos (Lazarus, 1971).

Se ha investigado la eficiencia del uso de estructura graduada como apoyo a otras terapias y se han encontrado buenos resultados; por ejemplo Kanfer y Grimm's en 1980 compararon la eficacia relativa entre las terapias cognitivo-conductual, de relación y cognitivo-conductual con estructura graduada aplicada a pacientes con niveles moderados de psicopatología, encontrando que aún cuando fueron igualmente efectivas en reducir la psicopatología, el proceso de terapia cognitivo-conductual con estructura graduada produjo mejores medidas asertivas, incrementó las auto-evaluaciones positivas y acrecentó la conservación de los efectos del tratamiento (Schefft y Kanfer, 1987).

"La estructura graduada implica dividir los programas de tratamiento en las siguientes etapas: introductoria y preliminar, intermedia y superior" (Lazarus, 1971, p.105), lo que proporciona puntos de apoyo para que el paciente evalúe la realización y rendimiento de sus propios progresos.

"A medida que el paciente toma conciencia de que es capaz de efectuar ciertas tareas específicas que considera importantes y pertinentes en relación con otras actividades de su vida, lo más probable es que se sienta incentivado para concretar otros cambios, todo esto relacionado con los principios del aprendizaje programado según los cuales las etapas graduadas, la participación activa, el refuerzo inmediato y el conocimiento de los resultados propician un aprendizaje más veloz y eficaz" (Lazarus, 1971, p.105).

- Etapa introductoria y preliminar

En esta etapa se crea la alianza terapéutica, se obtiene del paciente el compromiso de participar y cambiar, y se establecen las condiciones para lograr el cambio.

Las pautas generales para la entrevista inicial que sugiere Lazarus son:

- 1) Establecer un auténtico rapport y una buena relación de trabajo para que el paciente se

sienta cómodo antes de proceder a las preguntas clínicas, tests de diagnóstico o métodos terapéuticos. Insiste que el terapeuta debe mostrarse honesto, sincero, auténtico y debe buscar establecer una relación de persona a persona con el paciente. Considera que la costumbre de permanecer enigmáticos e impersonales resulta negativa en el logro de una terapia que se basa en la confianza mutua.

- 2). El terapeuta asume un rol no directivo al comenzar, para escuchar con atención al paciente y apreciar sus necesidades.
- 3). Conviene formular comentarios y observaciones pertinentes y preguntarle al paciente qué opina sobre cada comentario que el terapeuta haga, permitiendo aclarar impresiones falsas de inmediato y reducir al mínimo la incomunicación, para lo que "resultan elementos esenciales la flexibilidad y versatilidad para lograr una interacción terapéutica positiva y eficaz" (Lazarus, 1971, p.39).

Para informar de las condiciones para lograr el cambio Teri (1997), quien implanto un programa con técnicas conductuales para la reducción de la violencia y la agitación, describe los cinco pasos que se siguen en el análisis y manejo de la conducta:

- 1). Definir y observar la conducta problema encontrando respuestas a las preguntas ¿cuándo, dónde y con quién ocurre con mayor frecuencia la conducta?
- 2). Identificar los eventos inmediatamente anteriores y posteriores al problema, para determinar lo que originó la conducta y lo que sucedió después, incluyéndose las reacciones de otros.
- 3). Planear la intervención empezando con metas pequeñas y alcanzables, y tratar de anticiparse a problemas potenciales.
- 4). Implementar el plan.
- 5) Evaluar y modificar el plan para que las estrategias estén de acuerdo con la situación del paciente.

Una vez establecidas las condiciones generales, si el paciente está de acuerdo con los procesos que se siguen, se continúa con la entrevista.

Lazarus (1971) "ha observado que las historias clínicas, los cuestionario y los tests formales bloquean la espontaneidad y no permiten al paciente y al terapeuta "desenmascarse mutuamente" a fin de poder establecer un rapport adecuado" (p-66), por lo que sugiere utilizar en principio un cuestionario sobre la historia de la vida y pide que éste sea contestado por cuenta del paciente para no utilizar tiempo de la consulta en la obtención de datos, posteriormente utiliza en sus entrevistas iniciales, principalmente métodos verbales y observación personal o semiestructurada, cuya finalidad es tanto diagnóstica como terapéutica que, además de proporcionar información importante, "ayudan a desarrollar un clima terapéutico constructivo y suelen intensificar el proceso de identificación del problema,

al fomentar el desarrollo de un rapport más íntimo" (p-85); entre los métodos verbales y de observación personal destacan el método BASIC ID, "La técnica de la isla desierta" y la "Técnica del círculo interno".

a). Método BASIC ID:

Creado por Lazarus en 1960, es un método mediante el cual se va adentrando, a través de la entrevista, en ciertos aspectos preestablecidos (Lazarus, 1997).

Se basa en la premisa de que la personalidad humana puede entenderse al adentrarse en siete áreas mayores de funcionamiento:

- B (behavior) comportamiento, qué hago para dañarme.
- A (affect) afecto, cómo manejo mis relaciones con las personas significativas de mi vida.
- S (sensations) sensaciones, qué fenómenos físicos están involucrados.
- I (imagination) imaginación, las ideas no reales.
- C (cognition) cognición, cómo percibe el mundo, sus ideas, sus valores.
- I (interpersonal) relaciones interpersonales, sus relaciones con personas no significativas.
- D (drugs) drogas y funcionamiento biológico, si existe el consumo de algunas drogas o afecciones y tratamiento fisiológicos.

b). La fantasía de la isla desierta:

Es una técnica proyectiva estructurada que permite efectuar muchas deducciones y suministra rápidamente información significativa sobre la conducta del paciente.

Permite analizar la capacidad del paciente para establecer relaciones estrechas y significativas; "se trata en esencia, de saber si la persona considera que puede relacionarse con otra en una forma honesta, abierta, profunda, considerada y sensible" (Lazarus, 1971, p.77).

El proceso es como sigue:

Se explica al paciente que se utilizará un test basado en la fantasía que durará aproximadamente 10 minutos, que debe tratar de utilizar al máximo su imaginación poniéndose en la situación que se le va a sugerir y siguiendo al terapeuta en la fantasía. Se le aclara que aunque se le hagan preguntas imposibles, trate de imaginar cómo reaccionaría si realmente estuviera en esa situación. La instrucción es la siguiente:

Terapeuta: "Son las (hora, día y fecha actuales), estamos sentados en esta oficina hablando. De pronto se abre la puerta y entra un mago. Ahora bien, para los fines de esta narración, todo es posible. El mago se dirige a usted y la dice":

Mago: "(nombre), ésta es una varita mágica. Cuando la agite, le transportaré a la isla desierta de los cuentos por un período de seis meses".

Terapeuta: "De nada sirve decir no porque en este asunto no hay alternativa posible.

Entonces el mago agita su varita mágica, y de pronto usted se encuentra en la isla. ¿Se lo puede imaginar hasta ahora?"

Si el paciente indica que si, continuar.

Terapeuta: "Antes de agitar su varita mágica, el mago le informa":

Mago: "Durante el período en que usted permanezca en la isla, el tiempo se detendrá. En otras palabras, usted vivirá en la isla seis largos meses, días y noches, pero cuando vuelva a esta oficina seis meses después, todavía serán las (hora, día y fecha actuales), para que no tenga que preocuparse por su familia y sus ocupaciones, ya que para ellos el tiempo no pasará".

Terapeuta: "El mago le plantea otra opción":

Mago: "(Nombre) antes de que agite mi varita puede elegir entre llevar a (nombre del terapeuta) a quién conoce desde hace unos 40 minutos o de lo contrario ir sola ¿qué elige?"

Terapeuta: "Muy bien el mago agita su varita, el tiempo se detiene para el resto de la humanidad y nosotros aterrizamos en la isla".

Durante el proceso se irá explicando al paciente que las condiciones de la isla son muy austeras, aunque como se trata de una isla mágica no debe temer por su supervivencia. Enfatizar que no existen ninguna distracción, y que son totalmente dependientes el uno del otro en cuanto a entretenimiento y estímulo. Se va preguntando al paciente sobre la forma de ocupar el tiempo y se va cuestionando acerca de las respuestas que vaya dando. Se va haciendo hincapié en que lo que importa es qué clase de personas somos y lo mismo se aplica al mundo en general, siendo importante el meditar sobre las cualidades de uno mismo.

Para los individuos que eligen la soledad o que tienen profundos sentimientos de inferioridad se varían las condiciones de la estadía de modo que el paciente no tenga posibilidad de elegir.

Terapeuta: "Esta vez conoce a un mago que no le permite elegir, agita su varita mágica y nos encontramos en la isla durante seis meses. Estamos atados el uno al otro, nos guste o no y nos guste o no tenemos que sacar el mejor partido posible de la situación".

Después se dan las mismas condiciones de la isla.

Esta técnica resulta útil en tanto que al hacer preguntas intencionadas acerca de la forma en que el individuo responde en una relación personal estrecha:

1). Se suministran importantes indicios sobre la manera en que debería estructurarse la relación terapéutica.

- 2). Se deduce claramente si la persona aprecia o no los factores importantes de la relaciones sociales.
- 3). Se le va induciendo a compartir sus pensamientos y sentimientos.
- 4). Quedan reforzados en forma positiva y son capaces de considerarse seres humanos valiosos.
- 5). Al comprender las cualidades que son esenciales en la isla, éstas pueden redundar en un bienestar subjetivo en una cultura competitiva y, a veces, logran cambiar sus valores y volverse indiferentes a las luchas por motivos de estatus, poder o prestigio, que solían trastornar su serenidad y causarles incalculables aflicciones.

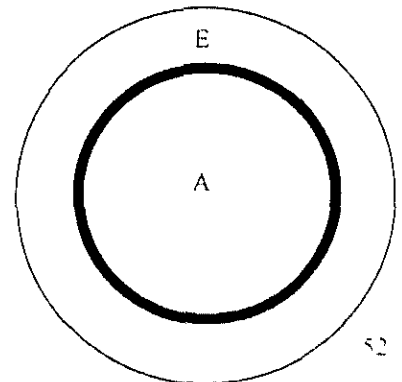
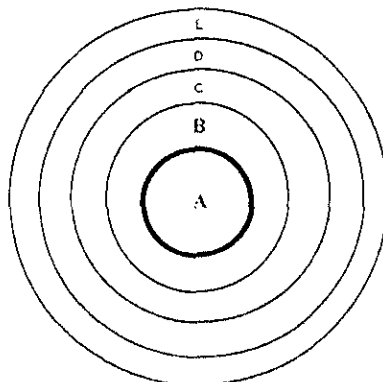
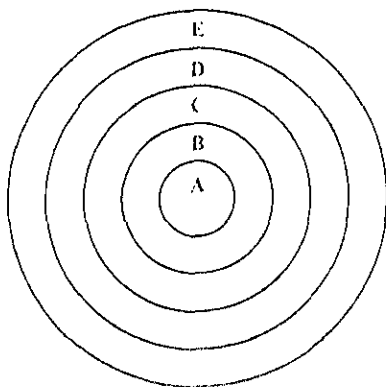
c). Estrategia del círculo interno:

El círculo interno (A) se refiere al territorio psicológico más privado y personal del individuo, para llegar a proporcionar información de este nivel se necesita desarrollar la suficiente confianza y seguridad; algunas personas incluso tienen incertidumbre acerca del tipo de información que se puede compartir y dar a conocer, resulta necesario entonces enseñarles y conducirlos a revelar sus problemas más íntimos superando las resistencias y evitando que se concentren en datos triviales

Esta estrategia del círculo interno consiste en presentar al paciente diversos diagramas que representan los estratos de la privacidad personal y las diferentes formas como las personas comparten la información de sí mismos.

La descripción de Lazarus (1971) acerca de estos estratos de privacidad personal es:

- A ► Territorio más privado y personal de una persona, es la información que guarda para sí y que no comparte o lo hace con una persona muy especial.
- B ► Se comparte esta información con amigos y confidentes muy íntimos.
- C ► Información que se proporciona a varios buenos amigos.
- D ► Estrato al que llegan diversos conocidos que no tendrán acceso a C, B o A
- E ► Representa el contacto superficial de la persona con el mundo.



Una vez explicados y comprendidos los diagramas, se cuestiona al paciente acerca de cómo funciona él mismo respecto a estos diagramas. Se va analizando cada nivel, se pide que manifieste aquellos aspectos que cree que encierran por lo general los círculos internos y se puntualiza que la terapia eficaz tiene lugar en las zonas personales A y B; es decir, divulgando esta información central y personal.

Los terapeutas conductuales utilizan las pruebas psicométricas (pruebas estructuradas o inventarios) sólo si es necesario, como apoyo diagnóstico, sin olvidar la importancia de describir las circunstancias bajo las cuales ocurre un fenómeno psicológico, y buscan, los modelos que mejoren los fenómenos o circunstancias de la conducta.

- Etapa intermedia.

Consiste en llevar a cabo el plan acordado, en él se incluyen las técnicas elegidas que sean más propicias para el problema y la persona a tratar. Tomando en cuenta que se busca que el paciente aprenda a determinar causas y consecuencias, y estructure los elementos de su vida en torno al logro de ciertos objetivos, se le proporcionan herramientas que le permitan la evaluación de sus propios progresos. Se identifican y atacan problemas específicos y se mantiene informado al paciente de los procesos y progresos terapéuticos que se van logrando.

"A medida que el paciente toma conciencia de que es capaz de efectuar ciertas tareas específicas que considera importantes y pertinentes en relación con otras actividades de su vida, lo más probable es que se sienta incentivado para concretar otros cambios, todo esto relacionado con los principios del aprendizaje programado según los cuales las etapas graduadas, la participación activa, el refuerzo inmediato y el conocimiento de los resultados propician un aprendizaje más veloz y eficaz" (Lazarus, 1971, p.105).

Lazarus sugiere para los pacientes cuya acción social no es imposible, pero se dificulta por algunas circunstancias, se apliquen métodos de ensayo, representación de roles, así como recurrir a la psicoterapia racional emotiva, dado que estas técnicas otorgan a los pacientes aptitudes adicionales y mecanismos de control.

Libertad Emocional.

Lazarus ha dirigido buena parte de sus investigaciones a la adquisición de hábitos de libertad emocional, término que utiliza en lugar de asertividad.

Para él, la libertad emocional "es un hábito que implica mostrar los sentimientos genuinos, de manera franca y abierta, cuyo resultado es la disminución de la ansiedad, la capacidad para establecer relaciones estrechas y significativas, un mayor respeto por sí mismo y la adaptación a la sociedad; esto es, lograr un equilibrio entre la capacidad de hacer valer los derechos propios y proteger los derechos ajenos. Reconociendo y manifestando de forma adecuada cada estado afectivo, lo que lleva a tener que aprender que después de reconocer las emociones éstas se expresen de manera madura y honesta, para lo cual a

menudo es necesario emplear técnicas específicas" (Lazarus, 1971, p.106-107). Se incluye la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, incluso la ira debe expresarse; esto no significa que se manifieste de forma agresiva ni por el contrario que se sienta una cosa y se exprese otra, sino que se pueda expresar de manera espontánea, cálida y constructiva.

Se ha visto que algunas personas tienen una gama muy restringida de movimiento o territorios psicológicos, tratan de permanecer enigmáticos basándose en el falso concepto de que siempre es más seguro o más conveniente no darse a conocer en forma libre y abierta, resultando ser individuos tímidos, inhibidos o encapsulados. La terapia debe tener por objetivo mostrarles la libertad a la que tienen derecho y enseñarles como recuperar el espacio perdido.

Utiliza en principio un cuestionario asertivo el cual incluye preguntas acerca de las reacciones o conductas que se tendrían en encuentros específicos y que señalan deficiencias generales en la conducta asertiva, lo que revela la necesidad de una intervención terapéutica o un cambio de conducta.

Una vez identificada la necesidad de una intervención o cambio de cierta conducta, se procede en las sesiones de la siguiente manera:

- 1).Se pregunta, habitualmente ¿cuánta (conducta determinada; por ejemplo, ira) has estado expresando últimamente?
- 2).Se revisa y analiza la forma en que se comportó en muchos encuentros personales específicos.
- 3).Se procede con las técnicas elegidas.

En este sentido, Lazarus sugiere que las mejores técnicas para lograr cambios, principalmente la adquisición de aptitudes sociales, son la representación de roles o, como el lo llama, "ensayo de conducta"; procedimientos que a través del asesoramiento y las entrevistas no directivas permiten al terapeuta moldear pautas de conducta adecuadas y le brindan al paciente la posibilidad de aprender por imitación.

Cuando estos métodos aumentan la ansiedad o vuelven evasivos o demasiado defensivos a los pacientes, recomienda aplicarlos dentro de un marco de desensibilización, que denomina "desensibilización por ensayo", con lo que se obtienen a menudo resultados rápidos y espectaculares; asimismo, si las nuevas conductas obtienen consecuencias positivas como adquisición de respeto o control de situaciones, pasan a formar parte integral del repertorio del individuo.

La desensibilización por ensayo contempla los siguientes puntos (Lazarus, 1971, p.115):

- a.-Se emplean situaciones no amenazadoras de representación de roles, hasta que el paciente llegue a disfrutar del procedimiento.
- b.-Se ponen en práctica encuentros levemente amenazadores, dispuestos en forma jerárquica. Cada jerarquía se compone de situaciones específicas que producen ansiedad

y que pueden representarse en el consultorio.

- c.-Se requiere inicialmente, en cada nivel de la jerarquía, una inversión de roles; es decir, el terapeuta ejemplifica la forma en que debe responder el paciente.
- d.-El paciente trata de representar el rol sólo después de haber visto cómo lo desempeñaba el terapeuta, y cuando considere que lo puede hacer satisfactoriamente.
- e.-Se ensaya una nueva jerarquía sólo cuando el paciente y el terapeuta están conformes con la etapa representada.
- f.- El terapeuta debe asegurarse que el paciente comprende que ha desempeñado correctamente una tarea que antes le habría resultado difícil.

4).Una vez que se ha logrado un cambio de conducta, la pregunta habitual se convierte en la contraria del punto 3), por ejemplo, si la conducta a cambiar era ira, la nueva pregunta será ¿cuánto amor has estado expresando últimamente? Una vez más es necesario discutir ciertas situaciones específicas e incentivar a expresar sentimientos positivos cada vez que surge la oportunidad, concentrándose en la expresión franca y abierta de amor, adoración, afecto y aprecio, todo por medio de la representación de roles (Lazarus, 1971).

Para Lazarus, y para los integrativistas en general, un terapeuta tendrá mayor posibilidad de operar con éxito sobre un paciente entre más recursos posea, incluyéndose en éstos, artificios, diagramas, trucos, relatos y métodos para explicar una cuestión determinada o para proveer a un paciente instrumentos eficaces. Algunos ejemplo de estrategias que se han utilizado con buenos resultados son:

"Orientación de dos valores", especialmente con personas ansiosas, asustadas e inseguras. Fue propuesta por Hayakawa en 1964; se basa en la idea de que cada persona tiene un "sistema de creencias" que es lo que cree, y un "sistema de descreencias", lo que no cree, lo que lleva a dividir todo en dos fuerzas contrapuestas, tendiendo las personas a aferrarse a sus sistemas de creencias y cerrándose ante toda información favorable sobre sus sistemas de descreencias, lo que produce incomunicación y sufrimiento emocional.

Ante tal situación, en lugar de averiguar si una afirmación cualquiera es "verdadera o falsa", se insiste constantemente en que casi nada es totalmente cierto, sino que sólo es probable, en mayor o menor medida. A continuación se asigna a cada afirmación un "valor de veracidad provisorio" ente 0 y 100 por ciento de ocurrencia. Esto conlleva a que el paciente tenga que descubrir datos e información precisa sobre algunos de sus sistemas de escepticismo más arraigados, lo que pone de manifiesto las falacias básicas del argumento, abriendo canales de comunicación más constructivos.

"Proyección del tiempo", especialmente con pacientes deprimidos. Este método consiste en que el paciente imagine un futuro distante (días o años), en el cual funciona de manera eficaz y se siente feliz. Una vez que se logra un estado de gratificación, se da un tiempo para obtener información básica y evaluar los refuerzos. La siguiente etapa consiste en la contemplación retrospectiva, en la cual se analiza el período de tiempo imaginado, se trata de elaborar un sentimiento positivo sobre ese lapso y se insiste en que puede convertirse en real y continuar a medida que se lleven a cabo esas mismas actividades en vivo

"Control del pensamiento", se utiliza este procedimiento especialmente en personas que sufren ansiedad provocada por pensamientos negativos recurrentes, fuera de proporción respecto a la realidad que los rodea.

Se les pide que cierren los ojos y se concentren en sus pensamientos negativos en presencia del terapeuta. De pronto éste grita "basta", y hace notar al paciente que efectivamente sus pensamientos se han detenido de esta forma. Este procedimiento se repite varias veces, tras lo cual se pide al paciente que interrumpa él mismo el hilo de pensamientos negativos diciendo "basta" a nivel subvocal. Los pacientes comentan que los pensamientos pierden intensidad de manera considerable y que les resulta cada vez más sencillo descartarlos.

"Técnica de ampliación", consiste en exagerar la idea que causa problemas, esto debe hacerse imaginando paso por paso sucesos cada vez más graves ocasionados, por ejemplo, por ideas obsesivas, hasta que se llega a comprender lo ridículo de ellas. Tiene mucho parecido con el procedimiento implosivo de Stampfl (1967) o el método de la intención paradójica de Frankl (1960)

"Representación exagerada de roles", resulta útil para pacientes inhibidos para hacer frente a ciertas situaciones interpersonales específicas. Se les enseña a adoptar roles prescritos muy diferentes a su conducta habitual.

- Etapa Superior.

En esta etapa se procura que las habilidades adquiridas en el proceso sean llevadas a las condiciones cotidianas del paciente y, asimismo se generalicen a todas aquellas condiciones o conductas que implican un problema para el individuo. También se procura hacer un seguimiento del paciente para comprobar que los resultados obtenidos son duraderos.

Las técnicas utilizadas en la terapia de la conducta han resultado ser efectivas en personas con problemas como depresión, desórdenes fóbicos y sexuales, prevención y tratamiento de afecciones cardiovasculares, manejo del estrés y psicología de la salud.

Otra propuesta que puede ser útil en la fase preliminar para establecer ante el paciente las etapas del proceso a seguir es la de Kanfer & Grimm (1980 en Scheffft y Kanfer, 1987). Ellos dividieron el proceso estructurado de la terapia cognitivo-conductual en siete pasos, estos son:

- 1). Creación de la alianza terapéutica y el rol de la estructura.
Se enfoca en establecer una relación de trabajo con el terapeuta y facilitar la entrada al rol del paciente.
- 2). Establecer un compromiso para cambiar.
Se desarrolla la motivación al cambio, al clarificar la relación entre las conductas

objeto de cambio y sus metas y valores personales. La baja motivación se ataca incrementando la confianza de que los cambios son posibles en la medida en que se disminuya la resistencia u oposición al proceso.

3). Conducir un análisis de conducta.

En esta etapa el cliente participa definiendo el programa e identificando relaciones funcionales relevantes de su vida cotidiana.

4). Negociar los objetivos de la terapia.

Se establecen prioridades de las áreas a atacar con los programas asertivos, de común acuerdo entre el paciente y el terapeuta.

5). Desarrollar la terapia y mantener la motivación.

Durante el proceso en que se van desarrollando las actividades, en este caso en particular se utilizó el programa de entrenamiento asertivo de Lange y Jakobowski, se hace notar al paciente sus avances en el logro del objetivo a través de comentarios o con los mismos registros de actividades o gráficas que permiten apreciarlos mejor, hechos que fomentan la motivación.

6). Monitorear y evaluar los progresos

Se van identificando los cambios y se establecen nuevos objetivos.

7). Programar la generalización y la terminación del tratamiento.

El objetivo principal es lograr que el paciente pueda por sí mismo aplicar sus nuevas habilidades ante diferentes problemas en el contexto de su vida diaria.

“EL DÍA TRAERÁ ALGUNAS COSAS BELLAS”

“El día traerá algunas cosas bellas”,
digo al amanecer de cada día:

“Alguna cosa alegre y venturosa para poner
en mi corazón cuando se haya ido”.
Y así me levanto y salgo al encuentro
del día con alas en mis pies.

Llego hasta él sin darme cuenta,
una belleza repentina sin darme cuenta;
una bonita canción, olor de pinos,
un poema encendido con flama de oro;
sonoros cantos de aves, suavemente leves
como colores volando con el viento.

Ningún día ha llegado a fallarme
antes de terminar el día más sombrío,
encuentro siempre una alegría
algo que me hace feliz
Cada noche me detengo recordando
algo bello, alegre y venturoso.

Grace Noll Crowell

CAPÍTULO III. PROPUESTA

LA INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO PARA HIPERTIROIDISMO.

Haciendo un análisis de la información presentada en el capítulo I se pueden identificar características comunes de ambas afecciones tiroideas (hiper e hipotiroidismo), lo cual sirve para delimitar las pautas de acción recomendables. Estas características son:

- 1). Las hormonas tiroideas intervienen en el correcto funcionamiento de otras glándulas y estimulan al cerebro.
- 2). La hormona liberadora de tirotrópina tiene efectos sobre las células postsinápticas.
- 3). Las manifestaciones psicológicas continúan presentándose aún cuando la afección ha sido controlada, ya que éstas se han incorporado, como parte del proceso de desarrollo, a la personalidad del individuo.
- 4). Los pacientes hipertiroideos que han recibido tratamiento, son pacientes que han atravesado dos etapas con algunos síntomas opuestos y otros similares, aunque por causas diferentes, condiciones que son fuentes de estrés y pueden alterar su personalidad si no están preparados para enfrentarlas; además, muchos de estos síntomas serán incorporados a su personalidad.
- 5). Semejante a las alteraciones tiroideas, en la ansiedad se generan: "sensaciones de fatiga, irritabilidad, desasosiego, falta de atención y concentración, ánimo bajo, desesperación, problemas del sueño y un sentimiento de incertidumbre y temor que consecuentemente altera en forma importante la calidad de vida" (Ruiz, 1996, p.10). Por lo que es conveniente retomar en esta propuesta algunas estrategias terapéuticas que han resultado adecuadas en el tratamiento de la ansiedad. Por ejemplo, Ruiz (1996) diseñó una estrategia cognitivo-conductual en el tratamiento de pacientes con trastornos de pánico y de ansiedad generalizada; el tratamiento integral aplicado ejerció efectos positivos tanto en la reducción de los síntomas psicofisiológicos como en el conocimiento y manejo de aquellos procesos psicológicos implicados.

Se describió anteriormente que, los pacientes hipertiroideos que reciben tratamiento pueden presentar características de hipertiroidismo, hipotiroidismo o de ambas. Tomando en cuenta que ya no tienen tiroides que regule la cantidad de hormona en el organismo, para que los pacientes se mantengan eutiroideos deben ingerir la hormona en dosis que son reguladas periódicamente; sin embargo, su concentración puede fluctuar dependiendo de factores imprevistos como la alimentación del día, el clima, la eliminación diaria, las situaciones estresantes, etc.

Como ya se dijo, conocer las características que es posible que presenten estos pacientes, permite delimitar las pautas de acción recomendables, entre las que se encuentran:

1.- El control de las alteraciones fisiológicas y psicofisiológicas de los pacientes tiroideos necesita la constancia en el tratamiento y algunos cuidados, sin caer en el exceso que no permita llevar una vida normal. Para lograr que los cuidados mínimos se lleven a cabo es muy importante el psicodiagnóstico que permite establecer, desde el principio, si el paciente afronta su enfermedad y es capaz de apegarse al tratamiento, o si es necesario el apoyo de otra persona cercana. En el último caso, ésta será un área de máxima atención en la que se tratará de crear hábitos para no reforzar relaciones de dependencia.

2.- Las manifestaciones fisiológicas en la locomoción, sistema nervioso y aparato cardiovascular producen malestar y angustia, lo que se debe tratar de disminuir a través de técnicas cognitivas, que le permitan al paciente estar preparado para estos cambios, reconocerlos, no atribuirlos a otras causas, y así poder controlarlos. Asimismo, es importante que el paciente conozca su enfermedad para que pueda identificar aquellas reacciones inusuales que requieren ser atendidas oportunamente, así como las condiciones que se pueden presentar si ocurre una sobredosis, por ejemplo: dolor de cabeza, palpitaciones, ansiedad, etc.

3.- Los pacientes con tratamiento de hormonas tiroideas posterior al tratamiento por hipertiroidismo, ya sea iodo radiactivo o cirugía, deben conocer, y estar preparados para enfrentar las alteraciones ocasionales por las fluctuaciones en la concentración de la hormona a causa de factores como: dieta, clima, eliminación, estrés, etc.

4.- Las manifestaciones psicológicas que pueden presentar y que interfieren con su desarrollo personal, sus relaciones como miembros de un grupo social y el logro de sus expectativas son:

a). En cuanto a su participación en actividades como el trabajo, encontramos debilidad, fatiga y cansancio; pueden presentar pérdida de iniciativa, indiferencia o apatía; o de lo contrario, inquietud, ansiedad, tensión y nerviosismo que dificultan o impiden su realización.

b). En cuanto a su desarrollo en actividades intelectuales, como la educación, es probable que encuentren algunos impedimentos que los lleven a la frustración como son: aceleración o disminución en los procesos de pensamiento que provocan limitada capacidad de atención y concentración; alteración de funciones como lenguaje, memoria, juicio y capacidad discriminativa.

c). Algunas de las manifestaciones fisiológicas pueden ser percibidas como ansiedad; otras pueden constituir condiciones incómodas o molestas como la baja tolerancia al clima, exceso de sudor, dificultad de articulación, obesidad o muy bajo peso, cabello fino, quebradizo, que se cae con facilidad o canoso, facciones, pies y manos toscas. Dichos síntomas pueden incluso afectar su autoestima y seguridad.

d). Sus relaciones interpersonales pueden tener problemas por su hipersensibilidad, su necesidad de establecer relaciones dependientes o de mantenerse aislados, su labilidad y vulnerabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y depresión. Quizá

también esté involucrada su apatía, disminución de ánimo e indiferencia.

e). En sus relaciones de pareja, además de las características de las relaciones interpersonales, el incremento o disminución del deseo sexual, las alteraciones de la menstruación y la reducción de la fertilidad son condiciones que deben poder manejarse para establecer una relación afectiva estable y duradera.

f). Es importante que reciban apoyo para poder seguir regímenes alimenticios adecuados para reparar las deficiencias que por su condición presentan; para ello es indispensable involucrar a la familia para que apoyen al paciente y se responsabilicen de algunas condiciones en las que puedan influir para su salud. Asimismo es importante que también participen y conozcan las necesidades que tienen los pacientes como descanso adicional a consecuencia del insomnio que padecen, así como fluctuaciones de personalidad.

Habiendo concentrado todas las características que es importante tomar en cuenta al tratar a un paciente hipotiroideo que ha recibido tratamiento por hipertiroidismo, a continuación se presenta la propuesta de intervención psicológica en el grupo terapéutico.

La intervención que se sugiere es de tipo preventiva, ya que intenta que el paciente conozca los efectos de su padecimiento, que aprenda a identificarlos y a manejarlos para evitar problemas en su desarrollo personal e interpersonal.

La primera situación con la que se enfrenta el psicólogo que trabaja con pacientes que tiene afecciones fisiológicas es el problema que tiene el paciente para afrontar su enfermedad, por lo que uno de los primeros puntos en la propuesta es identificar los estilos de afrontamiento y apoyar a que cada paciente desarrolle su estilo de afrontamiento "óptimo".

Se parte de la idea de que las personas a quienes se dirige esta atención carecen de información suficiente respecto a su enfermedad lo que los lleva a tener interpretaciones o ideas erróneas respecto a lo que les pasa, explicando su forma de actuar y sentir con ideas o conclusiones erróneas, esto lleva a la necesidad de utilizar las técnicas de Ellis y Beck, anteriormente expuestas.

PROPUESTA

El tratamiento se llevará a cabo en un número de sesiones variable que oscilará entre 12 y 15 sesiones de entre 60 y 90 minutos, de acuerdo con la información que tenga el paciente del padecimiento, su estilo de afrontamiento, su asertividad, los problemas personales e interpersonales que se han originado y las metas que se proponga. Las sesiones tendrán una periodicidad de 2 a 3 veces por semana.

El programa de atención estará integrado por una etapa inicial donde se establece un rapport con el paciente, se determinan sus características y la información que posee; una etapa de ubicación en que se proporciona al paciente información sobre su enfermedad y

sobre las estrategias que se planea seguir; el plan terapéutico incluirá una etapa de auto-observación en la que el paciente se encargará de identificar áreas problema a través de un auto-reporte; una etapa terapéutica donde se trabaja con la fantasía programada, el análisis racional emotivo y el ensayo de conductas para el manejo de las conductas problemáticas y, finalmente, un cierre terapéutico en que se presentan los resultados del manejo terapéutico.

ETAPA INICIAL:

El objetivo de esta etapa es lograr una relación empática con el paciente, estableciendo un sentimiento de aceptación mutua, respeto y trabajo en equipo, informarle la razón por la cual la atención psicológica es propicia como parte del tratamiento integral de su padecimiento y recolectar toda la información que sea posible del paciente, como las condiciones particulares que repercuten en su desarrollo personal y que son reacciones propias de la afección. Para lograrlo se llevará a cabo una entrevista inicial.

Es probable, por las características psicológicas mencionadas en el capítulo I, que estos pacientes se encuentren poco motivados, sean malos afrontadores e incluso se muestren hostiles y no estén dispuestos a proporcionar información, por lo que se recomienda iniciar la entrevista de manera estructurada y directiva:

1). Ficha de identificación con los datos generales del paciente:

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Nivel socioeconómico: _____ Nacionalidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

2). Indagar la información que tiene el paciente acerca de las razones para la atención psicológica y su percepción de la misma; se esclarecerán sus dudas, se corregirán las malas apreciaciones y se suministrará información general en caso de ser necesario. Para obtener esta información se puede, por ejemplo, pedir al paciente que diga en qué condiciones de vida cree que es importante solicitar ayuda y a quién se la pediría; cuándo estaría dispuesto a asistir a psicoterapia, qué problemas considera que son existosamente resueltos con el apoyo psicoterapéutico y cómo definiría él a un psicoterapeuta. En caso de ser necesario, se caracterizará al psicoterapeuta y se le explicarán las ventajas de contar con este apoyo.

3). Historia clínica. En la historia clínica se enfatizan los datos relativos a su padecimiento, las áreas en las que se espera, por las condiciones de su padecimiento, que debe haber problemas fisiológicos y psicológicos, así como las áreas que puedan servir de apoyo para el proceso, siendo éstas:

Del padecimiento: inicio, desarrollo, tratamientos médicos; para captar su percepción del mismo.

Actividades diarias (escolar o laboral), relaciones familiares y sociales, y aficiones o pasatiempos. Al hablar de estas áreas se buscará la información acerca de su modo de afrontar, hábitos, expectativas personales, relaciones interpersonales, incluyéndose su tono afectivo predominante y algunas ideas obsesivas respecto a su padecimiento.

Para obtener esta información se utilizarán como guía las preguntas del Cuestionario Introductorio (Anexo 1), que se refieren al conocimiento que el paciente tiene de la enfermedad, de cómo percibe los problemas que la misma le ocasiona, sus estilos de afrontamiento, su asertividad, etc. Este cuestionario fue elaborado tomando como base la técnica de BASIC ID, el reporte de afrontamiento del paciente de Weisman (1987), el instrumento de evaluación de los patrones de tolerancia al afrontar estrés de Blair y Swannell (1998) y la evaluación de programas de educación al paciente de Peyrot (1996).

Las respuestas 1 a 5 indicarán el grado de conocimiento de su enfermedad y el nivel en el que reconoce los síntomas y los atribuye adecuadamente.

Las respuestas al reactivo 6 nos permitirán inferir si es buen o mal afrontador. Si el paciente se ubica en los incisos a, b, f, g, j y considera que le ayudan (AL, MB) es buen afrontador; mientras que si se ubica en los incisos c, d, e, h, i, k, l, m, n, o y cree que no le ayudan (NF, AD), lo más probable es que sea mal afrontador.

Respuestas negativas a los reactivos 7, 8 y 9 y afirmativas en los reactivos 10, 11 y 12, indicarán que el paciente es asertivo; el patrón contrario hablará de poca asertividad.

Al desarrollarse la entrevista debe evaluarse la pertinencia de utilizar la técnica de "La Isla Desierta", técnica proyectiva y estructurada que principalmente nos proporcionará información en las áreas que nos interesan como relaciones personales, asertividad, la percepción que tiene de sus propios recursos y sus estrategias de afrontamiento, así como información valiosa respecto a sus intereses; datos que pueden constituir refuerzos posteriormente en la terapia. También se puede recurrir a la técnica del "círculo interno" que da información acerca del tipo de relaciones interpersonales que establece y le conduce a revelar información más central y personal.

ETAPA DE UBICACION:

1) Intervención cognitiva:

Una vez que el terapeuta tiene una visión clara del paciente, el paso siguiente será ubicarlo, a través de una intervención cognitiva, frente a su enfermedad y dentro del proceso terapéutico para su recuperación. Para lograrlo, el terapeuta analizará de las respuestas del cuestionario introductorio la información que conoce el paciente respecto del padecimiento, corregirá los datos y atribuciones incorrectas que tenga y se ampliarán los aspectos clínicos como:

- Las razones por las que seguir el tratamiento médico indicado es una condición

indispensable y explicar cómo es que éste ayuda.

- Las reacciones fisiológicas y psicológicas observables por él mismo que pueden ser indicativas de desequilibrio en la actividad tiroidea.

- La importancia de la atención psicológica para su mejoría completa.

Como apoyo se puede presentar la información a través de publicaciones y videos; en caso necesario se solicitará el apoyo del médico especialista.

Lo anterior permitirá al paciente tener una visión completa de su padecimiento, de sus posibilidades de mejoría y de sus propias contribuciones.

2) Plan terapéutico:

A continuación se le informará al paciente el plan terapéutico que se propone seguir, incluyendo los objetivos, estrategias y técnicas para lograr el buen afrontamiento de su enfermedad, crear hábitos para el apego al tratamiento e indicaciones médicas, y lograr la asertividad y manejo de sus expresiones emocionales para fomentar y mejorar sus relaciones interpersonales, lo que permitirá tener una vida más tranquila, feliz y productiva.

Con adaptaciones a las características individuales de cada paciente el plan terapéutico estará compuesto por una etapa de auto-observación y una etapa terapéutica.

Las metas de la terapia deben negociarse con el paciente, ya que han de constituir logros para él y relacionarse con sus expectativas de vida. Se informarán y explicarán con detalle las etapas de su plan terapéutico y se responderá cuidadosa y explícitamente a todas sus dudas.

PLAN TERAPÉUTICO

I. ETAPA DE AUTO-OBSERVACION

Para identificar claramente las reacciones y cambios del paciente, identificar áreas problema, así como establecer algunas relaciones circunstanciales en su vida cotidiana, se le enseñará a llevar un auto-reporte, el cual incluso pretende que se propicie la disminución en la frecuencia de determinadas conductas porque, de acuerdo con lo que las terapias cognitivas plantean, ser conscientes de una situación ya tiene efectos sobre la conducta.

1). Registro de actividades:

Este registro consiste de una forma previamente elaborada por el terapeuta y que el paciente llenará diariamente (Anexo 2) Si el paciente está de acuerdo puede ser un registro

mixto, es decir que otra persona cercana a él también lo registre.

Esta forma incluirá aquellas áreas en las que, de acuerdo con el análisis hecho de las afecciones tiroideas, se espera generar cambios positivos en el paciente y algunas condiciones que puedan contribuir a que se produzcan dichas reacciones. Se insistirá en su utilidad y la importancia de ser constantes y honestos en el registro, y se establecerán, de acuerdo con el paciente, los refuerzos por el cumplimiento de la tarea.

El registro de la primera semana se tomará como línea base contra la cual se compararán los registros posteriores para revisar la evolución y utilidad del tratamiento.

Este registro permitirá al paciente confrontarse con sus conductas problema y clarificar sus áreas de dificultad.

2). Construcción de jerarquías:

Una vez que se tenga la información de la primer semana, se identificarán las manifestaciones emocionales que provocaron problemas o que interfirieron con el logro de sus expectativas o con el desarrollo de sus relaciones interpersonales. La información se obtendrá del cálculo de frecuencias de aparición de una circunstancia y su relación con sensaciones de malestar.

Este análisis funcional ayudará a crear en el paciente un sentido de involucramiento y de compromiso con sus logros terapéuticos y convertirá al terapeuta en guía y no en responsable de los resultados.

Se expondrá la información obtenida al paciente y se le pedirá que asigne subjetivamente un valor de 0 a 100, de acuerdo con su significancia y frecuencia:

0 = las manifestaciones emocionales que menos problemas conllevan, o las de menor frecuencia.

100 = el problema más significativo o que tiene más implicaciones para su desarrollo personal y el logro de sus expectativas.

Si el paciente indica que todos valen igual, se considerara el de mayor frecuencia.

El criterio de éxito de esta fase será que el paciente establezca como objetivos conductas concretas que guarden relación con el mejoramiento de su bienestar integral, que estos sean descritos lo más operativamente posible (con el apoyo del terapeuta), y se comprenda la razón por la que se busca ese cambio.

II. ETAPA TERAPÉUTICA

Una vez identificadas las áreas y manifestaciones emocionales problema, cada una pasará por el siguiente proceso, comenzando con la de valor 100.

A). Fantasía o imaginaria: El paciente deberá imaginar la situación y enfocarse en las sensaciones que la acompañan, describiéndola detalladamente, (ver capítulo II, pag.).

B). Análisis racional-emotivo (TRE): Cada una de las fantasías descritas serán analizadas de acuerdo al modelo de la terapia racional emotiva cuyo objetivo es enseñar a la persona a pensar de manera más racional en ciertas situaciones a fin de reducir sus dificultades emocionales, analizando las causas, creencias y consecuencias para encontrar las circunstancias irracionales y buscar una secuencia racional, (ver capítulo II pags.).

Algunas explicaciones que son útiles para que el paciente comprenda esta etapa de la terapia son:

1.- Las influencias biológicas y condiciones sociales nos ayudan a adquirir ciertos hábitos disfuncionales, éstos existieron en el pasado y continúan manifestándose en el presente; sin embargo, tenemos aptitudes con las que podemos deshacernos de todas aquellas creencias irracionales que no nos permiten desarrollarnos y lograr nuestras expectativas.

2.- Las concepciones irracionales o inadecuadas no las produce un objeto sino nuestra idea de lo que puede suceder, por lo que distintas personas tendrán emociones distintas.

3.- Se puede aprender a no actuar impulsivamente al precisar conductas útiles para enfrentar situaciones, las cuales deben ofrecer mayor posibilidad de éxito.

4.- Explicar que es muy común asociar las causas y conductas inmediatas sin tomar en cuenta el sistema de valores y creencias que está interviniendo en el proceso.

5.- Uno mismo es responsable de causar y mantener lo que le altera y, por lo tanto, es capaz de comprenderlo, revisarlo y cambiarlo.

En esta etapa se debe lograr el entrenamiento asertivo del paciente, es decir, que logre expresar adecuadamente sus sentimientos evitando los extremos.

Los pasos a seguir en esta etapa son:

i.- Una vez activada la experiencia, encontrar las causas, las creencias racionales e irracionales y las consecuencias emocionales.

ii.- Buscar evidencias que sustenten las creencias irracionales con el propósito de refutarlas o identificar lo irracional de las mismas, un ejemplo sería su condición de obligatorias ("debo").

iii.- Disputar las creencias irracionales con nuevos efectos cognitivos, conductuales y emocionales más racionales.

C). Ensayo de conductas; es decir, se practicarán aquellos patrones de conducta que se encontraron en el análisis TRE como más convenientes para alcanzar las metas propuestas. Esto se logra utilizando métodos como:

a). *Fantasía o imaginería con las nuevas conductas*. Se imaginará en primera instancia la situación inicial y sus consecuencias, creencias y sensaciones irracionales; posteriormente, se imaginará la situación utilizando la secuencia racional.

El paciente evaluará los efectos positivos y negativos de ambos casos, de acuerdo con las metas establecidas.

b). *Juego de roles*. Se puede utilizar el juego de roles de la misma manera que la fantasía programada; se interpretará la situación irracional y posteriormente la secuencia racional y se evaluarán los efectos en ambos casos.

Una vez que se han practicado las secuencias racionales, éstas serán llevadas a los ambientes no terapéuticos en los que se desarrolla el paciente, en los cuales ensayará estas nuevas secuencias de conducta que ha elegido (casa, escuela, trabajo, etc.); los resultados se reportarán en el apartado "información adicional" del registro diario.

El registro diario como en la etapa de auto-observación; este registro se combinará con un programa de reforzamiento por cada día y posteriormente por cada semana en que logre utilizar adecuadamente las secuencias de conducta o la técnica TRE para el control de sus manifestaciones emocionales inapropiadas.

El propósito de continuar con la auto-observación es contar con datos objetivos del impacto del manejo terapéutico sobre las actividades cotidianas y los estímulos que las controlan.

CIERRE TERAPÉUTICO

La finalidad del cierre terapéutico es que el paciente tenga muy clara la evolución y los logros que obtuvo a través del proceso terapéutico y, de manera clara y precisa, vea la importancia de incorporar las estrategias aprendidas a su vida diaria para el control y prevención de los efectos que, circunstancias generalmente incontrolables pueden tener sobre su fisiología y, por ende, sobre su dimensión psicológica y social.

Para iniciar el cierre terapéutico se presentarán al paciente en forma esquemática los avances reflejados en los reportes diarios con respecto a la línea base del reporte inicial. Los

resultados se comentarán con el paciente, cuestionándole acerca de lo que para él significan estos logros; se harán sugerencias para que él se comprometa consigo mismo a continuar utilizando las estrategias aprendidas. Una vez logrados los cambios conductuales propuestos, las intenciones para el futuro son de fundamental importancia para modificaciones subsecuentes, porque el éxito del programa se logrará únicamente si, además de contar con las habilidades necesarias, el paciente está convencido que es importante utilizarlas para cambiar.

Al finalizar la atención terapéutica el paciente deberá ser capaz de conocer, predecir y/o anticiparse a los sucesos que producen variabilidad en sus niveles hormonales, y contar con un catálogo de acciones para enfrentarse a estos sucesos, realizar ajustes en función de los cambios que percibe y minimizar los efectos de dichos cambios.

Como última intervención se mencionará que aunque se han alcanzado los objetivos previamente planteados, el paciente tiene la libertad de volver cuando lo considere necesario, además se le informará que se harán tres intervenciones de seguimiento: la primera al mes de cierre terapéutico, la segunda a los tres meses y la tercera a los seis meses; éstas podrán ser en una sesión o telefónicamente, y tendrán como propósito comprobar si el paciente está progresivamente esforzándose por utilizar las estrategias aprendidas ante el mundo cambiante y poco previsible que enfrenta y que puede afectar el control integral de su enfermedad; así como saber si las metas o intenciones que se formularon en el cierre han sido logradas. Si en alguna de las sesiones de seguimiento el paciente muestra que ha perdido el interés y ha dejado de lado las intenciones por él planteadas en el programa y no está haciendo ningún esfuerzo para implementar o mantener cambios, se indagarán las razones y se intentará remotivarlos, incluso puede ser necesario que vuelva a la terapia.

Aquí se ha presentado el trabajo del psicólogo; no obstante, se pretende que siempre esté en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionistas que estén encargados de mantener el estado eutiroideo del paciente. Aunque sólo se resaltaron las acciones encaminadas al control del contexto psicológico, sería caer en el error de la parcialización si no recordamos que estas acciones forman parte de un proceso integral de mantenimiento de la salud.

CONCLUSIONES

Aún a finales del siglo XX, la organización de los hospitales hace que existan diversos objetivos y roles en los grupos profesionales involucrados en la salud. Esta condición resulta sin fundamento si se considera al ser humano como una unidad que incluye dimensiones físicas, psicológicas y sociales que buscan un equilibrio para enfrentar las situaciones que se le presentan, incluyéndose en ellas la enfermedad, la cual ya no puede seguirse considerando como un fenómeno puramente biológico; es entonces indispensable cambiar este modelo si se procura lograr una rehabilitación total y eficaz de los individuos enfermos.

El emplear modelos más amplios de salud-enfermedad en los que se conjugan los esfuerzos y habilidades de muchos profesionales y se fundamentan en la comunicación y búsqueda de interacciones entre los diferentes factores involucrados en la enfermedad, busca ofrecer el bienestar integral del paciente.

El afrontamiento del paciente a su enfermedad y a las condiciones que la misma le ocasionan, requieren la intervención del psicólogo en el grupo terapéutico, ya que no son cuestiones que pueden controlarse con el equilibrio fisiológico.

En el caso de pacientes que han recibido tratamiento por hipertiroidismo esto es indudable ya que se encuentran las siguientes condiciones:

Enfrentan una condición estresante constante que deben aprender a afrontar de manera productiva conociendo su capacidad de control sobre ella, y no permitir que ésta los limite en su proceder como seres sociales. Ante lo cual el papel de psicólogo será orientar y preparar al paciente para que pueda conocer y enfrentar su enfermedad de forma realista. Abordar este aspecto es el propósito del Plan terapéutico de esta propuesta.

Los cambios tan extremistas e incluso bruscos de estados de ánimo, las limitaciones en capacidades intelectuales, los cambios fisiológicos semejantes a los que se presentan en la ansiedad; repercuten en la realización de obligaciones y actividades de sus diferentes roles sociales, intervienen en sus relaciones interpersonales e incluso desarrollan un tipo específico de personalidad con limitada autoestima y poco interés por su desarrollo, condiciones que pueden ser mejoradas con el apoyo del psicólogo, quien posee herramientas a través de las cuales se pueden lograr cambios cognitivos y conductuales, y estimular capacidades específicas necesarias para el desarrollo y la salud, además de orientar la elección de metas razonables hacia las que pueden dirigirse. Con el objeto de trabajar en este sentido se planeó la Etapa terapéutica.

Como en toda enfermedad la representación cognitiva que el paciente se forme de su enfermedad puede influir en su mejor o peor adaptación a la misma; la información que él tenga de ésta determina su representación cognitiva, la cual puede ser errónea e incluso llegar a producir estrés con manifestaciones como miedo, irritabilidad, depresión, agresión, etc, en el caso de pacientes eutiroides esto puede ser causante de fluctuaciones en la absorción y eliminación de hormona tiroidea lo que producirá nuevamente un desequilibrio del control fisiológico. Con los datos del registro diario se busca establecer correlación entre

estos factores y dárselos a conocer al paciente, junto con las herramientas para manejarlos que se desarrollan en el Plan terapéutico.

Es por esto que resulta indispensable proporcionarle información precisa sobre su padecimiento y manejo, y que se compruebe que la comprende. Asimismo, es importante evaluar y corregir los errores y malentendidos que puedan interferir en su autocuidado. El psicólogo puede entonces encargarse de presentarle información clara y precisa de su padecimiento, o ayudarlo a encontrar los medios para esclarecer sus dudas, debe fomentar las conductas asertivas del paciente de tal manera que pueda expresar los aspectos que sea importante para él conocer.

Se ha dicho que el estrés, el clima, la alimentación, etc., fomentan cambios en el nivel hormonal, que en estos paciente no se regula como un proceso natural sino por el control en la dosis de la hormona ingerida; entonces, debe concederse al paciente un papel activo ya que él es el que puede indicar las variaciones que percibe, predecir o anticiparse a los sucesos que producen dichas variaciones y efectuar los reajustes en función de los cambios que percibe. Para ello es necesario en primer lugar, que aprenda a detectar las variaciones; en esta propuesta esto se logra a través del análisis de su registro diario que lo hará más susceptible de percibir los cambios fisiológicos y psicológicos, y sus causas.

En resumen, la combinación de técnicas cognitivo-conductuales favorecen a estos pacientes, dado que les ayudan a corregir, comprender y manejar la información que poseen y requieren para el desarrollo de su rehabilitación; les ayudan a modificar conductas anteriores o adquirir nuevas conductas que fomentan su participación como seres sociales; es decir les permiten involucrarse con otros individuos y, a nivel individual, encaminar su vida hacia metas que puedan cumplir, lo que significa una elevación de su autoestima y motivación.

Resulta pues que la intervención del psicólogo, con un programa como el propuesto, ayudará a la rehabilitación total de los pacientes que reciben tratamiento por hipotiroidismo a consecuencia de la atención a su hipertiroidismo inicial. El conocimiento de los procesos psicológicos que están involucrados y de los mecanismos posibles para su modificación, así como de los aspectos psicosociales que rodean al paciente, le permiten al psicólogo promover las acciones que fomenten el compromiso y el sentimiento de control y responsabilidad necesarios para que el paciente se adhiera a una línea de acción adaptativa y con ello se eviten las recaídas o desequilibrios de su nivel fisiológico y, por lo tanto, de las otras dimensiones social y psicológica.

Esta propuesta es el resultado del análisis teórico de las características reportadas de los pacientes con alteraciones de la tiroides y de la selección de las técnicas psicológicas que se consideraron más adecuadas para su tratamiento; sin embargo, la identificación última de sus bondades y limitaciones depende de la prueba empírica. La aplicación de la propuesta al tratamiento de pacientes hipotiroideos mostrará si las etapas, su secuencia y las acciones propuestas son las adecuadas o requieren ajustes mayores o menores.

Por otro lado, aquí se seleccionó el tratamiento individual del paciente hipotiroideo con técnicas cognitivo-conductuales por considerar que sus características hacen más conveniente este abordaje terapéutico; no obstante, existe la posibilidad de plantear estrategias alternativas como:

- ◇ Involucrar a la familia en todas las etapas a fin de que ellos conozcan las características del padecimiento y las reacciones que provocan para que brinden apoyo más cercano e integral a su paciente; resultando además importante su participación ya que se ha demostrado que el apoyo y satisfacciones en el hogar y con la familia son factores que mitigan las influencias del estrés condición que repercute en el nivel tiroideo.

- ◇ Usar un modelo de psicoterapia de grupo, que probablemente aumentaría la rapidez para el logro de las metas, brindaría un soporte afectivo adicional al familiar, favorecería el aprendizaje de las condiciones del padecimiento y de las formas de enfrentarlas, reforzaría patrones conductuales efectivos y mejoraría la autoestima. Para identificar a los pacientes que pueden sacar provecho de este tipo de terapia es necesario tener sesiones individuales previas. De acuerdo con las sugerencias de Lazarus y con la investigación presentada previamente sobre las características de estos pacientes, se puede pensar en primera instancia que no son candidatos idóneos para este tipo de intervención, ya que sus características como depresión, hostilidad e hipersensibilidad hacen probable que no obtengan resultados positivos e incluso influyan negativamente sobre el resto del grupo. Sin embargo, las ventajas que ofrece la psicoterapia de grupo lo hacen una magnífica opción si se encuentra que el paciente tiene habilidades o características propias para integrarse a un grupo.

- ◇ Usar un modelo psicodinámico para llegar a la génesis de las características de personalidad y estilos de reacción que le permitan al paciente el autoconocimiento. Sin embargo, recordemos que este programa está diseñado para incluirse en la intervención de un grupo terapéutico cuyo fin es el lograr objetivos específicos en un corto tiempo; esto es, proporcionar al paciente medios para su bienestar o salud integral, de tal manera que pueda enfrentar y mejorar condiciones relativamente específicas y bien identificadas. Estamos de acuerdo en que el lograr insight es una parte importante para el aprendizaje correctivo de las personas, pero este insight sería definido como el conocer o ver las causas de los problemas y trabajar para aplicar estos conocimientos en la solución de dichos problemas.

No sólo las metas que se persiguen sino también las preferencias y experiencia del profesional de la Psicología lo llevarán a realizar lo que considera la mejor elección; al final lo que importa es el bienestar de los usuarios de la Psicología.

BIBLIOGRAFIA

- Alford, B.A., Freeman, A., Beck, A.T., Wright, F.D. (1990). Brief focused cognitive therapy of panic disorder. **Psychotherapy**, 27-3:230-234.
- Baxter, J.D. (1971). Advances in molecular biology. En: **The clinics of North America thyroid diseases**, 75-1.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. N.Y: International Universities Press..
- Beneit, P.J. (1994a). Conductas de la salud. Psicología de la salud. Argentina: Libris. Pags. 27-39.
- Beneit, P.J. (1994b). La enfermedad crónica. Psicología de la salud. Argentina: Libris. Pags. 225-257.
- Beneit, P.J. (1994c). Modificación de conductas de salud. Psicología de la salud. Argentina: Libris. Pags. 41-55.
- Beneit, P.J., Latorre, J.M. (1994). La representación mental de la enfermedad. Psicología de la salud. Argentina: Libris. Pags. 215-224.
- Besser, G.M., Thorner, M.O. (1995). Clinical endocrinology. St. Louis, EUA. Mosby plum productions international limited. Version CD.
- Bleger, J. (1973). Psicología de la conducta. Buenos Aires: Paidós.
- Bolles, R. (1983). Teoría de la motivación. México: Trillas.
- Borkovec, T.D., Inz, J. (1990). The nature of worry in generalised anxiety disorder: a predominance of thought activity. **Behavioural research therapy**, 28-2:153-158.
- Brown, T.S., (1985). Psicología fisiológica. México. Interamericana.
- Carlson, N.R. (1982). Fisiología de la conducta. México: continental.
- Ciba foundation symposium. (1972). Physiology, emotions & psychosomatic illness. E.U.A.: Associated Scientific Publishers.
- Cofer. (1980). Motivación y emoción. España: La Desclée de Brouwer.
- Darley, J.M., Glucksberg, S., Kinchla, R.A. (1990). Psicología. México: Prentice-hall. Pag. 547-634.
- De la Fuente, M.R. (1981) Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica

Deffenbacher, J.L. (1987). Cognitive-relaxation and social skills intervention. **Journal of counseling psychology**, 34:171-176.

Deffenbacher, J.L., Demm, P.M., Brandon, A.D. (1986). High general anger: correlates and treatment. **Behavioral research therapy**, 24-4: 481-489.

Delgado, F. (1983). La terapia de la conducta y sus aplicaciones. México: Trillas.

Denicoff, K.D., Joffe, R.T., Lakshmann, M.C., Robbins, J. Neuropsychiatric manifestations of altered thyroid state. **American journal of psychiatry**, (1990) 147-1: 94-99.

Ellis, A. (1977). How to live with and without anger. N.Y. Readers Digest..

Ellis, A. (1978). Brief psychotherapy in medical and health practice. N.Y.:Springer.

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C.H.. (1980). Tratado de psiquiatría. España: Toray Masson. pAG. 125-133; 582-583; 690-694; 913-914.

Goldzieher. (1955). Tratamientos endócrinos. Barcelona: Científico Médica.

Gorbman, A., Bern, H.A. (1962). A textbook of comparative endocrinology. EUA: John Willey & Sons, Inc. pAG. 1-14; 99-172.

Greene, R. (1970). Las hormonas del organismo humano. Madrid: Guadarrama.

Greenspan, F.S. (1991). Thyroid disease. **The medical clinics of North america**, 75-1.

Groves, J.E. (1987). Brief psychotherapy. En: Hackett, T.P. Handbook of general hospital psychiatry. Massachusetts: PSG. Pags. 309-331.

Guyton, A.C. (1971). Tratado de fisiología médica. México: Interamericana.

Izard, C (1972). Patterns of emotions. EUA: Academic Press.

Khan, A., Mirolo, M.H., Claypoole, K., Bhang, J. (1994). Effects of low-dose TRH on cognitive deficits in the ECT postictal state. **American journal of psychiatry**, 151-11: 1694-1696.

Larsen, P.R., Ingbar, S.H. (1993). The thyroid gland. En: Williams. Textbook of endocrinology. Pag. 413-465.

Latorre, J.M. (1994a). El paciente en el medio hospitalario. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris, pags. 195-213

Latorre, J.M. (1994b). Estrés: significado, impacto y recursos. En: Psicología de la salud Argentina: Libris, pags. 57-95.

Latorre, J.M. (1994c). Introducción y conceptos básicos. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris, pags. 17-25.

Latorre, J.M., Beneit, P.J. (1994). Comprensión y recuerdo de las recomendaciones de salud. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris, pags. 157-176.

Lazarus, A. (1971). Terapia conductista y técnicas perspectivas. Buenos Aires: Paidós.

Lehrer, P.M., Woolfolk, R.L. (1993). Principles and practice of stress management. N.Y: Guilford.

Lehrer, P.M., Carr, R., Sargunaraj, D., Woolfolk, R.L. (1994). Stress management techniques: are they all equivalent, or do they have specific effects? **Biofeedback and self-regulation**, 19-4: 353-401.

Levine, S. (1972). Hormones and behavior. N.Y. Academic.

Lewin, R. (1974). Hormonas transmisores químicos. España: Salvat.

Linden, W. (1994). Autogenic training: A narrative and quantitative review of clinical outcome. **Biofeedback and self regulation**, 19-3: 227-264.

López, R. (1994). Técnicas de reducción de estrés. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris, pags. 87-113.

Llamas, R. (1979). Compendio de endocrinología. México: Mendez Cervantes.

Means, J.H. (1948). The thyroid and its disorders. EUA: Lippincott.

Miller, N.E. (1983a). Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic. **Annual reviews psychology**, 34:1-27.

Miller, R.C (1983b). The efficacy of cognitive behavior therapies. **Psychological bulletin**, 94: 39-53.

Montañes, J. (1994). Desarrollo y salud. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris.

Morales, F. (1995). La psicología de la salud al final del siglo: una aproximación desde la profesión **Revista mexicana de psicología**, 12-2: 177-183.

Moscoso, M., Oblitas, L.A. (1994). Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas. **Psicología contemporanea**, 1-1: 7-13.

Murray, R., Granner, D., Mayes, P., Rodwell, V. (1992). Bioquímica de Harper. México: Manual moderno

Netter, F.H. (1980). Sistema endócrino. En: Colecciones ciba de ilustraciones médicas. Barcelona, México: Salvat.

Noyes, A. (1966). Psiquiatría clínica moderna. México: La prensa médica mexicana.

Papalia, D. (1985). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.

Rio, I.Y. (1992). Efectos del tratamiento prenatal con testosterona en la diferenciación sexual de la conducta asociada a la presencia de crías en la rata. México: Tesis UNAM.

Robledo, M.L. (1994). La comunicación en la relación entre el paciente y el profesional de la salud. En: Psicología de la salud. Argentina: Libris, pags. 177-191.

Ruiz, M.L. (1996). Tratamiento cognitivo conductual en pacientes con trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada. México: Reporte Laboral Universidad Anahuac.

Sauri, M.R. (1994). Terapia psicocorporal: tres enfoques teóricos. México: Tesis UNAM.

Scandrett, S.L. (1994). Stress management techniques. **Biofeedback and self-regulation**, 19:353-401.

Schefft, B.K., Kanfer, F.H. (1987). The utility of a process model in therapy: a comparative study of treatment effects. **Behavior therapy**, 2: 113-134.

Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine? **Journal of consulting and clinical psychology**, 50-6: 1040-1053.

Scheier, M.F., Canver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence on generalized outcome expectancies on health. **Journal of personality**, 55-2: 169-205

Simons, A.D., Gordon, J.S., Monroe, S. M., Thase, M.E. (1995). Toward an integration on psychologic, social and biologic factors in depression: Effects on outcome and course of cognitive therapy. **Journal of consulting and clinical psychology**, 63-3: 369-377.

Simpson. (1959). Major endocrine disorders. Londres: Oxford University.

Weisman, A. (1987). Coping with illness. En: Hackett, T.P. Handbook of general hospital psychiatry. Massachusetts: PSG. Pags. 297-308.

Werner, S. (1962). The thyroid. EUA. Harper & Row Publishers.

West, J.B (1993). Bases fisiológicas de la práctica médica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 12a Ed , 972-982.

Wilson, J.D., Daniels, G.H., Martin, J.B., Wartosky, L., Ingbar, S.H. (1991). Endocrinología y metabolismo. En: Harrison. Principios de medicina interna. México: Interamericana. pags. 1913-1988.

Yates, A.J. (1973). Terapia del comportamiento. México: Trillas, pags. 36-57; 79-90; 392-415.

BIBLIOGRAFIA ENCONTRADA EN INTERNET:

Agape Homes. (1999). Treatment and clinical modality.

Dirección de internet: "<http://agape.cncoffice.com/information/treatment/html>".

Antognazza, E.J. (1998). Psicoterapia integrativa: Una definición.

Dirección de internet: "<http://www.servicenet.com.ar/jantogna/epsin.html>".

Awad, A.G. (1984). The thyroid and the mind and emotions/ thyroid disfunction and mental disorders. Thyroid Foundation of Canada.

Dirección de internet: "<http://home.ican.net/thyroid/Articles/EngE10F.html>".

Becker, D., Hurley, J., Detres, R. (1993). Radioactive Iodine treatment of hyperthyroidism. Thyroid foundation of Canada.

Dirección de internet: "<http://home.ican.net/thyroid/Articles/EngE12A.html>".

Behavior Associates. (1997). What is cognitive behavioral therapy?

Dirección de internet:

"<http://pages.nyu.edu/lqh6007/BehaviorAssociates/therapy.html>".

Bigos, Th. (1998) Thyroid hormone therapy. The bridge 11-1.

Dirección de internet:

"<http://www.health-center.com/english/brain/therapy/behaviorT.htm>".

Blair, A., Swannell, M. (1998). General Nursing assessment tool.

Dirección de internet: "<http://honey.acu.edu.au/alison/genursas.htm>".

Bloomfield, H H. (1996). How to heal depression.

Dirección de internet: "<http://z.mason.albany.ny.us/v/rose/0931580617>".

Briggs, M. (1997). A summary of personality typing

Dirección de internet. "<http://metalab.unc.edu/personality/faq.mbti.html>".

Cognitive therapy center of Brooklyn (1997) The CBT Web Site.

Dirección de internet. "<http://www.cognitivetherapy.com/>

- Davies, T. (1997). When My Doctor Says "Thyroid Antibodies" Should I Lie Down and Cry? The Bridge 11-1.
Dirección de internet: "<http://www.clark.net/pub/tfa/vol11no1.htm#hormone>".
- Eidelman, W.S. (1997). Thyroid Illnesses, known and unknown.
Dirección de internet: "<http://www.medicalmaze.com/hompthyr.html>".
- Ellis, A. (1994a). Showing people they are not worthless individuals.
Dirección de internet: "<http://www.rebt.org/essays/worth.html>".
- Ellis, A. (1994b). The essence of rational emotive behavior therapy (REBT): A comprehensive approach to treatment.
Dirección de internet: "<http://www.rebt.org/essays/teorebta.html>".
- Exner, T., Bernard, M. (1998). Questions and answers about rational emotive behavior therapy. Albert Ellis Institute.
Dirección de internet: "<http://www.rebt.org/faq.html>".
- Health-center. (1998a). Behavioral therapy.
Dirección de internet:
"<http://www.health-center.com/english/brain/therapy/behaviorT.htm>".
- Health-center. (1998b). Cognitive therapy.
Dirección de internet:
"<http://www.health-center.com/english/brain/therapycognitive.htm>".
- Health services utilization and research commission. (1992). Thyroid function testing guidelines.
Dirección de internet: "<http://www.sdh.sk.ca/hsurc/thyroidguideline.htm>".
- Henning, C. (1997). An introduction to cognitive-behavioral therapy.
Dirección de internet: "<http://panicdisorder.miningco.com/library/weekly/aa070297.htm>".
- Kalergis, M., Rivera, R. (1993) Nutrition and diet. The thyroid foundation of Canada
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Articles/EngE4E.html>".
- Lazarus, A. (1997). Behavior therapy.
Dirección de internet: "<http://www.gallaudet.edu/11mgoum/bt.html>".
- Mayo Foundation for medical Education and Research. (1996). Underactive Thyroid.
Dirección de internet: "<http://www.mayo.ivl.com/mayo/9603/htm/thyroid.htm>".
- Mid south Imaging & Therapeutics, P.A. (1997) Thyroid treatment.
Dirección de internet: "http://www.msit.com/t_thyrtr.htm".

- Miller, J. (1997). Jefferson Opens new thyroid treatment center.
Dirección de internet: "<http://oac1.oac.tju.edu/tjuweb/tju/JeffNEWS/past/96/july/thyroid.html>".
- Morris, W. (1992). More on the Mood-emotion distinction.
Dirección de internet: "<http://bion.mit.edu/ejournals/b/n-z/Psycoloquy/3/psyc.92.3.7.mood.6.morris>".
- Orgiazzi, J. (1996). Hypothyroidism.
Dirección de internet: "<http://osiris.sunderland.ac.uk/autism/thyroid.htm#about>".
- Perry, P.J., Alexander, B., Ellingrod, V.L. (1997). Lithium Adverse Effects.
Dirección de internet: "<http://www.vh.org/Providers/Conferences/CPS/23.html>".
- Peyrot, M. (1996). Evaluation of Patient Education Programs: How to Do It and How to Use It.
Dirección de internet: "<http://www.diabetes.org/DiabetesSpectrum/96v9n02/evalu.htm>".
- Rosen, I.B. (1996). Thyroid cancer.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/thyroid/Guides/HG12.html>".
- Ross, D. (1997). Ask the doctor. The Bridge. 11-1.
Dirección de internet: "<http://www.health-center.com/english/brain/therapy/behaviorT.htm>".
- Ruiz, A. (1999). Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia.
Dirección de internet: "<http://www.inteco.cl/post-rac/aportes.htm>".
- Salinas, J.L. (1998). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un caso. Revista Electrónica de Psicología Clínica Iztacala. 1-1.
Dirección de internet: "<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/jorgluis.html>".
- Suarez, P.H. (1997). Thyroid disease.
Dirección de internet: "<http://www.icsi.net/medical/chest/med50715.txt>".
Dirección de internet: "<http://www.ctu.es/USERS/catulo/tiroid.htm>".
- Teri, L. (1997). Behavioral Techniques for reducing agitation and violence in patients with dementia. Medscape.
Dirección de internet: "<http://www.medscape.com/Medscape/CNO/1997/APA/C.../156D.teri.html>".
- The American Thyroid Association. (1996). Hyperthyroidism.
Dirección de Internet: "<http://www.thyroid.org/patient/brochur4.htm>".

- The thyroid foundation of America. (1998a): Special thyroid information for mothers.
Dirección de internet: "<http://www.healthtouch.com/level1/leaflets/tfa/tfa009.htm>".
- The thyroid foundation of America. (1998b). Thyroid problems: too much hormone = hyperthyroidism.
Dirección de internet: "<http://www.healthtouch.com/level1/leaflets/tfa/tfa003.htm>".
- The thyroid foundation of America. (1998c). Treatment of Hyperthyroidism, including Graves' Disease.
Dirección de internet: "<http://www.healthtouch.com/level1/leaflets/tfa/tfa004.htm>".
- The thyroid foundation of America. (1998d). What your thyroid hormone pill does.
Dirección de internet: "<http://www.healthtouch.com/level1/leaflets/tfa/tfa007.htm>".
- The thyroid foundation of Canada. (1991). Thyroid disease in late life.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG10.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1992a). Graves' eye disease (Ophthalmopathy).
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG07.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1992b). Hypothyroidism.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG03.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1992c). Thyroid disease, pregnancy and fertility.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG08.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1993a). Graves' Hyperthyroidism (thyrotoxicosis).
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG06.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1993b). Thyroid disease in childhood.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG09.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1994a). To confirm the clinical diagnosis.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG02.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1994b). Thyroid disease is real know the facts.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG00.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1995). The thyroid gland: A general introduction.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/Guides/HG01.html>".
- The thyroid foundation of Canada. (1997). Health guides on thyroid disease.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/~thyroid/English/Guides.html>".

- Utiger, T. (1995). Altered thyroid function in nonthyroidal illness and surgery -- to treat or not to treat? The New England journal of medicine. 333 (23).
Dirección de internet: "<http://www.nejm.org/publicM/1995/0333/0023/1562/1.htm>".
- Volpe, R. (1996). Common concerns of thyroid patients.
Dirección de internet: "<http://home.ican.net/thyroid/Guides/HG13.html>".
- Winston, J. (1997). A Fuller Explanation of cognitive-behavioral therapy.
Dirección de internet: "<http://www.cognitivetherapy.com/fuller.htm>".
- Wolberg, L. (1996). Then and now. The American journal of psychotherapy. 50-4
Dirección de internet: <http://www.aip.org/ajf93-3.htm>".
- Wood, L.C. (1986). Learning disabilities. Thyroid Foundation of Canada.
Dirección de internet: "thyrobulletin vol 7 no 1. 1986"
- Wright, J.H., Salmon, P., Wright, A.S., Beck, A.T. (1996). Basics of cognitive therapy.
Dirección de internet: <http://mindstreet.com/cbt.html>".
- Wright, J. (1997). Cognitive therapy: A multimedia learning program.
Dirección de internet: "<http://mindstreet.com/mindstreet/>".

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.**

ANEXO 1

CUESTIONARIO INTRODUCTORIO

Nombre: _____

Edad: _____

1) ¿Qué sabe usted acerca de su padecimiento?: _____

2) ¿Qué efectos tiene su enfermedad en :

*Sus actividades diarias? _____

*Sus relaciones familiares? _____

*Sus relaciones sociales? _____

3) Describa las siguientes condiciones de su padecimiento y cómo las enfrenta.

Sensaciones físicas:

Tipo	¿Cómo responde ante ellas?	¿En qué le beneficia?	¿En qué le perjudica?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Estados emocionales:

Tipo	¿Cómo responde ante ellas?	¿En qué le beneficia?	¿En qué le perjudica?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cambios en su vida cotidiana:

Tipo	¿Cómo responde ante ellas?	¿En qué le beneficia?	¿En qué le perjudica?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4) ¿Ante qué eventos, circunstancias o situaciones percibe usted que es menos tolerante y se estresa más?

5) En su opinión, ¿qué ha sido lo más difícil para usted desde que comenzó su padecimiento?, ¿qué problemas le ha traído esto?

6) De la siguiente lista diga SI a las estrategias que usted utiliza ante los problemas; después califique cómo le ha funcionado dicha estrategia ante su problema de acuerdo con las siguientes opciones

NF- no me ha funcionado

AD- alivio dudoso

AL- alivio limitado pero mejora la situación

MB- mejora bastante la situación.

SI

- | | | |
|-------|--|-------|
| _____ | a). Obtengo más información al respecto. | _____ |
| _____ | b). Lo platico con otros para liberar el estrés. | _____ |
| _____ | c). Le doy poca importancia, incluso trato de reírme de él. | _____ |
| _____ | d). Lo aparto de mi mente, trato de olvidarlo. | _____ |
| _____ | e). Me distraigo haciendo otras cosas. | _____ |
| _____ | f). Tomo acciones positivas basada en mi comprensión del asunto. | _____ |
| _____ | g). Lo acepto cambio su significado por uno mas fácil de enfrentar | _____ |
| _____ | h). Cedo y me someto ante lo inevitable. | _____ |
| _____ | i). Hago cualquier cosa imprudente o impráctica. | _____ |
| _____ | j). Busco alternativas viables para negociar. | _____ |
| _____ | k). Bebo, como, tomo drogas, etc. para reducir la tensión. | _____ |
| _____ | l). Me aparto y busco aislarme. | _____ |
| _____ | m). Busco personas o cosas a quienes culpar. | _____ |
| _____ | n). Sigo las reglas e imposiciones de la autoridad. | _____ |
| _____ | o). Me culpo a mi mismo, me sacrifico. | _____ |

7) Cuando una persona es abiertamente injusta, ¿tiende usted a no decirle nada al respecto?

¿por qué? _____

8) ¿Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas? ¿cómo lo hace?

9) ¿Conoce pocas personas con las que puede sentirse relajado y puede pasarla bien?

10) Si una persona a quien usted respeta expresara opiniones con las que usted no está de acuerdo, ¿se atrevería a exponer su propio punto de vista? ¿qué consecuencias cree que esto le traería y cómo las enfrentaría?

11) ¿Puede decir "no" cuando le hacen pedidos poco razonables?

12) ¿Considera que cada persona debe defender sus propios derechos? ¿De qué manera?

ANEXO 2

REGISTRO DIARIO

Este registro tiene el propósito de que usted vaya identificando las situaciones cotidianas que se asocian con sus malestares, por lo que es muy importante que lo llene todos los días, con el máximo cuidado posible.

Instrucciones. A continuación se presentan una serie de categorías que representan acciones cotidianas. Lo que usted tiene que hacer es anotar la información que se pide de cada una de estas actividades.

	Hora Inicio	Hora Despertar			Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
SUEÑO: período	_____	_____	calidad:	- ----- ----- ----- -----					
				ubíquese					

	Hora Inicio	Hora despertar			Muy mal	mal	Regular	Bien	Muy bien
¿TOMÓ SIESTA? ____ SI ____ NO	_____	_____	calidad:	- ----- ----- ----- -----					
				ubíquese					

¿TOMÓ MEDICAMENTOS?: ____ SI ____ NO (HORA: _____)

Nombre y dosis del medicamento (sólo el primer día) _____

Si hay cambio de dosis o medicamento, indicarlo _____

ALIMENTACIÓN: ¿Qué comió en...?

Desayuno	comida	cena	entre comidas:	Hora
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CLIMA: ¿Cómo sintió el clima por la ...?

Mañana	Tarde	Noche
_____	_____	_____

ACTIVIDADES: ¿Qué actividades realizó en la?

Mañana

Tarde

Noche

CONVIVENCIA FAMILIAR:

De las siguientes palabras (Nula-Mínima-Regular-Satisfactoria-Buena-Excelente), seleccione una para calificar la convivencia familiar que tuvo en la...:

Mañana

Tarde

Noche

Motivos:
¿por qué?

CONVIVENCIA SOCIAL(**):

De las siguientes palabras (Nula-Mínima-Regular-Satisfactoria-Buena-Excelente) seleccione una para calificar la convivencia social que tuvo en la...:

Mañana

Tarde

Noche

Motivos:
¿por qué?

** Se considera convivencia social a las relaciones interpersonales que se establecen con personas que no son miembros de la familia.

ESTADO DE ÁNIMO: Señale si a lo largo del día tuvo alguna de las siguientes sensaciones:

Mañana

Tarde

Noche

Ansiedad
(inquietud)

Irritabilidad
(enojo, furia)

Agresividad
(deseos de atacar a otros)

Apatía
(falta de interés o deseos de realizar actividades)

Mañana

Tarde

Noche

Depresión _____
(tristeza, desánimo)

Otros ¿cuáles? _____

MOTIVOS: ¿Por qué cree que se sintió ...?

Ansioso _____

Irritado _____

Agresivo _____

Apático _____

Deprimido _____

INFORMACIÓN ADICIONAL: Si considera que le sucedió algo que deba informar, anótelo aquí.

