

81



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

029...

IDEAS IRRACIONALES Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA

E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: MARIA ILUSION FLORES MONDRAGON MARIA DEL CARMEN JIMENEZ HERNANDEZ

DIRECTORA: LILIA JOYA LAUREANO



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 TODA mi familia por su apoyo y cariño: mis padres, mi hermano, mis primos, Paz y mis tíos.*

*A Eliot que lo quiero mucho y por su compañía a toda hora.*

*A mi Marianita por todo lo que ha sido en mi vida estos ocho años y por lo que le falta ser. No hay palabras para detallarlo.*

*A Lilibel por su dirección, apoyo, amistad, por su maternaje profesional y por esas largas horas de plácido chisme. Muchas gracias.*

*A la familia Pérez-Simón que también es mi familia. Gracias por su cariño, su apoyo, su confianza, su hospitalidad y su buena fe*

*A Dinorah por su amistad invaluable, su cariño maternal, su escucha y su apoyo. Eres buena amiga, gracias.*

*A Pine, Vanessa, Ceci, David y Maricha por su amistad, su compañía, su complicidad y por compartir sus conocimientos.*

*A Erika, Gaby, Rosa, Xóchitl, Zou Zou, Sol, Mariana y Lupita, que aunque ya no nos vemos siguen presentes.*

*A Eva y a Bony por la oportunidad de ser parte de este proyecto, por su supervisión, por enseñarme a escuchar y sobretodo por su paciencia. Gracias.*

*Y por último, a mí misma porque sin mí no hubiera podido llegar hasta aquí, ni podría llegar hasta donde quiero.*

*Ilusión*

*A mi madre por su amor, comprensión y apoyo incondicional.*

*5G A Melchior por sus sabios consejos y por mostrarme una nueva visión por medio de la cual mirarme y mirar al mundo.*

*A Carmen y a Flor por compartir su tiempo, sus luchas y ser mis confidentes.*

*A Flusión por todo lo que hemos vivido a través de este tiempo, por su apoyo, amistad, alegría y optimismo.*

*A Nuwía y a Vanessa por su amistad sincera y por devolverme la confianza en las personas.*

*A mi grupo terapéutico por ser el nido donde se gestó este proyecto que ahora es realidad; por la contención y el impulso hacia el "hacer".*

*A Jaime por su amistad y por estar a mi lado en este momento tan importante.*

*A Bony y Eva por el proyecto gracias al cual concreté mis expectativas sobre el quehacer clínico.*

*A Lilia por su paciencia y por compartir su experiencia que tanto me ha servido en el ejercicio de mi profesión.*

*A la UNAM por ser mi casa.*

*MaryCarmen*

# ÍNDICE

|                                                        |                  |
|--------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Resumen</b>                                         | <i>Pag.</i><br>1 |
| Introducción                                           | 2                |
| <b>1. AFECTIVIDAD Y ESTRÉS</b>                         | 4                |
| 1.1 Bases Neurobiológicas de la Afectividad            | 5                |
| 1.2 Emoción y Cognición                                | 8                |
| 1.2.1 Teoría Bifactorial de Schachter y Singer         | 8                |
| 1.2.2 Teoría de la Interpretación Cognitiva de Mandler | 9                |
| 1.2.3 Teoría de la atribución de Weiner                | 10               |
| 1.3 El estrés como respuesta                           | 12               |
| 1.4 El estrés mediado cognitivamente por el sujeto     | 12               |
| 1.4.1 Teoría del afrontamiento de Lazarus              | 12               |
| 1.4.1.1 Estilos de afrontamiento y salud               | 14               |
| <b>2. PRINCIPALES SISTEMAS INVOLUCRADOS</b>            | 15               |
| 2.1 Sistema Neuroendocrino                             | 15               |
| 2.1.1 Unidades Básicas                                 | 15               |
| 2.1.2 Hipófisis                                        | 18               |
| 2.1.3 Hipotálamo                                       | 20               |
| 2.1.4 Glándulas suprarrenales                          | 21               |
| 2.1.5 Páncreas                                         | 22               |
| 2.1.6 Interacción con aspectos psicológicos            | 23               |
| 2.2 El sistema inmunológico y su respuesta             | 24               |
| 2.2.1 Antígenos                                        | 25               |
| 2.2.2 Anticuerpo                                       | 26               |
| 2.2.3 Mecanismos Inmunitarios                          | 27               |
| 2.2.4 Desarrollo del sistema inmunológico              | 27               |
| 2.2.5 Respuesta inmune humoral                         | 28               |
| 2.2.6 Respuesta inmune mediada por células             | 29               |
| 2.2.7 Psicoimmunología                                 | 30               |
| 2.2.8 Regulación Neuroinmunológica                     | 31               |

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>3. MEDICINA PSICOSOMÁTICA</b>                   | <b>34</b> |
| 3.1 Origen y definición del término psicossomático | 34        |
| 3.2 Desarrollo de la investigación psicossomática  | 37        |
| 3.3 Modelos y teorías                              | 42        |
| 3.3.1 La especificidad del sustrato                | 42        |
| 3.3.2 La especificidad de la respuesta             | 45        |
| 3.3.3 La especificidad de la conducta              | 45        |
| 3.3.4 La especificidad del sistema                 | 47        |
| 3.3.5 Las teorías integradoras                     | 48        |
| 3.3.6 Teoría Psicoanalítica                        | 49        |
| 3.4 Algunas enfermedades psicossomáticas           | 53        |
| 3.4.1 Trastornos respiratorios                     | 53        |
| 3.4.2 Trastornos Cardiovasculares                  | 57        |
| <br>                                               |           |
| <b>4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA</b>                 | <b>62</b> |
| 4.1 Definición de la Terapia Racional Emotiva      | 62        |
| 4.2 Relación entre el pensamiento y la emoción     | 63        |
| 4.3 Sobre el valor de los seres humanos            | 64        |
| 4.4 Modelo ABC                                     | 65        |
| 4.5 Ideas racionales e irracionales                | 66        |
| 4.6 Dos tendencias biológicas básicas              | 67        |
| 4.7 Dos perturbaciones humanas principales         | 67        |
| 4.7.1 Perturbaciones del Yo                        | 68        |
| 4.7.2 Perturbaciones incómodas                     | 68        |
| 4.8 Delimitación de las ideas irracionales         | 68        |
| 4.9 Intervenciones en la salud                     | 71        |
| <br>                                               |           |
| <b>5. MÉTODO</b>                                   | <b>73</b> |
| 5.1 Planteamiento del problema                     | 73        |
| 5.2 Objetivo                                       | 73        |
| 5.3 Hipótesis                                      | 73        |
| 5.4 Definición de variables                        | 74        |
| 5.5 Control de variables                           | 74        |
| 5.6 Diseño de investigación                        | 75        |
| 5.7 Tipo de muestra                                | 75        |
| 5.8 Sujetos                                        | 75        |
| 5.9 Instrumentos                                   | 76        |
| 5.10 Procedimiento                                 | 76        |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| <b>6. RESULTADOS</b>               | 77  |
| 6.1 Descripción de resultados      | 77  |
| 6.2 Validez                        | 80  |
| 6.3 Confiabilidad                  | 82  |
| 6.4 Comprobación de hipótesis      | 82  |
| <b>7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> | 87  |
| 7.1 Discusión                      | 87  |
| 7.2 Conclusiones                   | 98  |
| 7.3 Limitaciones y sugerencias     | 98  |
| <b>REFERENCIAS</b>                 | 99  |
| <b>ANEXO</b>                       | 104 |

## RESUMEN

La creciente importancia de considerar al individuo en forma global y no como una suma de partes localizadas, ha mermado en la eficacia del modelo médico, dándole cabida al enfoque psicopsomático o psicofisiológico. La Terapia Racional Emotiva maneja en su teoría la existencia de evaluaciones cognitivas distorsionadas que mantienen al sujeto en estados displacenteros que le impiden alcanzar un bienestar.

El objetivo del presente estudio fue determinar un perfil de ideas irracionales común en pacientes con padecimientos psicopsomáticos, así como el nivel de validez y confiabilidad de la Escala de Ideas Racionales diseñada por Gardner Jones [1969]. Se trabajó con un total de 320 sujetos de entre 25 y 65 años para la validación y posteriormente se manejaron tres grupos de estudio: a) psicopsomático, b) no psicopsomático y c) sin patología importante. El grupo psicopsomático lo conformaron pacientes con enfermedades coronarias y asma bronquial; la razón por la cual se eligieron estos padecimientos fue por su representatividad dentro de la medicina psicopsomática y por su incidencia dentro del C.M.N. el 20 de Noviembre. Los resultados encontrados fueron un nivel suficiente en la validación y un perfil de ideas irracionales, caracterizado por catastrofización y actitudes punitivas hacia los errores cometidos. A partir de esto se concluyó que las personas que adquieren padecimientos psicopsomáticos tienen como trasfondo evaluar los acontecimientos de manera trágica prácticamente sin solución, así como ver los errores como actos que solo pueden ser castigados sin posibilidad de otra opción, manteniendo al sujeto en constante estado de estrés, lo cual termina desembocando en algún padecimiento físico.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad debe resaltarse la importancia de estudiar la enfermedad en forma global, considerando al enfermo como una unidad en la cual el síntoma no es un fenómeno aislado, sino el resultado de la alteración en el equilibrio biopsicosocial. Para cada una de las partes que conforman esta unidad, se han formulado hipótesis explicativas con relación a la forma en como se da el proceso, y las alteraciones que surgen por su perturbación, así, muchas han sido las perspectivas teóricas bajo las cuales se han focalizado estas investigaciones, y la que compete a este estudio-la corriente cognoscitivo conductual - no ha sido la excepción.

El modelo médico que supone la existencia de un microorganismo responsable de la enfermedad y que mediante su erradicación se volverá a recuperar la salud, ha demostrado su ineficacia al ser utilizado exclusivamente para explicar, remediar y prevenir tales males [Engel, 1977]. Debido ha esto el psicólogo clínico se ha vinculado al tratamiento de las enfermedades, ya que por sí sólo el modelo médico no alcanza a dar cuenta de las repercusiones psicológicas y sociales que acarrear los padecimientos crónicos [Moss, 1982]. Esto fue quizá lo que dio origen a la medicina conductual, la cual, gracias a una serie de técnicas, ha desarrollado múltiples estudios y tratamientos dentro del campo de las enfermedades crónicas.

Sin embargo, la dificultad para enlazar los cambios psíquicos a lo somático, es aún un asunto muy discutido pero poco aclarado. Por ende, en múltiples ocasiones es necesario conformarse con el establecimiento de correlaciones de las variables observadas y a partir de ello deducir su interacción. Esto no implica que se abandone o limite la investigación, por el contrario, es un acercamiento paulatino al problema, y la base de futuras investigaciones.

Esta investigación tiene como objetivos determinar un perfil de ideas irracionales características de los enfermos psicósomáticos, así como obtener niveles de validez y confiabilidad del Inventario de Ideas Irracionales derivado de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, ya que consideramos importante validar aquellos instrumentos de amplio uso clínico en la población de nuestro país para precisar la veracidad de los resultados que arrojan.

Con el fin de abordar las enfermedades psicósomáticas hemos revisado brevemente algunos de los diferentes tópicos involucrados en el tema.

El primer capítulo habla sobre afectividad y estrés, ambos, temas complicados y controversiales y cuyo papel en los padecimientos psicósomáticos es central. Aquí se muestran de manera resumida varias perspectivas desde las cuales se han concebido dichos conceptos.

El capítulo dos ofrece un breve repaso de los sistemas neuroendócrino e inmunológico, considerados como los sistemas principales involucrados en el proceso de gestación de las enfermedades psicósomáticas, haciendo mención de su interacción con las emociones y el estrés.

En el capítulo dedicado a las enfermedades psicósomáticas se plantea el origen, definición e investigaciones que se han realizado dentro del campo de la medicina psicósomática, así como las diversas aproximaciones teóricas y experimentales que sustentan que el asma bronquial y las enfermedades coronarias son catalogadas dentro de este rubro.

En el cuarto capítulo se revisan los fundamentos teóricos desde la perspectiva de la Teoría Racional Emotiva por medio la cual este estudio intenta abordar las enfermedades psicósomáticas. Se plantea la relación entre los acontecimientos desencadenantes y las respuestas emocionales y comportamentales mediados por las ideas o creencias particulares.

El capítulo cinco expone la metodología utilizada y en el último capítulo mostramos los resultados arrojados por esta investigación, así como, su discusión y las conclusiones a las que llegamos.

## 1. AFECTIVIDAD Y ESTRÉS

Al hablar de enfermedades psicosomáticas, nos referimos en otras palabras a trastornos corporales consecutivos a la emoción como expresión de una perturbación fisiológica y de la homeostásis del medio interior, producida por factores psicológicos. La emoción es al mismo tiempo expresión, experiencia y una manera de ser afectado, una afección.

El término afecto, poco preciso, designa la experiencia subjetiva que acompaña a toda idea o representación mental, considerándose que ésta y la psicomotricidad son las dos posibles vías de descarga psíquica. Etimológicamente, afecto indica puesto en estado, lo que psicológicamente debemos entender como la impresión que un estímulo produce en un individuo, causando en éste una alteración o mudanza que es la afección. Afecto es, pues, estimulación y cambio con el que se responde a un estímulo experimentado subjetivamente [Rubio, 1996].

Desde la teoría cartesiana, muchas han sido las propuestas y las investigaciones que han tratado de dar una aproximación a la respuesta de lo que son las emociones. Algunas de ellas han sugerido que:

Las emociones son estados afectivos subjetivos, reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la adaptación, así como, fenómenos sociales [Reeve, 1994]. William James, a principios del siglo XX, sugirió que las emociones eran la percepción de los cambios corporales provocados por un estímulo particular. Mientras que Carl Lange, casi de manera simultánea, enfatiza la importancia de los eventos sensoriales periféricos en la emoción. Sin

embargo Walter Cannon [1927] entre una de las críticas que hizo a estas teorías, resalta que los cambios fisiológicos no determinan de manera total la experiencia emocional [citados por Reeve, 1994].

Actualmente el término emoción se considera como una modificación del estado de calma de un organismo, respuesta a estímulos muy variados, en el que se experimentan intensas sensaciones, un impulso hacia la acción y ciertas reacciones físicas internas... [Rubio, 1996].

## 1.1 BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA AFECTIVIDAD

El estado actual de las investigaciones establece la relación de los procesos afectivos con el sistema límbico. Sus funciones conocidas hasta el momento son vegetativas y psíquicas. Las primeras se ejercen principalmente por el hipotálamo y las segundas por la motivación, la memoria y el aprendizaje. [Rubio, 1996].

El sistema límbico recibe sus aferencias del neocórtex, sistema reticular, mesencéfalo y de diversos núcleos troncoencefálicos productores de neurotransmisores. Sus eferencias se presentan esencialmente en tres niveles: neocórtex (principalmente el lóbulo frontal), núcleos neurovegetativos de tronco y médula, e hipófisis. Mientras que la expresión somática de los afectos seguiría el esquema que se da a continuación:

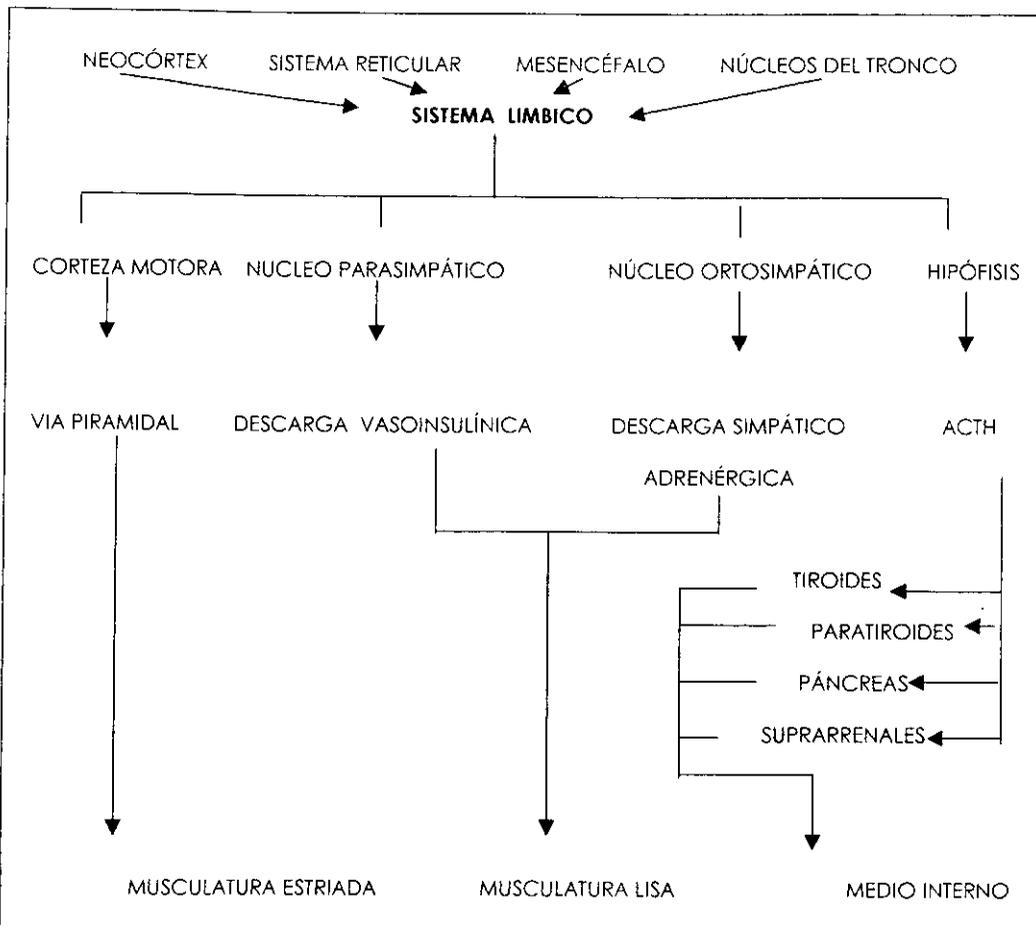
1) La información recibida por las vías aferentes produce en un primer momento una configuración emocional.

2) La excitación del sistema tiene las siguientes vías de posible descarga:

a) Alcanzadas las áreas motoras corticales y por la vía piramidal, provocará la actividad de la musculatura estriada, determinando la mímica y la pantomima de la conducta emocional.

- b) Por sus aferencias con los núcleos neurovegetativos, la descarga podría ser:
- i) En una respuesta vago-insulínica al movilizar el parasimpático, especialmente el neumogástrico, manifestada por bradicardia, aceleración en los movimientos peristálticos, relajación de esfínteres, aumento de la secreción gástrica, etcétera.
  - ii) En una respuesta simpático-adrenérgica al excitar el ortosimpático, caracterizada por piloroerección, aumento de transpiración, contractura de los esfínteres digestivos, etcétera.
  - iii) La estimulación de la hipófisis como consecuencia de la secreción del hipotálamo y secundariamente, por la ACTH, tiroides, paratiroides, suprarrenales y páncreas, cuyas hormonas intervienen en el metabolismo de la K y Ca, el equilibrio ácido básico, la termorregulación, el cuadro hemático, el metabolismo basal y la glucemia, lo anterior tendrá como consecuencia una serie de modificaciones del medio interno.

Gráfica 1.1  
AFERENCIAS Y EFERENCIAS DEL SISTEMA LÍMBICO\*



\* Cuadro de Ridruejo, Medina y Rubio. [1996]

## 1.2 EMOCIÓN Y COGNICIÓN

Desde los inicio de los ochenta, el punto de divergencia entre los investigadores era la relación existente entre emoción y cognición. A continuación se exponen resumidamente algunas de las principales teorías a este respecto.

### 1.2.1 TEORÍA BIFACTORIAL DE SCHACHTER Y SINGER

Para Schachter [1964, cit. por Reeve 1994] un estado emocional es el resultado de la interacción entre la activación fisiológica y la evaluación cognitiva. Conceptualiza a la activación fisiológica como un arousal generalizado y difuso que determinaba la intensidad pero no la cualidad de la emoción. El tipo de emoción vivida por la persona estaba determinado por la evaluación cognitiva de la situación. De acuerdo con esta teoría, las emociones surgen por la acción cognitiva de dos factores:

- 1) Excitación fisiológica.
- 2) Interpretación cognitiva de los estímulos circunstanciales.

En ocasiones, sin embargo, las personas sienten una activación inexplicada, cuando se produce un arousal inexplicado, se da una serie de manifestaciones del sistema nervioso simpático y así, la persona realiza una búsqueda cognitiva que continúa hasta aclarar de manera satisfactoria por qué ha surgido tal activación [Reeve, 1994]. La atribución causal de la excitación a las claves emotivas ambientales determina la cualidad de la emoción [Rubio 1996].

## 1.2.2 TEORÍA DE LA INTERPRETACIÓN COGNITIVA DE MANDLER.

Para Mandler el arousal era necesario para que se pudiera dar la emoción pero sólo era un sistema pre-requisito secundario en el proceso emocional. Este arousal era inespecífico, variando solamente de intensidad y apareciendo ante lo que el autor llamó "interrupciones de acción y de planes cognoscitivos". Estas interrupciones, son el corazón de nuestra conducta emocional y, según Mandler, son de dos tipos: a) los que son acontecimientos inesperados, y b) los que son acontecimientos esperados que no se producen. Sin embargo esta activación producida por cierta interrupción no es en sí un estado emocional, este se da en relación con la evaluación cognitiva (análisis de significado) que el sujeto hace de la situación. Así, la activación fisiológica provocada por alguna interrupción prepara al individuo para una experiencia emocional, mientras que el análisis del entorno y la interpretación del porque de la interrupción le da a la experiencia emocional su toque distintivo [Reeve, 1994].

Por lo tanto, la experiencia emocional es de carácter unitario y se constituye en una estructura consciente particular cuyos procesos conformantes son: La activación autónoma periférica y las cogniciones evaluativas. Estas últimas comprenden valores positivos y negativos [Rubio, 1996].

Mandler, por otro lado, plantea que un esquema es una representación mental abstracta de algo habitual en el ambiente. Cuando una experiencia se ajusta a nuestra expectativa (esquema) de lo que va a ocurrir entonces se produce la congruencia del esquema. En cambio cuando la experiencia se contradice con lo que esperamos, tenemos que la experiencia y el esquema son incongruentes. Según Mandler, la congruencia de esquema es emocionalmente positiva, aunque ligeramente, pues se produce muy poca o ninguna activación del SNA. Por otra parte, la incongruencia de esquema puede ser emocionalmente positiva o negativa. La incongruencia severa,

suele ser emocionalmente negativa, mientras que la congruencia retardada es positiva. La incongruencia inmediata desata un arousal y la emoción intensa y la congruencia retardada provoca la emoción positiva.

Asimismo, cuando se nos presentan situaciones en donde se tiene que hacer una pequeña modificación para ajustar nuestro pensamiento, se da una asimilación. Por otra parte, cuando la situación en donde nuestra forma de pensar es marcadamente inadecuada se da una acomodación. Las informaciones nuevas producen incongruencia de esquema y provocan la acomodación, ésta a su vez produce una fuerte descarga del SNA y arousal intenso. Si la acomodación es exitosa, la persona se adapta a las nuevas circunstancias y se da una reacción emocional positiva. Si la acomodación fracasa sucede exactamente lo contrario.

### 1.2.3 TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN DE WEINER

Según Weiner las personas hacen dos evaluaciones: una antes de interactuar con el estímulo y otra después del resultado que se produce en el ambiente. La atribución que explica por qué se produjo un resultado en particular es el mecanismo que produce la emoción [Reeve, 1994].

El proceso que propone sería el siguiente: tras el resultado de un acontecimiento hay una reacción general positiva o negativa (emoción afirmativa) basada en el éxito o el fracaso percibido del resultado. Estas emociones se consideran dependientes del resultado e independientes de la atribución, puesto que se deben al resultado y no a la causa. Las emociones más generales son: la felicidad y la frustración [Rubio, 1996].

Tras la valoración del resultado y la inmediata reacción afectiva, se buscará una descripción causal, lo cual generará una serie de emociones diferentes, en función de la atribución o atribuciones elegidas [Rubio, 1996].

Como se podrá ver son muchas las explicaciones dadas al proceso emotivo, y destaca cómo se da éste en general para después tratar de desglosarlo en varios tipos. Sin embargo a pesar de las controversias provocadas alrededor del término hay un aspecto de éste que nadie niega que existe y que sin duda alguna es el que más ha llamado la atención y que igualmente a despertado polémica entre los investigadores, nos referimos al estrés.

Su ascendencia viene de la palabra inglesa *strain*, la cual se vincula con los términos de "tensión" o "esfuerzo máximo". Parece que es en ese sentido en el que la ingeniería lo ha utilizado al referirse a la distorsión que sufre un material cuando se le somete a una presión o fuerza [Ridruejo, 1996].

La revisión de las consecuencias de la ansiedad en todo tipo de conductas y funciones psíquicas, y de las de sus descubrimientos como rasgo, como impulso, o como trastorno, ha precedido a otras aplicaciones más concretas del concepto [Ridruejo, 1996].

Lazarus y Folkman [1991] lo consideran como el resultado de la relación del individuo con su ambiente, la cual será explicada con detalle más adelante. Por otro lado, Valdés y Flores [1990, cit. por Ridruejo, 1996] lo conceptualizan como una estado de activación autonómica y neuroendócrina, de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo, cognoscitivo de indefensión e inhibición inmunológica (generalmente) y conductual.

Con un lenguaje distinto, la literatura de años posteriores ha llegado a comentar que la clave del estrés está en la adaptación del organismo hacia nuevas exigencias y que éstas pueden ser placenteras o displacenteras, por lo que el punto de atención no está en el hecho en sí, sino en su interpretación. El estrés no es por tanto, intrínsecamente bueno o malo.

### 1.3 EL ESTRÉS COMO RESPUESTA

En este punto nos remitimos a los planteamientos hechos por Seyle en 1956. Según su teoría, esta respuesta se da en tres niveles característicos: el fisiológico, el motor y el cognitivo. Está al servicio de las funciones de protección y adaptación del organismo y se divide en tres fases:

1. Reacción de alarma, caracterizada por una rápida activación del sistema nervioso simpático, lo cual conlleva a la movilización por parte del organismo de todos sus recursos posibles, para hacer frente a los desafíos.
2. Fase de resistencia. El organismo mantiene hiperactivos los sistemas sanguíneo, respiratorio y hormonal, mientras siga estando presente el estímulo causante de la amenaza y se encuentre listo para hacerle frente.
3. Fase de agotamiento, el cual se da si el estímulo amenazante se sigue dando por un tiempo prolongado, que conlleva la consunción de las reservas y con ella un aumento a la proclividad o vulnerabilidad a la enfermedad.

### 1.4 EL ESTRÉS COMO PROCESO "MEDIADO COGNITIVAMENTE"

POR EL SUJETO.

#### 1.4.1 TEORÍA DEL AFRONTAMIENTO DE LAZARUS.

Lazarus concibe al hombre como un ser que continuamente evalúa su ambiente y sus reacciones en función de dichas evaluaciones. Esta reacción estará condicionada por valores, creencias y expectativas propias del individuo [Rubio, 1996].

Para el autor la evaluación inicial de un estímulo como "bueno" o "malo" era el mecanismo cognitivo clave para producir un arousal fisiológico como la experiencia emocional subsiguiente. La evaluación informa del efecto que

probablemente tendrá el acontecimiento con relación al bienestar de la persona. La evaluación del estímulo como "bueno" o "malo" produce una "tendencia sentida" o emoción [Reeve, 1994].

Dentro del marco de la teoría cognitivo-conductual, Lazarus [1991] sostiene que el estrés es un organizador para entender a un amplio grupo de fenómenos para la adaptación, considerándolo no como variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos, intentando de esta forma articular diferentes procesos a diferentes niveles de integración. Así, el estrés consta de dos procesos: la evaluación primaria y secundaria, y el afrontamiento. Lazarus defiende que la emoción y el arousal consiguiente dependen de la forma en que el individuo construye la situación. Según como sea la valoración cognitiva se dará una u otra emoción [Rubio, 1996], lo cual deriva a una concepción de estrés que lo considera como la relación existente entre el sujeto y su entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar [Lazarus y Folkman, 1991]. De acuerdo con esta definición, el estrés no es propio de la persona ni del medio, no es un estímulo o una respuesta, sino una relación entre la persona y el medio, la cual es cambiante y ambas partes pueden influir una sobre la otra.

La evaluación cognoscitiva toma en cuenta esta relación del individuo con el medio y se define como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento provocará en el individuo. Folkman [1984] dividió esta evaluación en dos tipos: primaria y secundaria.

El individuo ante una situación dada realiza una valoración primaria, la cual consiste en el proceso de percibir dicha situación como amenazante o no, para posteriormente realizar una valoración secundaria consistente en traer a la mente una respuesta potencial a la amenaza que se considera como la más eficaz entre las opciones para cumplir con lo que se espera. Finalmente,

se da el afrontamiento que es el proceso de ejecución de esa respuesta. Lazarus y Folkman [1991] lo definen como aquellos esfuerzos orientados hacia la acción intrapsíquica para manejar, tolerar, disminuir o minimizar las demandas ambientales o internas, así como los conflictos entre éstas. Esta respuesta en particular puede estar dirigida a manipular o alterar el problema mediante estrategias creadas por el sujeto (afrontamiento dirigido al problema) o a disminuir el grado de trastorno emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

#### 1.4.1.1 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD

¿De qué manera el estilo de afrontamiento acostumbrado puede afectar a la salud? Lazarus y Folkman [1991] plantean tres posibles razones:

1. El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés.
2. Puede afectar la salud al incluir el uso excesivo de sustancias nocivas como el alcohol o el tabaco.
3. Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud impidiendo conductas adaptativas relacionadas con salud/enfermedad, evitación o negación. Conductas que si bien disminuyen el trastorno emocional, impiden una solución realista del problema.

## **2. PRINCIPALES SISTEMAS INVOLUCRADOS**

La emoción es un fenómeno cerebral, la cual nos refiere a una perturbación de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo. Los conocimientos de la fisiología del sistema nervioso vegetativo, del sistema endócrino y de la fisiopatología del diencefalo- en particular del hipotálamo-, revelan la vía por donde se realiza esta interacción psicoorgánica constituyente de las enfermedades psicosomáticas. A continuación se expondrán los principales sistemas implicados en este fenómeno y su relación con los estados afectivos.

### **2.1 SISTEMA NEUROENDÓCRINO**

Para obtener la homeostásis del medio interno, así como la adaptación del medio externo, el organismo requiere de elementos de comunicación entre todos sus aparatos y sistemas. La comunicación en el interior del cuerpo y la consecuente integración de la conducta fueron consideradas como territorio exclusivo del sistema nervioso hasta principios del siglo XX. Sólo entonces algunos investigadores advirtieron que el sistema endocrino participaba de una estrecha interacción con el aspecto conductual de los sujetos.

#### **2.1.1 UNIDADES BÁSICAS**

Por glándula, entendemos, el órgano que segrega sustancias usadas o eliminadas por el cuerpo. Hay dos tipos de glándula:

Glándulas exócrinas: secretan al exterior de la superficie epitelial como lo son las glándulas sudoríparas, las mamarias, las sebáceas de la piel, las productoras de cera del oído, las salivales, etcétera.

Glándulas endócrinas: son de secreción interna, las cuales no tienen ductos y liberan sus secreciones, conocidas como hormonas, directamente al torrente sanguíneo, el cual las distribuye a todas las partes del cuerpo. En el hombre encontramos dentro de esta categoría: la glándula pituitaria (hipófisis), tiroides, paratiroides, suprarrenales, timo, pineal y partes de los testículos, ovarios y páncreas.

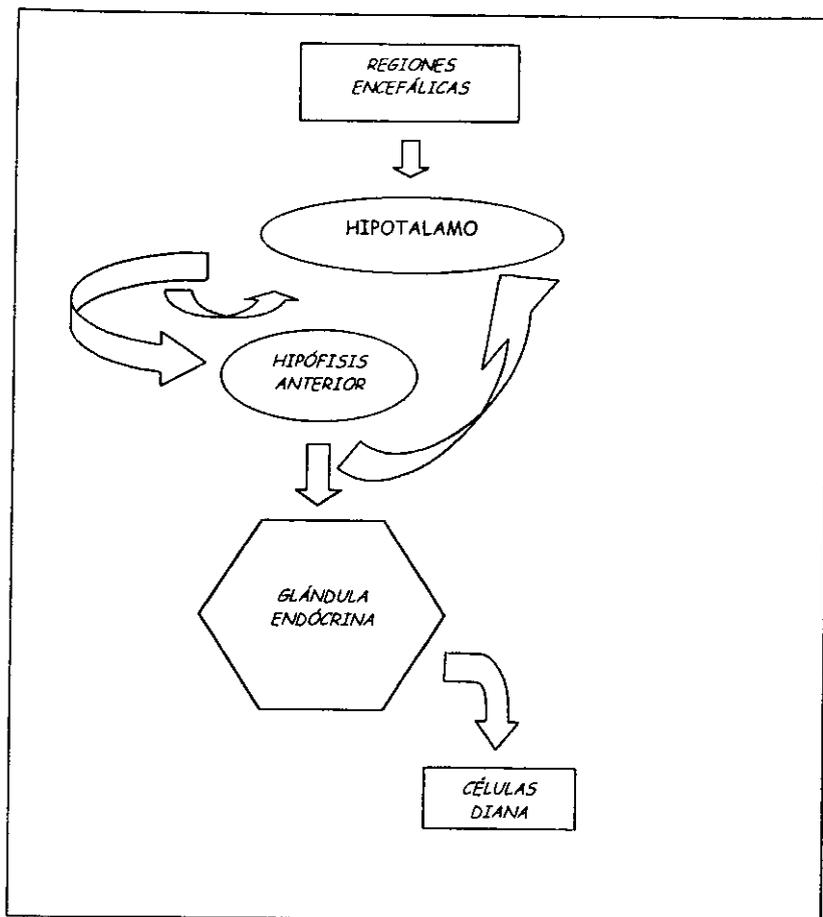
El término hormona significa excitar o promover, son mensajeras químicas que modifican las actividades metabólicas de las células. Por su mecanismo de acción sobre los órganos se pueden dividir en:

- ◆ Peptídicas: se derivan de los aminoácidos y se adhieren a la membrana de la célula diana, liberando a un segundo mensajero.
- ◆ Esteroideas: pasan a través de la membrana y se une a proteínas receptoras específicas del citoplasma para entonces entrar al núcleo e iniciar la transcripción de genes específicos.
- ◆ Tiroideas: provienen del tubo digestivo primitivo y se almacenan antes de vertirse a la circulación, en donde se fijan a proteínas transportadoras que la llevan a su destino de acción biológica.
- ◆ Neurotransmisores: interviene en la transmisión de mensajes por medio del sistema nervioso. Son producidos en el soma neuronal y almacenados en las vesículas, al momento de ser liberados al espacio sináptico provocan cambios en los receptores postsinápticos.

La secreción hormonal es controlada y regulada para que se adecue a las continuas actividades y necesidades corporales. El control básico es el *sistema de retroalimentación negativo* que es el que siguen muchos aparatos eléctricos para mantener una cierta temperatura.

Gráfica 2.1

## CIRCUITO DE AUTORREGULACIÓN NEGATIVA DEL SISTEMA ENDÓCRINO\*



\*Cuadro de Rosenzweig, [1992]

## 2.1.2 HIPÓFISIS

Esta glándula gobierna varias actividades corporales y además regula la actividad de otras glándulas de secreción interna por lo que también se le llama "glándula maestra". Se encuentra alojada en una cavidad del hueso esfenoidal y está unida al hipotálamo por medio de una estructura llamada tallo hipofisario. La hipófisis se divide estructuralmente en:

a) Lóbulo anterior (adenohipófisis): es la que más hormonas produce. La liberación de estas hormonas puede ser estimulada o inhibida por factores químicos procedentes del hipotálamo mediante de los vasos sanguíneos que los unen. Las hormonas que la adenohipófisis produce son las siguientes:

- ◆ Hormona de crecimiento o somatotrófica (GH).
- ◆ Hormona estimulante de la tiroides o tirotrófica (TSH).
- ◆ Hormona adrenocorticotrófica (ACTH): controla la producción de hormonas en las glándulas suprarrenales.
- ◆ Hormonas gonadotropinas: Existen dos tipos de estas hormonas que son:
  1. Hormona folículo estimulante (FSH): en la mujer promueve el desarrollo de folículos ováricos para la maduración del óvulo y producción de estrógeno. En el hombre promueve la espermatogénesis.
  2. Hormona luteinizante (LH): que es la responsable de la liberación del óvulo maduro (ovulación) y de la formación del cuerpo amarillo productor de progesterona y estrógeno, hormonas responsables en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. En el hombre promueve la producción de testosterona e igualmente el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios masculinos.
- ◆ Hormona prolactina (PRL).

b) Lóbulo posterior (neurohipófisis): funge como un almacén de hormonas producidas por el hipotálamo:

- ◆ Hormona antidiurética o vasopresina (HAC).
- ◆ Hormona oxitocina. Tiene funciones tales como: causar contracciones en las células musculares uterinas, desencadenando el trabajo de parto. La dilatación del cuello uterino, de las paredes vaginales y el paso del bebé y envía señales al hipotálamo para que produzca una cantidad adicional de esta hormona. Cuando la areola del pezón es excitada por la succión en el amamantamiento, la liberación de oxitocina provoca la eyección de leche y la involución del útero después del parto. Otras investigaciones han comprobado que esta hormona está involucrada en el llamado "instinto maternal", haciendo que las hembras desplieguen conductas afectivas y de cuidado hacia sus crías. Al parecer, la causa de este proceso se debe en gran parte a las facciones propias de las crías. Asimismo, la oxitocina también está relacionada con situaciones de atracción y enamoramiento entre las personas.

Células secretoras: Cada glándula tiene células secretoras encargadas de secretar las hormonas que se producen en ellas. La hipófisis contiene por lo menos cinco células secretoras:

- ◆ Somatotropas.
- ◆ Corticotropas.
- ◆ Tirotropas.
- ◆ Gonadotropas.
- ◆ Lactotropas.

Estas hormonas denominadas trópicas (trópico significa "dirigido hacia") afectan a la secreción de otra glándula endocrina.

### 2.1.3 HIPOTÁLAMO

Es el órgano central del sistema endocrino, situado en el centro del cerebro y unido a la neurohipófisis mediante el tallo hipofisario.

Casi toda la secreción de la hipófisis se encuentra controlada por señales hormonales o nerviosas provenientes del hipotálamo.

La secreción de la neurohipófisis está controlada por fibras nerviosas originadas en el hipotálamo y que acaban en esta parte de la hipófisis. En contraste la secreción de la adenohipófisis está controlada por hormonas llamadas de liberación y de inhibición, las cuales actúan sobre las glándulas para controlar su secreción.

El hipotálamo recibe señales procedentes de casi todas las fuentes posibles del sistema nervioso (toda clase de estímulos), por lo tanto, este órgano es el centro de convergencia de la información relacionada con el bienestar tanto físico como emocional del sujeto. Esta información es utilizada para controlar la secreción de la hipófisis. Los factores de liberación de las hormonas adenohipofisarias son:

- ◆ Hormona liberadora de la FSH.
- ◆ Hormona liberadora de la LH.
- ◆ Factor liberador de la ACTH.
- ◆ Hormona liberadora de la TSH.
- ◆ Factor liberador de la PRL.
- ◆ Factor liberador de la GH.
- ◆ Hormona inhibidora de la liberación de GH.
- ◆ Factor inhibidor de la liberación de PRL.

## 2.1.4 GLÁNDULAS SUPRARRENALES

Se encuentran sobre los polos superiores de ambos riñones y cada una esta compuesta por dos partes definidas: la médula suprarrenal (de origen glandular) y la corteza suprarrenal (de origen nervioso, que es estimulada por el Sistema Nervioso Simpático).

a) La médula suprarrenal se encarga de secretar las hormonas de adrenalina y de noradrenalina por estimulación del sistema nervioso simpático. Actúan como neurotransmisores, incluso bajo situaciones de estrés o emergencia.

- ◆ La adrenalina acelera el latido cardiaco, produce vasoconstricción, eleva la presión arterial, dilata las pupilas, aumenta el ritmo respiratorio, la secreción salival, etcétera.
- ◆ La noradrenalina produce los mismos efectos que la anterior pero da lugar a mayor vasoconstricción y es menos eficaz en la transformación de glucógeno en la glucosa.

b) La corteza suprarrenal secreta fundamentalmente dos tipos de hormonas: los mineralocorticoides y los glucocorticoides. Estos poseen:

- ◆ Mineralocorticoides: el principal es la aldosterona que ayuda al riñón a conservar la sal y el agua. Se secreta principalmente cuando sudamos.
- ◆ Glucocorticoides: de los más importantes es la llamada cortisona que contribuye al metabolismo de los alimentos. Estas hormonas se sintetizan a partir del colesterol y su función más importante radica en su intervención ante el estrés más o menos prolongado como miedo, temperaturas extremas, grandes altitudes, hemorragias, etc. Los glucocorticoides aumentan la sensibilidad de los vasos sanguíneos a las sustancias constrictoras con las que también participan en el control de la presión arterial.
- ◆ Gonadocorticoides: se producen en la zona reticulada de la corteza suprarrenal, dentro de los principales se encuentran la testosterona y la

hormona androgénica, tanto en hombres como en mujeres. En condiciones normales su acción es poco importante. En los hombres es encargada del desarrollo de los caracteres sexuales y en la mujer es la responsable del apetito sexual, y durante la menopausia se encarga de los cambios como el engrosamiento de la piel, el ensanchamiento de la cintura, la voz grave, etcétera.

### 2.1.5 PÁNCREAS

El páncreas es una glándula que se encuentra atrás y abajo del estómago. Se caracteriza por ser de secreción mixta ya que produce jugo pancreático (secreción exócrina) durante el proceso digestivo, e insulina y glucagón (secreción endocrina), que son hormonas que participan en la regulación del metabolismo de la glucosa. En su espesor se encuentran el conjunto de células llamadas islotes de Langerhans en donde las células alfa producen el glucagón y las células beta, la insulina.

- ◆ Glucagón: las células alfa son sensibles a la disminución de glucosa en la concentración sanguínea. Cuando esto sucede dicha hormona acelera la transformación de glucógeno en glucosa en el hígado. Al regresar a niveles normales de glucosa el glucagón deja de producirse.
- ◆ Insulina: cuando aumenta la producción de la glucosa en la sangre se produce la insulina, cuya acción estriba en facilitarle a la glucosa la entrada a las células, en especial a las musculares, para ser incluida en el metabolismo energético o para ser almacenada como glucógeno. También promueve la síntesis de proteínas. Su producción cesa cuando los niveles de glucosa regresan a la normalidad.

## 2.1.6 INTERACCIÓN CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS

El estudio de la depresión sugiere alteraciones hormonales durante el transcurso del padecimiento. Algunos síntomas clínicos suponen trastornos en los centros hipotalámicos, en particular alteraciones de sueño, apetito y de actividad sexual.

El cambio más constante que se observa durante la depresión es la elevación del cortisol, resultado del aumento de la actividad de GH y ACTH. Las alteraciones son mayores en los pacientes con insomnio; se piensa que el sueño inhibe la producción y la secreción de cortisona.

El estrés es producto de la vida moderna, es la respuesta del organismo a estímulos ambientales y físicos, tales como, frío, calor, ejercicio y el medio ambiente amenazante para la integridad del individuo. También se ha extendido al término a experiencias nocivas para el bienestar.

Diversos estímulos afectan a la glándula suprarrenal para la producción de cortisona. Los físicos, como el dolor, cambios de temperatura o enfermedades, así como, factores psicológicos como el fenómeno anticipatorio a la hospitalización, cirugía, situaciones de competencia, etcétera.

La secreción de las catecolaminas se eleva de manera sostenida, especialmente cuando se requiere de una atención continua como la vigilancia, la activación erótica, el hablar en público, etcétera.

En detalle ante la presencia de una agente estresor se inicia "un mensaje de estrés" que va desde la zona que recibe el estímulo amenazante hasta el cerebro. Allí se activa el centro hipotalámico-hipofisario, produciéndose en la hipófisis la secreción de la hormona corticotropa (ACTH) que, vertida en la sangre, favorece a la corteza suprarrenal la liberación de corticoesteroides. La acción de éstos va a ser la causa inmediata de una gran variedad de disfunciones somáticas y trastornos específicos como: atrofia en el timo, úlceras duodenales, bajas en las respuestas inmunológicas, etc. Pero todo este proceso se produce más tarde de lo que podríamos considerar como

respuesta inmediata, la cual vendría caracterizada por la secreción brusca de adrenalina durante la fase de alarma que aparte de hacer posible la disposición de los recursos energéticos por parte del sujeto, para poder dar una respuesta, es la responsable de otra serie de disfunciones relacionadas sobretodo con el sistema cardiovascular. Si la situación estresante persiste se entra a una etapa de resistencia, condicionada por la hiperproducción de corticoides.

## **2.2 EL SISTEMA INMUNOLÓGICO Y SU RESPUESTA**

La capacidad de mantener un equilibrio interno a pesar de las constantes fluctuaciones medioambientales a que está expuesto un ser vivo, se denomina homeostasis. La capacidad homeostática es absolutamente imprescindible para la supervivencia de las especies, y por lo tanto, en el ser humano se han desarrollado complicadas redes que comunican a los órganos y sistemas entre sí. Ellos están encargados de mantener el medio interno en condiciones que garantizan el funcionamiento armónico de los sistemas corporales en las más diversas circunstancias medioambientales y del medio interno corporal [Corsi, 1996].

Situaciones de estrés desencadenadas por diversas causas como frío, infección, dolor, agentes inflamatorios, hemorragias, hipoglucemia, ejercicio rudo, traumatismo y alteraciones emocionales constituyen estímulos que ponen en funcionamiento sistemas de retroalimentación y control que devuelven al organismo el equilibrio saludable. Cuando estos sistemas fallan o son rebasados, se presentan diferentes patologías que incluso pueden conducir a la muerte del sujeto [Corsi, 1996].

Los sistemas de retroalimentación funcionan basándose en señales eléctricas y químicas que son recibidas por células que pueden, o no, estar muy cerca de aquella que la emitió. Los mensajes químicos son recibidos por

moléculas llamadas receptores, que pueden estar en la membrana de las células, o en el interior de las mismas, dependiendo del tamaño y de las características fisicoquímicas del mensajero. La presencia de estos receptores hace que, a pesar de que en muchas ocasiones el mensaje es volcado al torrente sanguíneo, sólo aquellas células que disponen de receptores puedan recibir el mensaje. Esto otorga especificidad al sistema de comunicación [Corsi, 1996].

El sistema inmunológico, como señala Villemain [1992], está constituido por "células, mediadores y receptores capaces de defender al organismo contra los ataques microbianos, bacterianos o virales, pero también contra la intrusión y el desarrollo de moléculas extrañas, como son aquellas provenientes de las células infectadas". Está claro que para ello este sistema ha de encontrarse en condiciones de "reconocer específicamente los antígenos circulantes o receptores membranosos y elaborar una respuesta inmunitaria adecuada en función del antígeno". Por el contrario, si la respuesta inmunitaria supera su objetivo, como sucede en las enfermedades autoinmunitarias, "el sistema defensivo del individuo puede volverse contra sus propios constituyentes, una vez perdida su capacidad de distinguir los antígenos propios de los antígenos exógenos". El sistema inmunológico está esencialmente implicado "en la discriminación entre antígenos propios y ajenos, así como en la elección de la respuesta inmunitaria adecuada" [Ridruejo, A. 1996].

### 2.2.1 ANTÍGENOS

Son cualquier sustancia cuya presencia en el cuerpo hace que éste último produzca anticuerpos específicos que reaccionen contra ella. Los antígenos poseen dos características importantes:

I. *Su inmunogenicidad*. Es decir la capacidad para estimular la formación de anticuerpos específicos.

2. *Su reactividad.* Es la capacidad que tienen para reaccionar de manera específica con los anticuerpos producidos.

Desde el punto de vista químico, la mayor parte de los antígenos son proteínas, nucleoproteínas, lipoproteínas y glucoproteínas. En las regiones específicas de la superficie de los antígenos, llamadas sitios antigénicos determinantes, hay grupos químicos específicos del antígeno que se combinan con el anticuerpo. Tal combinación depende del tamaño y forma del sitio determinante, así como de la correspondencia que guarde con la estructura química del anticuerpo. El número de sitios antigénicos determinantes de la superficie de un antígeno, constituye su valencia. La mayor parte de los antígenos son multivalentes, es decir que poseen varios sitios determinantes [Rosenzweig y Leiman, 1995].

### 2.2.2 ANTICUERPO

Es una proteína que produce el cuerpo como una respuesta a la presencia de un antígeno y se combina específicamente en este último. Al igual que los antígenos, los anticuerpos también poseen valencia, pero gran parte de los anticuerpos en el humano son bivalentes [Rosenzweig *et al.*, 1995].

Al tratar de caracterizar los elementos principales de la respuesta inmunitaria, Villemain [1992] cifra en tres grandes rasgos el papel desempeñado por los anticuerpos. Esos tres rasgos se refieren al reconocimiento del antígeno, a la especificidad de la respuesta y a la diversidad de los anticuerpos producidos. Recordando la hipótesis de sir McFarlane Burnet, expuesta por Rof Carballo [1984, cit. por Rozenzweig *et al.*, 1995], que la vigilancia de la especificidad es aquella misión en la que descansa la acción principal de los anticuerpos circulantes, de los linfocitos y de los demás mecanismos moleculares de la inmunidad, porque es con esa acción con la que el sistema inmunitario asegura la identidad del organismo. Ahora bien, estos mecanismos van a ser regulados, añade Rof, primeramente

"por los genes perfectamente localizados que constituyen el sistema de histocompatibilidad mayor; después, por el reconocimiento de una sustancia como extraña, esto es como antígeno. Por otro lado, los fenómenos de autoinmunidad sugieren que la compleja red inmunitaria se autorregula, sin estar en presencia de un antígeno extraño" [Ridruejo, 1996].

### **2.2.3 MECANISMOS INMUNOLÓGICOS**

El cuerpo tiene dos sistemas inmunitarios principales de defensa: el humoral y el celular. Ambos reaccionan a los antígenos, usualmente proteínas extrañas al cuerpo, como las bacterias o los tejidos extraños. La inmunidad humoral se debe a los anticuerpos circulantes en una fracción de las proteínas plasmáticas, es una defensa importante contra las infecciones bacterianas. La inmunidad celular es mediada en parte por los productos linfocitarios llamados linfocinas y es la responsable de las reacciones alérgicas retardadas, de los rechazos de trasplantes de tejido extraño y del rechazo de las células tumorales. Constituye una importante defensa contra las infecciones debidas a virus, hongos y algunas bacterias como el bacilo tuberculoso [Ganong, 1978].

### **2.2.4 DESARROLLO DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO**

Los precursores de los linfocitos se originan en el saco vitelino y emigran al interior del feto. Aquéllos que pueblan el timo se transforman por el medio ambiente dentro de este órgano en los linfocitos responsables de la inmunidad celular (linfocitos T). En las aves, los precursores que pueblan la bolsa de Fabricio, estructura linfoide cercana a la cloaca, se transforman en los linfocitos responsables de la inmunidad humoral (linfocitos B). En los mamíferos no existe la bolsa y parece que la transformación en linfocitos B ocurre en el

hígado fetal y posiblemente en el bazo fetal. Después de la residencia en el timo o en el hígado y el bazo, muchos de los linfocitos T y B emigran a los ganglios linfáticos y a la médula ósea. Los linfocitos T y B son morfológicamente indistinguibles, pero se pueden identificar con técnicas especiales. Ahora, se ha demostrado que ambos están presentes durante toda la vida. Existe evidencia de que la maduración de los linfocitos T es promovida por hormonas tímicas. Una de éstas que ha sido extraída de los tejidos tímicos es un polipéptido llamado timosina, la cual contiene 108 residuos de aminoácidos y es rica en aminoácidos ácidos [Ganong, 1978].

### 2.2.5 RESPUESTA INMUNE HUMORAL

Para la defensa del organismo contra la invasión de agentes patógenos el sistema inmunológico puede producir "anticuerpos" que son proteínas llamadas inmunoglobulinas. A este tipo de respuesta inmune se le denomina humoral, dado que estos anticuerpos circulan por el torrente sanguíneo, desde donde alcanzan otros fluidos orgánicos y se unen al agente extraño o antígeno y lo bloquean. Las inmunoglobulinas se producen en el organismo como respuesta a la presencia del antígeno, como las bacterias, y son sintetizadas por células del sistema inmunológico denominadas "B" [Corsi, 1996].

Los linfocitos B tienen receptores para antígenos particulares en la superficie. Cuando el antígeno se une a la célula, es estimulada para dividirse y sus células hijas son transformadas en células plasmáticas. Estas células secretan grandes cantidades de anticuerpos hacia la circulación general. El número de antígenos diferentes reconocidos por los linfocitos en el cuerpo es extremadamente grande. Casi toda la evidencia común indica que tienen una facultad innata para reconocer tantas sustancias diferentes y se desarrolla sin exposición al antígeno. Cuando el antígeno entra por primera vez al

cuerpo, se une con el linfocito B apropiado, así esta célula se divide y forma una clona de células plasmáticas que secretan la inmunoglobulina que se combina con este antígeno. Los linfocitos T cooperan en la estimulación de las células B, probablemente procesando el antígeno antes de combinarse, interviniendo también los macrófagos. Las células T no producen anticuerpos circulantes pero su desarrollo y formación de clonas son semejantes a los de las células B [Ganong, W. 1978].

Cuando los antígenos se combinan con los anticuerpos circulantes, las células son lisadas; estos efectos son mediados por un sistema de enzimas plasmáticas llamadas sistema del complemento [Ganong, 1978].

### 2.2.6 RESPUESTA INMUNE MEDIADA POR CELULAS

El otro sistema de defensa se basa en la producción de células especializadas, llamadas "T", que reaccionan contra otras células que presentan antígenos en su superficie. Por ejemplo cuando un virus infecta a las células del organismo, éstas presentan proteínas virales ajenas al organismo en la superficie de la membrana celular por lo que son atacadas y destruidas por las células del sistema inmunológico, muchas veces antes de que el virus se reproduzca en su interior. Este fenómeno forma parte de la llamada respuesta inmune mediada por células. Estas células a veces no destruyen directamente al agente invasor, sino que emiten señales para otras células que son las encargadas de hacer esta tarea como, por ejemplo, los macrófagos. Las señales son péptidos llamadas genéricamente citoquinas. Los diferentes tipos de linfocitos T producen diferentes citoquinas que actúan en "cascada", es decir la liberación de una, estimula la secreción de otra citoquina en otras células T y así sucesivamente. Asimismo, estas sustancias estimulan la proliferación de las células T que intervienen en el combate a los agentes o células extrañas como virus, hongos, células tumorales alteradas, etc. [Corsi, 1996].

Los subtipos de linfocitos T se agrupan según la función y son denominados ayudadores de acuerdo con la función inmunológica que cumplen. Estas funciones son:

- Citotoxicidad, respuesta hipersensible retardada, como por ejemplo rechazo a injertos heterólogos,
- función de favorecer la actividad y/o diferenciación de linfocitos B y T (linfocitos ayudadores o amplificadores),
- supresión de la respuesta inmune (linfocitos supresores), y
- secreción de citoquinas.

En el laboratorio se reconocen porque cada subtipo expresa diferentes antígenos en la superficie de sus membranas, lo que permite detectarlos utilizando anticuerpos específicos [Corsi, 1996].

### **2.2.7 PSICOINMUNOLOGÍA**

Al quedar claro que el sistema inmunitario constituye un sistema de defensa, tenemos que pensar que las agresiones psicológicas surgidas desde un impacto psíquico y consideradas como amenaza, como sucede en las situaciones de estrés, así como todo aquello que puede desencadenar una psicopatología, cualquiera que sea su procedencia, va a poder provocar de alguna manera una respuesta inmunitaria. En su momento veremos cómo la llamada medicina psicosomática asegura la presencia de factores psíquicos y emocionales en el origen de algunas enfermedades y explica cuál es su correspondencia con los procesos inmunitarios. Es patrimonio del saber común, que el estrés disminuye la resistencia a las infecciones, y hay todo un esfuerzo investigador en el control de los acontecimientos que preceden a la enfermedad infecciosa y de las circunstancias psicosociales cargadas de alta significación emocional. Pero la investigación clínica más precisa, necesita contar con un sistema de evaluación del potencial de esas agresiones, para poder comparar con él las respuestas inmunitarias deprimidas que parecen

corresponderle. Esa ha sido la investigación desarrollada con relación al estrés y, especialmente, a partir de los trabajos de Bartrop *et al.* [1977], en los que se analiza la situación empírica de 26 viudas durante las 16 semanas que siguen al fallecimiento de sus esposos por accidente o enfermedad. La comparación entre ellas y un grupo control no daba diferencias en cuanto al número de células linfoides, electroforesis sérica, hipersensibilidad retardada, presencia de autoanticuerpos ni de concentraciones hormonales, pero mostraba, sin embargo, de manera terminante, una reactividad mitógena en sus células T, abiertamente disminuida cuando se exploraba a las viudas, en las seis primeras semanas del duelo.

Muchos otros estudios han permitido a la inmunología del estrés ocupar un ámbito propio, como son los de Baker *et al.* [1981], Dorian *et al.* [1982], Landmann *et al.* [1984], etc., de los que siempre se concluye que las agresiones psicológicas, cuando son reiteradas, provocan una tendencia a disminuir el potencial de respuesta inmunitaria del individuo, dado un determinado contexto psicosocial, un sistema de personalidad y un nivel de adaptación posible. En otro orden de cosas, los estudios sobre la agresión que supone para el enfermo el conocimiento del proceso neoplásico que padece, han sido capaces de demostrar la influencia negativa del estrés en el curso de la enfermedad cancerosa [Ridruejo, 1996].

Los trabajos de Locke [1982, cit. por Carballo, 1984], ponen por su parte, de manifiesto que el descenso de la actividad normal de destrucción celular parece que guarda relación con la mezcla de situaciones de estrés por cambios vitales y síntomas de condición psiquiátrica, cuando ambos ocurren a al mismo tiempo [Ridruejo, 1996].

## 2.2.8 REGULACIÓN NEUROINMUNOLÓGICA

Rof Carballo [1984, cit. por Rozensweig *et al.*, 1995], ha trazado el paralelo y ha denunciado la similitud existente entre la función del sistema inmunitario y la

del sistema nervioso, pensando, en que uno y otro sirven al propósito de captar información del mundo exterior e interior. Uno y otro sistema, señala Rof, "hablan consigo mismos", poniendo en marcha procesos en los niveles intra e intercelular y molecular, y ambos sistemas se dirigen hacia procesos de información, más que a procesos de cambio energético. En ambos, el reconocimiento de un estímulo nuevo tiene que ver con algo retenido, es decir, con un cierto sistema de memoria. Y por fin, en los dos parece que el código genético determina su desarrollo, aunque en los dos su reactividad y hasta su estructura parecen modificarse con cargo a las primeras influencias ambientales [Ridruejo *et al.*, 1996].

Villemain [1989, cit. por Ridruejo, 1996] ha advertido que la regulación neuroinmunológica no se puede formular unilateralmente y en una sola dirección, ya que en ella se consume, por el contrario, una vía doble que conlleva tanto la interacción reguladora del sistema nervioso con el inmunitario, como la del inmunitario con respecto a las funciones neuronales. Son dos los descubrimientos que marcan este acontecimiento fisiológico y funcional, atribuibles a Fontana *et al.* [1982] en relación con el factor de interleucina I, y a Blalock [1984] en relación con la hipótesis de producción de neurohormonas péptidas, como el ACTH o las cuasiendorfinas, con cargo a los propios linfocitos. [Ridruejo *et al.*, 1996].

Son muchos los testimonios en el campo de la experimentación animal que pueden servirnos de prueba para demostrar la existencia de los procesos de regulación neuroinmunológica. Por ejemplo, las referencias iniciadas por Fessel y Forsyth [1963, cit. por Ridruejo, 1996], en relación con las modificaciones inmunitarias que aparecen en ratas metidas a estimulación eléctrica o a radiación cerebral, las cuales, al ser afectadas en su sistema nerviosos central, transforman sus respuestas inmunitarias en términos tan manifiestos como los que causa la propia histología del tejido linfoide.

El papel del córtex ha sido puesto claramente de manifiesto en los trabajos de Viziére et al. [1985, cit. por Ridruejo, 1996] cuando constatan la existencia de depresión de respuestas inmunitarias de mediación celular en el ratón expuesto a lesiones en el neocórtex izquierdo. El fenómeno de la regulación neocortical lateralizada se hace evidente cuando se insiste en la diferencia entre el papel de las lesiones del neocórtex izquierdo, en el sentido de una depresión de la actividad mitogénica de los linfocitos T, mientras que en el neocórtex derecho se presenta una estimulación de las respuestas inmunitarias. Por lo que respecta al papel del hipotálamo, su papel más significativo parece estar ligado al control de la anafilaxis ya que son las lesiones de la parte ventral del hipotálamo posterior las que suprimen la producción de anticuerpos, mientras que las lesiones del hipotálamo anterior protegen al animal del shock anafiláctico [Ridruejo et al., 1996].

## 3: MEDICINA PSICOSOMÁTICA

### 3.1 ORIGEN Y DEFINICIÓN DEL TÉRMINO PSICOSOMÁTICO

El adjetivo psicossomático fue introducido en la literatura médica durante una fase de transición en la ciencia y práctica médicas y en la evolución de la sanidad. En el siglo XIX, los médicos que habían comenzado a utilizar los métodos científicos objetivos, empezaron a darse cuenta de que existían algunos síndromes patológicos que no podían ser diagnosticados ni tratados adecuadamente con el empleo exclusivo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas habituales [Flanders, 1950].

Las primeras ideas concretas referentes al paciente como un todo personal proceden de Freud, quien comenzó su carrera médica como neurólogo y fisiólogo. En 1893, publicó un trabajo sobre histeria, e intentó desarrollar nuevas técnicas para tratar problemas que presentaban a la vez componentes fisiológicos y psicológicos. Poco después, Groddeck, en Baden-Baden, y Hollos y Feereenczi [cit. por Flanders, 1950] en Budapest, se interesaron especialmente en los efectos de los factores psicológicos en el diagnóstico y curso de varios síndromes patológicos diferentes. Gradualmente, el adjetivo psicossomático penetró en la literatura germana. Entre la segunda y tercera décadas del siglo XX, Félix Deutsch [cit. por Flanders, 1950] intentó definir el significado de Medicina Psicossomática.

Entre tanto, Brill, traductor de un buen número de las primeras obras de Freud, las había dado a conocer en los Estados Unidos. Poco después, en este ambiente, Smith Ealy Jelliffe a principios de siglo, se interesó por la aplicación del psicoanálisis a los problemas de la medicina general. En los últimos años de la tercera década, George Ddrape que había estudiado los problemas de la

constitución en la escuela italiana, bajo la dirección de Viola, intentó introducir la voz *psisoma* para destacar que cuerpo y psique podían considerarse una unidad. El adjetivo *psicosomático* fue empleado por primera vez en lengua inglesa por Dunbar. A partir de entonces ha habido muchas definiciones, encaminadas todas ellas a evitar la dicotomía entre cuerpo y espíritu [Flanders, 1950]. Una definición más exacta aparece en el editorial del primer número de *Psychosomatic Medicine*, 1939:

"Los fenómenos somáticos y psíquicos tienen lugar en el mismo sistema biológico, y probablemente son dos aspectos del mismo proceso."

Otra versión posterior, que reúne los distintos puntos de vista de los numerosos médicos que se han ocupado en este problema durante los últimos años, dice:

"El criterio de salud *psicosomática* es el mantenimiento por el organismo del equilibrio homeostático dentro de sí y respecto al ambiente", Dunbar [1936].

La medicina *psicosomática* estudia la relación mente-cuerpo y valora la importancia que el estrés y los factores psicológicos tienen en la aparición, evolución y tratamiento de las enfermedades físicas.

Actualmente en el DSM-IV el término *psicosomático* ha sido reemplazado con la categoría de "factores psicológicos que afectan a problemas médicos", haciendo hincapié en los factores psicológicos, mientras que en el DSM-III-R se refería a estímulos ambientales. El DSM-IV destaca la importancia de la cercanía temporal entre los factores psicológicos y la exacerbación o el retraso de la recuperación del estado general. Dentro de los factores psicológicos incluye trastornos mentales, síntomas psicológicos, trastornos de la personalidad y conductas mal-adaptativas, pero excluye los trastornos

mentales clásicos cuyos síntomas físicos son parte del trastorno, como los de somatización, hipocondriasis, quejas físicas asociadas a trastornos mentales, y quejas físicas asociadas a trastornos relacionados con consumo de drogas.

Los criterios son los siguientes:

**A** Presencia de una enfermedad médica (codificada en el eje III).

**B** Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica o el retraso de su recuperación.
2. Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.
3. Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
4. Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica.

A continuación se da la lista de lo que es considerado como factores psicológicos en donde se recomienda en caso de haber más de uno, indicar el más predominante.

- ◆ Trastorno mental que afecta a... (indicar enfermedad médica).
- ◆ Síntomas psicológicos que afectan a...
- ◆ Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento que afectan a...
- ◆ Comportamientos desadaptativos que afectan a...
- ◆ Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a...
- ◆ Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a...

### 3.2 DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA

En la actualidad apenas hay quien ponga en duda que la emoción es un fenómeno central dependiente de mecanismos cerebrales. Pero durante mucho tiempo no fue así. Bichat declaraba que "el cerebro no se afecta nunca por las pasiones, que tiene por asiento exclusivo los órganos de la vida interna: el hígado, el pulmón, el corazón, el bazo". Y a finales del siglo XIX, un psicólogo como William James y un fisiólogo como Lange proponían una explicación periférica. Sin embargo, la teoría cerebral de la emoción ha tenido numerosos precursores; el principal fue Descartes, quien planteó que la glándula pineal era la parte corporal donde el alma ejercía sus funciones [Delay, 1964].

Cuando, en la segunda mitad del siglo XIX, triunfó la doctrina de las localizaciones cerebrales, se descubrió que las funciones sensitivomotrices y la función del lenguaje estaban relacionadas con los dispositivos encefálicos corticales, aunque las investigaciones no incluyeron la función afectiva. Y el problema de la emoción no quedó implicado en los progresos de la neurofisiología cerebral sino hasta que a la etapa cortical sucedió una basilar, y luego la etapa que considera las interacciones de la corteza y la base del cerebro. A la noción de una regulación central de la conciencia, o por lo menos de la vigilia, y de los apetitos ligados a los instintos alimenticios y sexuales, se añadió la de una regulación cerebral del humor, esa disposición tímica fundamental que da a todos nuestros estados psíquicos una tonalidad afectiva y emocional variable que oscila entre dos polos extremos [Delay, 1964].

Cannon sostenía que la emoción resulta de la interacción de la corteza y el tálamo. En 1927 había mostrado experimentando con un perro que, si se le extirpaban al tálamo todas las formaciones subyacentes, continuaba manifestando en las circunstancias adecuadas los signos del furor. "El animal

talámico" gruñía, jadeaba, agitaba la cola, arqueaba el tronco, separaba las uñas de las patas anteriores, hacía ademán de arañar, intentaba morder. Al mismo tiempo, podía comprobarse el síndrome neurovegetativo de la emoción que traduce una excitación duradera del simpático y una hipersecreción de adrenalina. Concluía entonces que los centros de la expresión emocional radicaban en el tálamo.

Años más tarde, su discípulo Bard inició una nueva etapa destruyendo el tálamo de gatos y perros, y observó que seguían manifestándose las expresiones del furor y del miedo, pero que estos mecanismos emocionales quedaban abolidos después de seccionar el hipotálamo. Las investigaciones de Papez [1937] sobre los circuitos responsables de los comportamientos emocionales pusieron de relieve el papel de la región límbica de Broca y del rinencéfalo, concepciones que guiaron los trabajos de Fulton y de sus colaboradores. Si la posibilidad de desencadenar respuestas de tipo afectivo a partir de la región hipotalámica había hecho admitir la noción de una integración de las emociones en el nivel del diencefalo, entonces parecía que también se podían desencadenar respuestas muy similares a partir de ciertas formaciones talámicas o rinencefálicas [Delay, 1964].

La noción de un centro fue sustituida por la de un dispositivo cerebral de conexiones múltiples, sin excluir la existencia de regiones claves situadas en el hipotálamo posterior y el tegmentum mesencefálico. En su estudio sobre los mecanismos centrales de las reacciones afectivas, donde hace la síntesis de los resultados obtenidos en el animal con técnicas electrofisiológicas Del [citado por Delay, 1964] demuestra el papel preponderante de "la región mediana y mediolateral del mesencéfalo y del diencefalo posterior", cuyo nivel de actividad está constantemente mantenido y regulado por las aferencias que vienen de todo el organismo que, a su vez, mantienen y

regulan el nivel de actividad, periférico y central, del sistema de la vida de relación y del sistema vegetativo.

La importancia de que el lenguaje emocional dependa de mecanismos cerebrales es considerable para la patología psicósomática, en la medida que permite considerar los trastornos corporales consecutivos a la emoción como expresión de una perturbación de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo y de la homeostásis del medio interior, producida por factores psicológicos como el miedo, la angustia, la cólera, pero que no se distingue en sus manifestaciones, de los mismos síndromes producidos por una agresión cerebral de naturaleza completamente distinta que interesen al mismo dispositivo neurofisiológico. Su patogenia es idéntica aun cuando sus etiologías difieran, y dicha patogénesis es una neurogénesis [Delay, 1964].

Selye [1945] demostró que, en el animal, los choques emotivos violentos pueden provocar todas las manifestaciones biológicas de la reacción de alarma, seguida por una fase de activación sostenida y finalmente por la fase de agotamiento si es que el estrés persiste ("síndrome de adaptación general"). La "emoción-choque" es un estrés que, al igual que otros eventos de este tipo, obliga al organismo a movilizar sus defensas para afrontar una situación amenazadora. La reacción general no específica que sucede a una exposición prolongada al estrés modifica el pulso, la tensión arterial, la temperatura, el equilibrio hidromineral y la reserva alcalina, el equilibrio glucoprotídico, la fórmula sanguínea, la secreción de esteroides urinarios. Así, el mediador entre el estrés de origen cognitivo y la enfermedad puede ser hormonal, mencionando específicamente a la hidrocortisona. Si se sacrifica al animal durante la reacción de alarma, sea cual fuere el agente que provocó ésta, se encuentra una hipertrofia de las suprarrenales, una atrofia aguda

timolinfática y ulceraciones gastroduodenales. Ahora bien, esta reacción coordinada, en la cual la secreción de acetilcolina tiene un papel constante deja de producirse después de la ablación de la hipófisis o de una parte del diencefalo (experimento de Humet). Esto depende de un mecanismo cerebral, neuroendócrino, diencefalohipofisario, y las terapéuticas preventivas del choque, hibernación artificial o cura neuroléptica que bloquean precisamente ese dispositivo perturbado tanto por traumatismos físicos como por traumatismos psíquicos [Delay, 1964].

Si la reacción de alarma desencadenada por el choque emocional no tiene nada de específica, puede ocurrir lo mismo con numerosos síndromes viscerales que han podido reproducirse por influencia de la emoción o de una irritación neurovegetativa central. Es el caso, por ejemplo, de la hipertensión arterial, del glaucoma, de la úlcera. Harold Wolf [cit. por Delay, 1964] demostró, con un enfermo portador de una fístula gástrica, que las subidas de tensión emocional producían agudizaciones ulcerosas, y este hecho hay que relacionarlo con las úlceras digestivas de origen central.

La emoción-choque es biológicamente traumatizante y lo mismo sucede con los estados de tensión emocional engendrados por situaciones conflictivas. Aun cuando sean menos espectaculares, sus efectos patógenos no son por ello menos ciertos y pueden engendrar también toda clase de perturbaciones funcionales y hasta orgánicas. El paso de la emoción a la lesión no es más que un caso particular de una ley muy general, a saber, que un desorden del sistema neurovegetativo provoca manifestaciones funcionales que, por su intensidad o repetición, se organizan y, como consecuencia, se organicisan, [Kaplan, 1996; Reeve, 1994].

Alexander [1934-1968] planteó que los síntomas psicosomáticos aparecen sólo en órganos inervados por el sistema nervioso autónomo y no poseen ningún significado psíquico específico (como ocurre con la histeria de

conversión), pero son resultados finales o estados fisiológicos prolongados que son los acompañantes de ciertos conflictos inconscientes reprimidos. También existen ciertos factores predispuestos de tipo genético constitucional orgánico (multifactorial), además de los factores psíquicos implicados, en los cuales la energía psíquica reprimida es descargada fisiológicamente [Delay, 1964].

Contrariamente a ciertas afirmaciones, esto no es ningún descubrimiento reciente, pues se deduce ya que de la tesis de Maurice Raynaud, publicada en 1862, hablaba sobre la enfermedad que lleva su nombre: la asfixia local y la gangrena simétrica de las extremidades. Aprovechando los trabajos de su contemporáneo Claude Bernard sobre los nervios vasomotores, suponía en el mecanismo de dicha enfermedad un espasmo de pequeños vasos, hallándose el espasmo, a su vez, bajo la dependencia de la excitación de los nervios vasomotores simpáticos. Así, la afección, vascular en sus manifestaciones, era en realidad nerviosa en su esencia. De hecho, era una neurosis del simpático que acababa traducéndose en una lesión tan material como el esfacelo de los tejidos. La tesis de Raynaud marca un hito importante, porque inaugura la patología de los angiospasmos y de las neurosis vegetativas. Vino a demostrar que si bien, según el principio de Virchow, el trastorno funcional es, por regla general la consecuencia de una lesión, también puede ser su causa [Delay, 1964].

La inversión de la perspectiva tradicional ha sido desarrollada en Francia por clínicos como Abrami, por experimentadores como Leriche, al crear mediante la repetición de fenómenos espasmódicos lesiones de arteriolitis y de esclerosis vascular, o como Reilly, al demostrar que una irritación no específica del sistema simpático puede engendrar lesiones intestinales yendo de la estasis al edema, la leucodiapédesis y la eritrodiapédesis, hasta la infartización cuya consecuencia es la ulceración y la necrosis. Esta patogenia simpática del infarto posee tanto más interés cuanto que un proceso de este tipo tiene su

equivalente en la producción de lesiones cardíacas, pulmonares, cerebrales o cutáneas. Lo que, por su parte, ha establecido la investigación psicosomática es que la emoción es una de las causas de irritaciones neurovegetativas que pueden traducirse en una lesión [Delay, 1964].

Interesantes fueron las contribuciones de Engel [1968] quien creía que era necesaria una aproximación global a la enfermedad psicosomática, creando así, el modelo Biopsicosocial en el que se contemplan factores externos como la cultura y aspectos ecológicos, y factores internos como la genética, la historia del individuo su constitución, etcétera.

En presencia de un asma, una hipertensión, una úlcera, un glaucoma, una colitis, una diabetes, en los que se hallan factores emocionales, resulta siempre difícil determinar si éstos son únicamente elementos de una constelación etiológica o si desempeñan un papel preponderante. La emotividad es muy desigual, según los individuos, y la misma desigualdad se encuentra en lo que respecta a las manifestaciones psicosomáticas [Ayala, 1950].

Debido a su carácter multidimensional, muchas han sido las perspectivas bajo las cuales ha versado la explicación de las enfermedades psicosomáticas. Sin embargo aquí se exponen de manera resumida las más destacadas en la materia.

### **3.3 MODELOS Y TEORÍAS ESPECÍFICAS**

#### **3.3.1 LA ESPECIFICIDAD DEL SUSTRATO**

Algunas investigaciones indican que el material genético encierra la clave de procesos bioquímicos, cuya puesta en marcha depende del estado biológico del organismo. Como a lo largo del desarrollo tal estado depende a su vez de las interacciones con el medio, cabe suponer que los cambios biológicos más

recurrentes se operarán en los momentos en que el ambiente se transforme de manera más radical. El nacimiento es uno de esos momentos y el tiempo que el organismo emplea para interactuar y acomodarse a la nueva situación recibe el nombre de periodo crítico. Se supone que en él se produce gran parte de la transformación genotípica del individuo y, por esta razón, ha captado el interés de muchas investigaciones genéticas. Estas investigaciones tienden a concebir el desarrollo biológico como un proceso secuenciado, cromosómico en principio, endocrino más tarde y ambiental después. En cada uno de los casos, lo decisivo del proceso radica en la acción que ejerce sobre el sistema nervioso central, elemento mediador entre el organismo y el entorno.

Cada proceso predomina en un momento determinado de la vida, pero hay pruebas de que el sistema nervioso se reserva la posibilidad de actuar conforme al programa que resulte más adecuado para el sostenimiento de una función. Así, la corteza cerebral puede contrarrestar funcionalmente los efectos de la castración –siempre con el concurso de los estímulos ambientales– y la hormonoterapia de reemplazo es capaz de subsanar las deficiencias secundarias a lesiones o exégesis del tejido nervioso.

Ya que existen pruebas de un periodo crítico en el que tienen lugar acontecimientos de largo alcance en el genotipo sexual, es razonable suponer que en ese periodo se produzcan también importantes transformaciones del genotipo autosómico. De la misma manera que la acción gonadal –andrógenos– programa el desarrollo del sistema nervioso y determina en gran medida la sexualidad futura, la acción suprarrenal –esteroides– podría ser capaz de hacer lo mismo, determinando la dimensión emotiva. De hecho, ya en 1966, Levine y Mullins propusieron que la variación de los niveles de esteroides suprarrenales en la infancia, ejercía efectos similares a los de los andrógenos sobre el SNC. El seguimiento y análisis de la

emotividad de los niños estudiados, podría suministrar datos y pruebas sobre el particular.

Existen pruebas sobre la posibilidad de que este material básico venga ya lastrado con una determinada vulnerabilidad, al margen de su transformación posterior. Así Wiener y colaboradores [1957], al cuantificar los niveles de pepsinógeno en más de 2000 reclutas, distribuyeron la población en función de la tasa secretora –dependiente de factores genéticos- y demostraron una mayor incidencia de *ulcus duodenal* en el grupo hipersecretor. Se sabe que tal hipersecreción constituye un factor ulcerógeno, pero es obvio que dista de ser una causa necesaria y suficiente para la ulceración. Johnson [1965] describe otro tipo de correlación entre grupo sanguíneo y susceptibilidad al *ulcus* y encuentra una mayor incidencia de úlceras gastroduodenales y prepilóricas en los sujetos del grupo O, que, curiosamente, tienden a la hipersecreción gástrica. Por lo tanto, el nivel de pepsinógeno y el grupo sanguíneo constituyen factores de predisposición.

El infarto es otro ejemplo útil para ilustrar la forma en que un factor disposicional de naturaleza genética puede ser amortiguado o potenciado por interacciones y causas conjuntas. No hay duda sobre la existencia de hipercolesterinemias familiares y está claro que el nivel de lípidos y su tasa de circulación colaboran al infarto como elementos de riesgo, pero el hecho hace patente la transmisión genética de factores potenciales y no de mecanismos patógenos. Por esto, una acción ambiental, como la dieta, colaboraría a la disminución del riesgo y a la atenuación de la vulnerabilidad [Valdés, Flores, Tobeña y Massana, 1983].

### 3.3.2 LA ESPECIFICIDAD DE RESPUESTA

El empleo de modelos reflexológicos (E-R) y el supuesto etiopatogénico de que la enfermedad es el resultado de la acción del estrés, ha hecho posible una convincente demostración experimental de que existen respuestas específicas en cada sujeto, activables de forma selectiva y, en ocasiones, estereotipada. Sobre estos modos preferentes de respuesta tienden a organizarse los síntomas, las disfunciones y posiblemente las enfermedades, ya que existen pruebas suficientes de que la fisiología y la patología constituyen graduaciones continuas. Asimismo es cierto que no todas las enfermedades, ni siquiera las denominadas psicósomáticas, son explicables en función del concepto estrés como agente etiopatogénico. Ocurre que el modelo empleado (E-R) invita a probar esta posibilidad por encima de las restantes, y esa es la razón por la que no se manejan supuestos etiológicos opcionales. En caso de manejarlos, se impondría un cambio de modelo y de diseño experimental, acorde con la hipótesis que se proponga y con las variables que interese controlar. La estrecha relación entre hipótesis, conceptos, modelos y experimentos, obliga a continuos análisis metodológicos con el fin de aclarar los propósitos y las teorías de los distintos investigadores [Valdés Flores, Tobeña y Massana, 1983].

### 3.3.3 LA ESPECIFICIDAD DE LA CONDUCTA

La experimentación animal obliga a prestar atención a las relaciones existentes entre tipos de conducta y desarrollo de síntomas. Existen pruebas para suponer que la aparición de estos últimos es más probable cuanto más infructuosas sean las conductas que persiguen el control de las situaciones perturbadoras. La eficacia de tal control parece depender de la capacidad que tiene el organismo para generar con su conducta estímulos alternativos a los del estrés. Con ello se señala el potencial desadaptativo que encierran las

conductas de evitación fallidas y se subraya la naturaleza cognoscitiva de la conducta eficaz. La necesidad de controlar las situaciones es variable y también la capacidad para conseguirlo. Al margen de esta capacidad, los intentos por evitarla reiteradamente fracasan y sitúan al organismo en un estado de desesperanza que puede interferir en la adquisición futura de aprendizajes útiles. Además de esta interferencia, el estado del organismo parece modificarse negativamente, puesto que se pueden observar retraimiento del medio, falta de impulso, desorganizaciones conductuales y una mayor propensión a presentar síntomas y trastornos. Hay pruebas de que si la necesidad de control es muy grande, los estímulos perturbadores muy intensos y las tentativas para controlar la situación resultan reiteradamente infructuosas, entonces esos síntomas tienen muchas posibilidades de ser coronarios. Es claro que síntomas tan plurideterminados como éstos, sólo se pueden concebir si la conducta de evitación fracasa una y otra vez, de modo que su continua aparición haga pensar en un patrón (*pattern*) conductual preferente, que regule las interacciones del organismo con el medio. A juzgar por los datos clínicos, el paciente necesita controlar el estrés intenso rápidamente y, cuando no lo consigue, se desalienta con facilidad. Por otra parte, como es un sujeto hiperactivo, necesita emitir conductas que lo empujan otra vez hacia la necesidad de control y la sobrecarga de estímulos, ante los que sucumbe de nuevo.

El patrón conductual de tipo A no se refiere a estructuras de personalidad sino a comportamientos. Ello induce a pensar que dicho patrón puede ser detectado en personalidades distintas.

En teoría, las personas con acusados rasgos obsesivos parecen candidatos ideales, dada su excesiva necesidad de control, su preocupación por los rendimientos, su perfeccionismo y su peculiar agresividad. De hecho, ya está

descrita una mayor incidencia de infartos en tales sujetos [Jenkins, 1976; Valdés Flores, Tobeña y Massana, 1983].

### 3.3.4 ESPECIFICIDAD DEL SISTEMA

Por algunos datos experimentales, podemos disponer de una pauta jerarquizada de factores de riesgo psicosomático como son: introversión temperamental, desarrollo temprano, patrón conductual preferente, situaciones de conflicto irresoluble y estados anímicos transitorios. De acuerdo con esto, el síntoma aparecería en sujetos con una susceptibilidad diferencial ante los estímulos (introversión), potenciada por experiencias perturbadoras antecedentes (desarrollo temprano), que mediante un peculiar modo de actuar (patrón conductual) harían frente, en desventaja, a conflictos objetivos (irresolubles) o a valoraciones subjetivas incorrectas (estado de ánimo depresivo, desesperanza...).

Así pues, los modelos representacionales, empleados en exclusiva por la investigación anatomofisiológica del SNC se han servido de sistemas nerviosos conceptuales, elaborados a partir de la observación y el estudio de la conducta.

Desde esta perspectiva, la enfermedad ya no es entendida como el resultado de la acción morbosa del estrés, sino como consecuencia funcional de un subsistema nervioso central definido (periventricular o inhibidor de la acción). Tal subsistema es activable por estímulos que no siempre serían objetivamente calificables como perturbadores. Por el contrario, las experiencias del sujeto –que es lo mismo que hablar de sus aprendizajes– podrían facilitar la regencia del sistema periventricular, sin que se pueda hablar de estrés en el sentido convencional. Hay pruebas de que la evitación pasiva se expresa fisiológicamente a través de varios órganos, aparatos y

sistemas, de modo que es conveniente una aparición de enfermedades concretas [Valdés Flores, Tobeña y Massana, 1983].

### 3.3.5 LAS TEORIAS INTEGRADORAS

Estas teorías se definen por el tipo de relación que postulan entre las variables heterogéneas mismas que determinan los fenómenos, y no por el hecho de citar nominalmente un gran número de factores de participación cualitativamente desigual. Se concluye entonces que una teoría integradora de utilidad para la investigación psicosomática deberá tener un eje referencial de naturaleza biológica, de tal forma que establezca leyes precisas sobre las repercusiones fisiológicas de los fenómenos psicosociales. En ese contexto se inscriben estudios sobre los cambios de situaciones vitales [Rahe, 1975, cit. por Valdés Flores, 1983], el estrés urbano y psicosocial [Hinkle, 1974; Ddohrenwendd, 1974; Masson, 1975, cit. por Valdés Flores, 1983], la repercusión de los procesos simbólicos [Lipowski, 1975, cit. por Valdés Flores, 1983] y las relaciones entre enfermedad y condiciones de trabajo (Mac Lean, 1975, cit. por Valdés Flores, 1983 ).

Se señala, que la medicina corticovisceral merece en todos los aspectos el calificativo de teoría integradora, ya que dispone de una metodología arraigada en bases biológicas, que explica desde el mismo plano de abstracción, fenómenos psíquicos, fisiológicos y psicofisiológicos.

La similitud epistemológica entre la medicina corticovisceral y la teoría general de sistemas, parte de principios pavlovianos y de datos experimentales desde la metodología del reflejo condicionado. El que una función se condicione o no, depende en último término, del estado global de aquel, de manera que cualquier reflejo es sensible a sus modificaciones [Valdés Flores, Tobeña y Massana, 1983].

### 3.3.6 TEORIA PSICOANALÍTICA

Creemos que al trabajar sobre la interacción que hay entre mente y cuerpo, nos obliga a no podíamos dejar de lado la perspectiva psicoanalítica cuyo enfoque versa principalmente sobre el proceso simbólico que se crea para el contenido psíquico del sujeto.

De acuerdo con esta orientación, la enfermedad somática es comprendida como una forma de significación inconsciente. En "Esquema del Psicoanálisis" [1923-24], Freud declara que la condición de conciencia no es la esencia de lo psíquico, sino la parte inconsciente es lo que constituye "lo psíquico en sí". La conciencia se basa en conjuntos coherentes de representaciones que se vinculan entre sí, sin embargo, suele haber elementos que para la conciencia no poseen coherencia y que, al contrario, son vistos como algo absurdo (actos fallidos, lapsus, sueños, síntomas somáticos). Estos elementos emergen del contenido inconsciente que por efecto de la represión no pueden salir a la conciencia como tal. Así, las enfermedades psicósomáticas constituyen un lenguaje distorsionado de lo que Freud llama "lo psíquico genuino" [Chiozza, 1983], quedando el concepto psicoanalítico de inconsciente ligado al problema de la interrelación mente-alma.

El afecto es un proceso que participa de las características del signo y símbolo [Chiozza, 1983]. Como indicador de presencia (signo) es parte de un suceso real, somático que expresa una descarga motora momentánea que afecta al yo [Freud, 1915]. Como representante de una ausencia (símbolo) constituye un fenómeno ideal (psíquico), es un "monumento conmemorativo" que alude a una reminiscencia inconsciente [Freud, 1895]. De este modo, desde la teoría psicoanalítica, el afecto es "psicósomático" ya que, al participar de ambas categorías (reminiscencia y descarga actual) hace desaparecer la postulación de psique y soma como algo separado [Chiozza, 1983].

En la neurosis, lo esencial es el desplazamiento del afecto sobre otra representación, mientras que en la psicosis el afecto displacentero se sustituye por uno placentero mediante la pérdida del juicio de realidad. No obstante el afecto permanece inamovible. En cambio, en la enfermedad somática se produce una desestructuración de la "clave de inervación" de ese afecto, sobreinvistiéndose una de las vías en detrimento de las otras. De este modo, ese afecto surge a la conciencia como algo irreconocible, y se consume la labor de la represión [Chiozza, 1986].

Por otro lado, dentro de la escuela psicoanalítica francesa, el trabajo de Pierre Marty se extiende a lo largo de 45 años de investigación, valiéndose de dos dispositivos metodológicos: La investigación psicósomática y el cuerpo conceptual del psicoanálisis [Tenorio, 1998].

La primera noción elaborada en su teoría es la *insuficiencia de los mecanismos neuróticos*, término que más tarde nombraría como *fallas en la mentalización*.

Con *mentalización* se refiere a aquellos aspectos que conciernen a la cantidad y a la calidad de las representaciones psíquicas, las cuales constituyen la base de la vida mental de cada uno de nosotros. De ellas se desprenden lo que son fantasías o sueños, así como la asociación de ideas, la reflexión y los pensamientos. Las representaciones consisten en la evocación de las primeras percepciones que se han inscripto y que dejan huellas mnémicas (en ambos procesos éstas se acompañan de tonalidades afectivas), y es el preconscious en donde se dan estas representaciones y en donde se establecen ligaduras entre ellas. Aquí se reconocen dos tipos: las representaciones de cosas que son de orden sensorio-motor y las representaciones de palabras que se producen a partir del intercambio lingüístico con los otros, pero que de primera instancia también fueron de

carácter sensorial. Estas últimas son la base de la asociación de ideas [Tenorio, 1998].

Por lo tanto las fallas en la mentalización, se refiere a una insuficiencia en la cantidad y en la calidad de dichas representaciones, en específico de representaciones palabra, así como, de asociaciones entre ellas, sea por fallas congénitas en el funcionamiento sensoriomotor, por deficiencias en la madre, o por una desarmonía en el acompañante afectivo del trato de la madre al hijo. También se incluyen las indisponibilidades de las representaciones como consecuencia de la represión a la evocación de éstas [Tenorio, 1998].

Esto nos lleva a la segunda noción denominada "defensa somática", la cual está ligada a fenómenos regresivos de defensa y que se instaura en sustitución de tales mecanismos neuróticos haciéndolos, también, inoperantes [Tenorio, 1998].

La tercera noción se refiere a la de la energética común que apunta a que la energía que inviste a las funciones somáticas es de la misma naturaleza que de las defensas neuróticas, o sea, libidinal [Tenorio, 1998].

Para la década de los sesenta, Marty junto con M' Uzan y David, establecen el llamado *identikit* del paciente somático, el cual ofrece la primera descripción de una serie de rasgos: falta en la expresión afectiva, ausencia de capacidad fantasmática, un pensamiento calificado de operatorio por su falta de ligaduras con sus fuentes inconscientes y una reduplicación proyectiva, en donde el sujeto desconoce su propia singularidad y la del otro, a quien le atribuye el mismo sistema de valores operatorios que el propio [Tenorio, 1998].

Los autores ponen el acento en la noción de *degradación de la libido* tanto narcisista como objetal, o aún de *descualificación libidinal* de la energía psíquica, dejando paso a fuerzas autodestructivas en el soma. Así, sin la

contrafuerza libidinal el paso queda libre para la pulsión de muerte, ya sea vía la depresión esencial, en la cual hay una baja en el tono libidinal en donde lo que se debe de buscar es lo que falta: falta de deseos, falta de interés en la vida afectiva o falta de simbolismo y metáfora en el discurso, o la desorganización progresiva.

Con respecto a esto, se puede explicar que la organización individual obedece a un programa que va de acuerdo a la evolución de la especie, a factores étnicos y a factores propios como los genéticos y hereditarios, en donde la función organizadora de la madre es fundamental. El desarrollo individual parte globalmente de lo somático a lo psíquico, siendo la organización psíquica la cumbre de la jerarquía funcional. Asimismo, las desorganizaciones progresivas son ocasionadas por las disociaciones y anarquizaciones funcionales progresivas, siguiendo el camino a la inversa: de lo psíquico a lo somático. Esto ocurre cuando el monto de excitaciones es excesivo para un sistema funcional, el cual no tiene posibilidad de elaboración psíquica por la ya explicada mala mentalización, ni de descarga vía el comportamiento, como actividades sublimatorias. Es entonces cuando comienzan a desorganizarse las áreas más evolucionadas de nuestro aparato mental para después irse a estratos instaurados anteriormente, hasta llegar a los sistemas funcionales somáticos. Las desorganizaciones progresivas se diferencian de las regresiones, en que estas últimas son de carácter global, limitadas en el tiempo y siempre ricas en cuanto al poder libidinal de restauración. Sin embargo estas desorganizaciones, gracias a las fijaciones, se apoyan en las regresiones para reorganizar el desarrollo de individuo [Tenorio, 1998].

### **3.4 ALGUNAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS**

Las enfermedades psicosomáticas, o como actualmente se les conoce, los trastornos psicofisiológicos, son asistidos comúnmente en hospitales de segundo nivel, a continuación se expondrán los trastornos que se consideran como los más típicos dentro de esta característica y que encuentran con más frecuencia en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, lugar donde se realizó esta investigación.

#### **3.4.1 TRASTORNOS RESPIRATORIOS**

El aparato respiratorio va a responder de distinta forma, dependiendo del estado emocional. Así las personas ansiosas manifiestan una respiración corta y rápida, mientras que los individuos deprimidos presentan una respiración profunda y fatigosa, entrecortada por llantos y suspiros. Se distingue aquí el asma en el que los factores psicosociales están involucrados claramente.

#### **ASMA BRONQUIAL**

En la fisiopatología del asma bronquial intervienen en forma variable según el caso, los siguientes elementos:

1. Espasmo de los músculos de los bronquios y los bronquiólos.
2. Edema de la pared de las mismas estructuras.
3. Modificaciones en la cantidad, composición y viscosidad de la secreción bronquial.

El asma es una enfermedad episódica, con exacerbaciones agudas que alternan con periodos libres de síntomas. La mayoría de los ataques son de corta duración y después de ellos la recuperación clínica suele ser completa.

El paciente puede estar asintomático por años o presentar periodos en los cuales experimenta algún grado de disnea. La progresión de la crisis a un estado de más gravedad puede producirse con importantes alteraciones hemodinámicas de los gases respiratorios, severa obstrucción al flujo y otras manifestaciones.

La crisis asmática puede tener serias complicaciones, entre estas la más importante es el llamado "estado de mal asmático (*status asthmaticus*)", ataque severo refractario a la medicación broncodilatadora que constituye una amenaza para la vida y que va acompañado de gran ansiedad, síntomas neurológicos, disnea severa, fatiga física, etc. Se llega al *status asthmaticus* por múltiples causas, entre ellas el uso inadecuado de drogas, principalmente de los aerosoles simpatomiméticos, aplicación de sedantes, presencia de infecciones, trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido básico.

Clásicamente se diferencian dos tipos de asma:

- Asma extrínseca, cuya patogenia se basa en una reacción inmunitaria desencadenada por un antígeno que interacciona con una Ig E, dando lugar a la liberación de sustancias (responsables de la reacción bronquial) liberadas por los mastocitos. Se desarrolla sobre todo en niños que tienen antecedentes alérgicos (urticaria, rinitis, eczema).
- Asma intrínseco o idiosincrásico, no relacionado en su patogenia con las Ig E. Se presenta sobre todo en personas mayores de 40 años, sin antecedentes alérgicos. Se desencadena a raíz de una infección viral, ingesta de fármacos (AAS, indometacina) o contaminantes ambientales.

En cuanto a la etiología se manejan básicamente dos modelos: el primero derivado de la teoría inmunológica que plantea la acción de mediadores químicos, los cuales hacen que al entrar un antígeno en forma inhalada en un

paciente sensibilizado, aumenta la permeabilidad de la capa epitelial y llega hasta los mastocitos submucosos, provocando que su acción se intensifique liberándose histamina.

La histamina actúa directamente sobre el músculo liso causando broncoconstricción y estimulando los receptores vagales sub-epiteliales que inician el reflejo colinérgico broncoconstrictor.

Por otro lado tenemos la teoría neurogénica, concretamente en el mecanismo del beta bloqueo planteado por Szentivanyi en 1968, la cual plantea que la acción de los receptores beta es broncodilatadora y los receptores alfa adrenérgicos del músculo liso bronquial, provocan broncoconstricción.

En condiciones normales los estímulos beta y alfa ocurren simultáneamente. En condiciones patológicas se produce un desajuste debido a la disminución de los receptores beta en el músculo liso y los mastocitos, la cual resulta en un desbalance autónomo con predominio de acciones colinérgicas y por tanto la hiperreactividad bronquial con broncoespasmo como respuesta.

Los estudios epidemiológicos sobre factores psicosociales implicados en la etiopatogenia del asma, fueron iniciados por Wess y cols. (Knapp P. H., 1975). Este aspecto se ha estudiado mucho en niños, donde se ha demostrado que la aparición de un ataque de asma está relacionado con situaciones de estrés emocional. La hospitalización y otras situaciones en las que el niño sufre el temor por la separación de la madre, el nacimiento de un hermano, frente al que el niño desarrolla un sentimiento de celos, un ambiente familiar desestructurado o inestable influyen de tal manera que en esta última situación, por ejemplo, un importante porcentaje de casos mejoran si son separados del ambiente familiar, resistiéndose sin embargo al tratamiento farmacológico.

Se ha observado, también, que los niños que viven en ambiente desfavorables, la mejoría clínica esta asociada con una mayor capacidad de afrontar situaciones conflictivas. Bustos y Bracamonte [1981] definen el asma del fin de semana, observándose en niños cuyo padre está presente en casa sólo los fines de semana, favoreciéndose, así, en este periodo las situaciones conflictivas, que darían lugar a los ataques de disnea.

No se ha definido un perfil psicológico específico de los pacientes asmáticos, pero se aprecia que un gran número de niños con este problema presentan una necesidad exagerada de ser protegidos, desarrollando actitudes de dependencia frente a la madre, junto a un temor desproporcionado a separarse de la figura materna.

No obstante, aunque los factores psicosociales están implicados en la patogenia del asma, en un 70% de los casos, un bajo porcentaje tiene desencadenantes puramente emocionales. Recientemente, se ha visto que los pacientes asmáticos que tienen una psicopatogenia de base, un entorno familiar conflictivo, o que han sufrido la pérdida de alguna figura familiar representativa, tienen un curso más desfavorable del cuadro [Mascia, Frank, Berkman, Stern, Lamp, Davies, Yeager, Birmaher y Chieco, 1989].

Podemos decir que desde el punto de vista psicodinámico la respiración representa una especie de testigo fisiológico de la autonomía, ya que la primera necesidad que acarrea la separación del niño del organismo materno, es la respiración, y por tanto, el aumento masivo de la descarga fisiológica por medio de esta función prefiguraría el estado de angustia, o por lo menos su raíz fisiológica. A este respecto Freud incluye el asma dentro del grupo de organoneurosis y el síntoma como equivalente de llanto no expresado con una conexión entre angustia y problema respiratorio explicando la angustia básica como un mecanismo de defensa del organismo ante situaciones percibidas como peligrosas.

Otto Rank dentro de su teoría del trauma del nacimiento, incluye al asma como un equivalente de angustia y ésta como resultante de la separación del niño del organismo materno.

Fenichel [1964, cit. por Blanco, 1989] describe el asma dentro del grupo de las neurosis de conversión pregenital, un conflicto entre el self y los pulmones (entre él y los otros) como un problema de conversión clásica. El ataque asmático sería un equivalente de angustia, un grito en procura de ayuda dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar con en fin de estar permanentemente protegido.

### 3.4.2 TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

La influencia de las emociones en el sistema cardiovascular es conocida desde épocas remotas. El sistema límbico es el eslabón entre los estímulos psicológicos y las respuestas del organismo, incluyendo cambios cardiocirculatorios: cambios en la tensión arterial, en la frecuencia cardiaca, en la concentración de lípidos séricos, etc. Se ha estudiado el papel que desempeña el estrés en la elevación de la tensión arterial y de la frecuencia del pulso en sujetos normales.

Los cambios fisiológicos que ocurren en los estados emocionales preparan al organismo para el enfrentamiento o para la huida. Puede decirse que la supervivencia de los animales y del hombre primitivo hubiera sido imposible sin un buen funcionamiento muscular, el cual requiere que los músculos reciban una circulación eficaz. El miedo, la expectación ansiosa, la disposición a la agresividad, etc., tienen como función biológica primaria preparar al organismo para enfrentar contingencias. Esta preparación implica cambios musculares y cardiovasculares. El hombre civilizado confronta problemas que le suscitan angustia y hostilidad que no puede resolver mediante la acción de

sus músculos. Puede decirse que muchos de los cambios fisiológicos, viscerales y musculares no ayudan al hombre a resolver problemas que son inherentes a la vida moderna. Este hecho tiene la mayor importancia en diversos padecimientos cardiocirculatorios.

El corazón es un músculo estriado que funciona como bomba para la irrigación sanguínea de todo el cuerpo. Está compuesto de cuatro cavidades llamadas ventrículos izquierdo y derecho y aurículas derecha e izquierda. El miocardio es la parte muscular más gruesa de la pared del corazón, está compuesto por fibras musculares cuyo sistema es contráctil y se haya situado debajo del pericardio, el cual, es un saco seroso que encierra al corazón. La parte más interna del músculo se denomina endocardio, que es un recubrimiento de las cavidades internas formado de endotelio y tejido conjuntivo elástico. Las arterias coronarias, izquierda y derecha, constituyen la fuente principal de irrigación sanguínea al músculo cardíaco [Ham & Leeson 1963]. La cardiopatía isquémica implicaría una afección aguda secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio originada por la disminución en el diámetro de las arterias coronarias. Esto puede tener un origen orgánico fijo y/o de origen funcional transitorio (espasmo) [Rodes, Guardia y Arroyo 1993]. A pesar de los avances en los tratamientos y en la reducción de factores de riesgo y el declive de la mortalidad durante los últimos 20 años, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo en gran proporción la mayor causa de muerte entre los hombres de alrededor de 40 años y las mujeres de más de 65 años.

## ENFERMEDAD CORONARIA

La enfermedad coronaria comprende desde la asintomatología y varios cuadros clínicos que se extienden hasta la oclusión arterial y desarrollo de infarto. Entre ambos extremos está la angina de pecho con sus dos variedades: estable e inestable [Espino 1990].

Carral [1964] define la angina de pecho como un dolor precordial frecuentemente irradiado al brazo izquierdo, cuello y mandíbula del mismo lado de tipo constrictivo que se desencadena por el esfuerzo y que es frecuentemente acompañado por angustia. Las crisis anginosas son de corta duración y por lo tanto pasajeras. Generalmente duran de 3 a 5 min. , aunque pueden llegar a ser tan fugaces que su duración sea de sólo unos segundos, o tan duraderas que persistan cerca de una hora. El dolor anginoso sobreviene casi siempre en circunstancias que obligan a efectuar al miocardio un mayor trabajo. El músculo estriado pobremente irrigado, a consecuencia de alguna alteración de las paredes de los vasos que lo nutren (formación de placa aterosclerótica), puede dar origen a un dolor cuando se le obliga a un mayor trabajo. En ocasiones es alguna emoción la causa que aparentemente desata la crisis dolorosa.

El infarto es la oclusión coronaria que se da por la obstrucción súbita y completa de una arteria coronaria que trae como consecuencia que la zona correspondiente del miocardio deje de recibir sangre, por lo que al cabo de poco tiempo se constituya un área de necrosis. Esa zona de infarto se caracteriza por constituir lesiones confluentes que forman una sola placa miocárdica. Es por ello que el infarto por oclusión se acompaña habitualmente por lesión subepicárdica, subendocárdica o transmural [Carral 1964].

Se han detectado como factores de riesgo la hipertensión, la hiperlipidemia, el tabaco, el sedentarismo, la alimentación y ciertos factores psicológicos, entre ellos el conocido patrón de conducta tipo A.

Friedman y Roseman [1959] iniciaron una serie de investigaciones orientadas a comprobar la preponderancia de un patrón específico de conducta en el desarrollo de las alteraciones vasculares. En 1964 diseñaron un instrumento de evaluación de conducta tipo A, consistente en una entrevista estructurada de 15 min. de duración, con el fin de identificar a aquellas personas con un alto riesgo de desarrollar enfermedades coronarias.

El patrón de conducta tipo A se caracteriza por un conjunto de componentes predominantes que se expresan en la vida cotidiana a través de una actitud febril, entrega al trabajo e incapacidad para el ocio, impaciencia, estar en desafío con la responsabilidad, afán excesivo de perfeccionismo, aprensividad, fáciles reacciones hostiles y dificultad para delegar funciones, con el fin de lograr un control y manejo alternativo del estrés. Esta forma de ser y actuar provocan una reacción negativa a nivel personal y familiar, tienen pocos amigos cercanos, utilizan menos tiempo para socializar, y tienen menos satisfacción en sus matrimonios. Rosenman y Friedman [1977], encontraron que este tipo de personas prefieren sacrificar el momento en espera de un gran futuro.

El patrón de conducta tipo A no es un miedo de ser, sino una manera consistente de actuar, un comportamiento inducido por valores culturales y pautas concretas de socialización. Estos principios sociales aprendidos son para Price [1982] la piedra angular de este modelo y están representados en un grupo de creencias específicas o ideas irracionales. Estas creencias se conforman por una evaluación que el individuo hace de las circunstancias, esta evaluación cognoscitiva dice Ellis [1980] se refiere a que la estimulación a mediante la cognición determina la emoción humana y modifica la respuesta.

Entre el hecho y la emoción media, la real o la ideal apreciación mental del individuo, sus propios pensamientos, dirigidos y controlados son los que crean ansiedad, mal humor, depresión, sentimientos de culpabilidad y rabia por uno mismo.

Harris y Hall [1984] comentan que ni la evaluación cognoscitiva ni la conducta tipo A, por sí solas son suficientes para desarrollar un daño coronario, ambos factores mediante la presencia de hostilidad y un estilo cognoscitivo de competitividad podrían ser determinantes para la salud física. Más que la conducta en sí son las creencias que acompañan a ésta las que determinan el estado de salud, creencias que se resumen en una visión negativa del mundo y de la gente.

La aparición del infarto es más frecuente en personas con enfermedad coronaria, y es habitual que cuando se inicia la sintomatología se produzca una reacción de negación sobretodo en pacientes con rasgos tipo A más intensos, con lo cual, se retrasa la solicitud de atención médica, lo que repercute en gran importancia dado que la mayoría de las muertes se producen en las primeras horas de postinfarto.

## 4: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

### 4.1 DEFINICION DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

La terapia racional emotiva (TRE) es una técnica terapéutica de corte cognoscitivo, sus orígenes se remontan a 1957, cuando se publica el primer libro de Albert Ellis ("How to live with a neurotic"), creador de esta terapia. Surge ante la discrepancia de Ellis por el método psicoanalítico, al cual califica como ineficiente por el descuido que implica en cuanto a las fuentes filosóficas de la perturbación, por su obsesión por el material histórico irrelevante y, por su carencia de métodos de cambios conductuales. Con el empleo de métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integral la TRE puede, por una parte, utilizarse, para ayudar a las personas a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas; y por otra, como una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de los actos contraproducente; Las dinámicas que se utilizan tienen la finalidad de mostrar a los sujetos cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Plantea la hipótesis de que no existe nada superhumano, ya que esta creencia en lo superhumano favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales.

La TRE ayuda a la gente a aceptar la realidad, incluyendo la propia, así como sobre sus pensamientos y sentimientos, rechazando la infundada evaluación adicional. No siempre es placentero aceptar la realidad, particularmente la terrible realidad, pero para poder ejercer un cambio hacia lo que nos agrada es necesario primero reconocer y aceptar.

La TRE se desarrolla a partir de dos concepciones filosóficas fundamentales:

- 1) La concepción respecto a la relación entre el pensamiento y la emoción, y
- 2) la relación respecto al valor de los seres humanos.

#### **4.2 RELACIÓN ENTRE EL PENSAMIENTO Y LA EMOCIÓN**

Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente [Ellis, 1986]. La TRE ha insistido en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado que los hechos, o mejor dicho, la forma en que percibimos éstos, interactúan en nuestra evaluación cognitiva, nuestras emociones y conductas.

Ellis (1980) señala que la emoción y el pensamiento no son procesos idénticos, pero tienen coincidencias significativas; ya que la emoción se considera como un tipo de pensamiento lleno de prejuicios y altamente evaluativo, por lo que es difícil separar las emociones del pensamiento.

Considera que la emoción es producto del pensamiento y está influenciada o determinada por experiencias o percepciones anteriores; es muy personalizada y a menudo la acompañan reacciones corporales importantes; induce al individuo a realizar la acción. Mientras que el pensamiento sería una forma de discriminación más tranquila, no tan personalizada, con menor implicación somática y no muy directiva de la actividad.

La filosofía de la TRE establece la premisa fundamental de que cada persona es responsable de su propia vida al creer y actuar según sus valores y creencias. La estimulación ambiental no es la que determina la emoción humana, sino las cogniciones que ocurren a partir de la estimulación; de esta manera, la emoción estaría estrechamente ligada al pensamiento, y si éste es más verbal, que gráfico, las emociones estarán determinadas por las cadenas verbales, es decir, por la forma en que la persona se habla a sí misma. La vida es una narrativa, una historia construida a partir de un intenso intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos [Goncalves, 1998]. Así, dice Ellis [1986] si el ser humano se habla en forma lógica, madura, racional, difícilmente experimentará emociones negativas; pero si, por el contrario, se habla a sí mismo en forma ilógica, autoderrotista e irracional, su infelicidad y perturbación emocional se acrecentará.

### **4.3 SOBRE EL VALOR DE LOS SERES HUMANOS**

De acuerdo con Ellis [1989] existe en el hombre la tendencia a evaluarse a sí mismo a partir de sus ejecuciones y sus conductas; pero lo que alguien hace y él, son cosas distintas; el hombre es valioso porque existe y nada de lo que haga en su vida hará que su valor como ser humano aumente o disminuya, porque su valor no depende de lo que haga sino simple y sencillamente de su condición de ser humano.

A partir de estas concepciones Ellis [1989] plantea que los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas, lo racional en la teoría de la TRE es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos; por el contrario, lo irracional es lo que los frena.

#### 4.4 MODELO ABC

Desde el punto de vista de la TRE, la concepción sobre la relación entre el pensamiento y la emoción se explica en forma muy sencilla a partir del modelo ABC. "A" simboliza el acontecimiento desencadenante o activador; "B" representa lo que cree, es la idea que se ha generado (en inglés Belief, por eso se representa con la B) y "C" denota las respuestas emocionales y comportamentales o las consecuencias que derivan de esas creencias particulares en "B".

La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, o a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta. Cree que la consecuencia emocional que experimenta en el punto C se debe al antecedente ambiental que ocurrió en el punto A.

En este tipo de personas ocurre lo que Lazarus y Fay llamaron el "error psicológico número 1", es decir, creen que la emoción humana tiene una causa externa; El error está en que entre A y C ocurre B, esto es, ocurren una serie de pensamientos, una serie de cosas que las personas dicen de sí mismas a partir de los antecedentes ambientales. La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados; tales distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica.

Una vez obtenidos los tres primeros elementos y aceptada la relación entre los elementos del esquema ABC, se continúa con los dos últimos pasos que son D y E.

El punto D consiste en varias clases de reestructuraciones cognitivas, en donde el paciente descubrirá, primero con la ayuda del terapeuta y luego por sí mismo, a detectar sus ideas irracionales para entonces discutir las y debatirlas. Por último viene la etapa E, en la que el paciente obtiene un nuevo enfoque

que lo capacite para pensar habitualmente de sí mismo de manera más lógica y realista.

#### 4.5 IDEAS RACIONALES E IRRACIONALES

Como se vió anteriormente se habla ya del pensar irracional, pero ¿cómo diferenciar entre una idea racional y una irracional?

Quien piensa racionalmente realiza en evaluaciones que son relativas, las cuales pueden ser experimentadas empíricamente como preferencias y deseos. Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo diferencial. Se expresan en la forma de "me gustaría", "quisiera", "no me gustaría", "preferiría", "desearía", etc. Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean. Estas creencias son racionales por dos aspectos: primero, porque son relativas y, segundo, porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos.

El modo de pensar irracional es la evaluación derivada de premisas no empíricas en estado de lenguaje abolístico. La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta, es decir, posee un locus de control externo: hace todo a partir de las exigencias de afuera, pero además todo esta autoexigencia es exagerada, pues siempre busca este reconocimiento externo. Las ideas irracionales se expresan en oraciones que contienen palabras como "debo de", "tengo que", "es mi obligación", etc. Estas palabras implican prescripciones incondicionales o demandas. Provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

Las creencias racionales e irracionales pueden ocurrir como respuesta a A, es decir, vemos aquí claramente la idea de Ellis de que no es el acontecimiento en sí lo que causa las respuestas emocionales, sino el valor que queremos darles, dependerá de cada uno el ver las cosas racional o irracionalmente.

#### **4.6 DOS TENDENCIAS BIOLÓGICAS BÁSICAS**

La TRE sostiene que los seres humanos tienden de manera natural (que interactúa con las condiciones ambientales) a tener pensamientos irracionales [Ellis, 1989]. Sin embargo, tienen una segunda tendencia biológica básica, que les permite ejercitar la capacidad de elección y trabajar contra el pensamiento irracional. Por eso, tienen:

1. La habilidad de darse cuenta de que se trastoran a sí mismos por su visión irracional de las situaciones.
2. La habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar sus pensamientos y
3. La habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar estos pensamientos, mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales.

#### **4.7 DOS PERTURBACIONES HUMANAS PRINCIPALES**

Todas las personas pueden hacer peticiones de carácter absoluto a sí mismas, a otras y al mundo; sin embargo, estas peticiones pueden caer en dos categorías principales de perturbaciones psíquicas:

#### 4.7.1 PERTURBACIONES DEL YO

Una persona se hace peticiones a sí misma, a otros y al mundo, pero si éstas no se satisfacen en un tiempo determinado la persona condena su "sí mismo". La autocondena incluye una "reprimenda" negativa a mi "self" y lo clasifica a como malo o infravalorado. La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación,, que implica negarse a dar una reprimenda al self y reconocer las fallas propias.

#### 4.7.2 PERTURBACIONES INCÓMODAS

La persona repite peticiones a sí misma, a otros y al mundo, pero se trata de peticiones dogmáticas que cree que le otorgan bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuestros objetivos y la felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata.

Para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano.

#### 4.8 DELIMITACIÓN DE LAS IDEAS IRRACIONALES

A lo largo del desarrollo de su teoría, Ellis(1962) concluye que en general existen 10 ideas irracionales:

- 1)Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.
- 2)La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.
- 3)Ciertas personas viles debieran ser castigadas.
- 4)Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
- 5)Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias.

6) Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.

7) Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.

8) Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.

9) El pasado tiene mucho que ver con la determinación del presente.

10) Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.

Pero en 1977 Ellis plantea cuatro formas básicas o generales de ideas irracionales, estas son:

**Demandas:** implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales. Son exigencias infantiles que se expresan en términos de "debe", "tiene que", "debía" o "tendría que". Por ejemplo: la gente debe ser de tal o cual manera, las cosas deben de salir de tal o cual forma.

**Catastrofización:** es el hecho de considerar que cuando las cosas no son como uno cree "debería" ser, entonces es catastrófico, es decir, se exageran las consecuencias de nuestra conducta o de los demás, esperando un desastre.

**La incapacidad personal:** se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir, cuando las cosas no "deberían" de ser de tal forma, se cae en la catastrofización.

**Condenas:** las condenas más frecuentes se dirigen hacia los demás o hacia uno mismo, lo que se hace constantemente es una evaluación de sí mismo y de los demás, cuando se compromete una evaluación, se enfoca típicamente en características específicas, conductas o efectos, evaluados de acuerdo a algún estándar o valor deseado.

Las ideas básicas no actúan en forma aislada, sino que lo hacen en forma dependiente unas de otras. En general, estas ideas surgen a partir de:

- 1) Hipergeneralización, es decir, a partir de un hecho aislado se hace una regla general y universal.
- 2) Razonamiento emocional, esto es, creemos que lo que sentimos es lo cierto.
- 3) Autoacusación. Nos culpamos permanentemente de cosas que no nos corresponden, es decir sentimos responsabilidad de todo.
- 4) Lectura de la mente. Sin que los demás digan nada nosotros sabemos lo que están sintiendo los demás y por que actúan como lo hacen tenemos el "don" de adivinar.
- 5) Personalización. Pensar que todo lo que las personas dicen o hacen es un tipo de reacción hacia uno mismo.
- 6) Ser extremista. Llevar las cosas a sus extremos en categorías de blanco o negro sin términos medios.

Algunos estudios sobre la teoría de la TRE incluyen también investigaciones cuyo instrumento son de ideas irracionales; así, algunos test para medir ideas irracionales derivadas de las concepciones de Ellis han demostrado tener una validez de constructo al ser correlacionados unos con otros [Martin et al., 1977]. Asimismo, tiene una validez cruzada al ser correlacionada de manera negativa con indicadores de poca conducta racional entre estudiantes de universidad [Ray, 1980]. Con un análisis factorial Mahoney [1997] establece el carácter unidimensional que posee la Escala de Creencias Irracionales de 11 ítems creada por Watson [1990] para medir este constructo en personas sin alteraciones psiquiátricas.

#### 4.9 INTERVENCIONES EN LA SALUD

Una forma de conceptualizar el desarrollo de la medicina conductual es considerar que "representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas no conectadas previamente" [Agras, 1982, cit. por Buela-Casal y Caballo, 1991]. Entre estas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales, las biomédicas y las especialidades médicas.

Desde el punto de vista de la medicina, un aspecto importante de este desarrollo es el resurgimiento del interés por saber cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos, así, nos situamos en la bien conocida y compleja área de los padecimientos psicosomáticos dentro de la medicina, donde Schwarz [1982 cit. por Buela-Casal y Caballo, 1991] señala que la complejidad de este campo radica en la variedad de variables implicadas y la complejidad de sus interacciones, por lo que en Psicología se requieren de modelos teóricos y estrategias de investigación sofisticados.

La filosofía de la TRE establece la premisa fundamental de que cada persona es responsable de su propia vida (y por tanto de su salud), al creer y actuar según sus valores y creencias. Ellis [1980] establece que es el pensamiento y no los factores externos los que propician la emoción, a menudo con implicaciones corporales importantes. A este respecto, Rother [1966 cit. por Folkman, 1984] habla acerca del locus de control interno y externo, estableciendo que el primero se refiere a que los eventos son contingentes de la conducta, y el segundo a que los eventos son consecuencias de la suerte, del destino o del poderío de otros. Estos dos tópicos, en esencia, son los que Ellis llama ideas racionales e irracionales.

Tyer [1983] determina que existe una fuerte relación entre las ideas irracionales y la sintomatología psiquiátrica; en específico, el trastorno ansioso y el depresivo que están fuertemente relacionados con ideas de desesperanza,

frustración y altas expectativas de uno mismo y una preocupación excesiva por posibles infortunios en el futuro [Jewmark, 1973; Nelson, 1977].

En un estudio reportado por Rubin, Walen y Ellis [1990], se trabajó con una muestra de pacientes con diabetes; Se organizaron sesiones de TRE, puesto que, al decir de los autores, el manejo de la diabetes puede estar afectado por estrés emocional ya que, el estrés tiene un efecto directo sobre el control glucémico e indirecto en las rutinas de autocuidado. Las técnicas utilizadas fueron: identificación de situaciones problemáticas relacionadas con la diabetes, aceptación de la realidad y rechazo de ideas irracionales. Los resultados mostraron la eficacia de la TRE para el logro de un mayor control y cuidado de la salud por parte de los pacientes estudiados.

Existen otras investigaciones al respecto que si bien no se derivan de las concepciones que engloba la TRE nuevos campos de estudio y posteriores intervenciones, como la de Christensen y cols. [1999], quienes mediante un instrumento para medir ideas irracionales asociadas a la salud aplicada en una población de sujetos sanos, encontraron que las distorsiones cognoscitivas relacionadas con la salud se asociaban con un débil locus de control interno en cuanto a creencias sobre la salud, una fuerte afectividad negativa y pobres patrones positivos de prácticas de cuidado de la salud. Asimismo encontraron que las distorsiones cognitivas relacionadas con la salud están altamente correlacionadas con la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos.

Derivado de lo anterior, es importante señalar que la contribución de medicina conductual puede ser extraordinaria, al bajar los costos de la medicina actual, sobre el cambio de conducta, previniendo que la gente llegue a estar (más) enferma o llegue a ser totalmente dependiente de la tecnología biomédica [Buéla- Casal y Caballo, 1991].

## 5: MÉTODO

### 5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de ideas irracionales en pacientes con enfermedades psicosomáticas?

### 5.2 OBJETIVOS

Conocer la validez y confiabilidad del Inventario de Ideas Irracionales derivado de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis.

Conocer los perfiles de ideas irracionales en pacientes con enfermedades consideradas psicosomáticas.

### 5.3 HIPÓTESIS

#### Conceptual:

1. Se encontrará un perfil común en aquellas ideas distorsionadas de evaluar la realidad en pacientes que presenten enfermedades catalogadas como psicosomáticas.
2. Las ideas distorsionadas de la realidad que presente el grupo de pacientes con padecimientos psicosomáticos diferirán de las que presenten los pacientes con enfermedades no psicosomáticas y de la población sin padecimiento.

#### Operacional:

1. Se encontrarán puntajes similares en el Inventario de Ideas irracionales en los pacientes con asma y enfermedades coronarias.

2. Se encontrarán diferencias significativas de ideas irracionales mediante los puntajes obtenidos en el Inventario de Ideas Irracionales entre el grupo de pacientes con padecimientos asmático y coronarios, el grupo de pacientes de ortopedia y maxilofacial y el grupo sin patología importante

#### 5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

##### Conceptual:

Las ideas irracionales son todas aquellas ideas distorsionadas de evaluar la realidad que entorpecen el funcionamiento adaptativo del hombre. Son ideas que se transmiten y mantienen por generaciones, son evaluaciones equívocas o disfuncionales acerca de los hechos externos [Ellis 1962].

Las enfermedades psicosomáticas son aquellas que se dan ante la incapacidad del individuo frente a la amenaza de un estrés percibido o imaginado. La emoción que de ello resulta se combina con una serie de respuestas vegetativas y hormonales que, a su vez, actúan sobre la función cerebral, y las respuestas psicológicas [Reiser, 1975].

##### Operacional:

Las ideas irracionales son las reflejadas en la puntuación obtenida en la Escala de Ideas Irracionales.

Las enfermedades psicosomáticas para los fines de este estudio son los padecimientos asmáticos y coronarios.

#### 5.5 CONTROL DE VARIABLES

Todos los pacientes fueron derechohabientes del ISSSTE, los cuales estuvieron hospitalizados o atendidos en consulta externa en el CMN 20 de Noviembre.

Quedaron excluidos aquellos pacientes que eran analfabetas, que tuvieron problemas perceptuales o en la comprensión. Así mismo, aquellos pacientes que tuvieron alguna otra enfermedad crónica además de las estudiadas por esta investigación.

## **5.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Ex post-facto, transeccional y descriptivo.

Fue un diseño ex post-facto ya que no hubo manipulación de variables sino solo la observación del fenómeno tal y como se dio en su contexto natural. Transeccional descriptivo porque el objetivo fue indagar la incidencia en que se manifestó la variable a medir en un solo momento.

## **5.7 TIPO DE MUESTRA**

Intencional y por cuota.

Fue una muestra intencional ya que los sujetos fueron elegidos de acuerdo con los requisitos de la investigación, y por cuota porque el total de sujetos requeridos fue seleccionado entre los servicios incluidos en el estudio.

## **5.8 SUJETOS**

Para la obtención de los niveles de confiabilidad y validez se eligieron 320 sujetos con un rango de edad de 25 – 65 años.

Posteriormente para la obtención de los perfiles se eligieron 120 sujetos entre 25 y 65 años de edad, cuyos padecimientos fueron asmático, coronario, ortopédico y maxilofacial, distribuidos homogéneamente en grupos de 30 cada uno.

## 5.9 INSTRUMENTOS (ver anexo)

CÉDULA SOCIODEMOGRÁFICA- abarca datos generales y padecimientos que se han tenido.

INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES – Está basado en las ideas irracionales que plantea Ellis en su teoría. Es una versión corta, creada en la FES Zaragoza de la escala de 100 ítems creada por Gardner Jones en 1969. Consta de 50 afirmaciones, cada una con 5 opciones de respuesta: desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, ni desacuerdo ni acuerdo, moderadamente en acuerdo y acuerdo, las cuales se distribuyen entre las 10 ideas irracionales que plantea Ellis, tal como ya se mencionaron en el capítulo anterior

Su validez y confiabilidad fueron obtenidas en esta investigación.

## 4.10 PROCEDIMIENTO

Para la primera fase del estudio que consiste en la validación, se les aplicó la escala a 320 sujetos que cumplieron los requisitos de edad antes descritos, además de una cédula sociodemográfica que incluyó datos básicos. La aplicación fue a población abierta.

Una vez obtenida la validación, se pasó a la segunda fase, la cual consistió en la obtención de los perfiles de ideas irracionales. Aquí se les aplicó la misma cédula sociodemográfica, incluyendo el tipo de padecimiento que presentaban, los cuales sirvieron para el posterior manejo de resultados. Inmediatamente después se les aplicó el Inventario de ideas irracionales de manera individual. Posteriormente se realizó la calificación de los inventarios y se hizo el análisis estadístico correspondiente.

Por último se analizaron los resultados y se obtuvieron las conclusiones.

## 6: RESULTADOS

### 6.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A continuación se describen los resultados encontrados, comenzando por la exposición de los datos generales propios de la población utilizada en la presente investigación.

#### POBLACIÓN TOTAL

| GRUPO            | TOTAL |
|------------------|-------|
| SIN PADECIMIENTO | 200   |
| ASMA             | 30    |
| ENF. CORONARIAS  | 30    |
| ORTOPEDIA        | 30    |
| MAXILOFACIAL     | 30    |
| TOTAL            | 320   |

Tabla 6.1.1

#### EDAD

| GRUPO            | MEDIA  | D S    |
|------------------|--------|--------|
| SIN PADECIMIENTO | 36.415 | 9.484  |
| ASMA             | 42.6   | 11.915 |
| ENF. CORONARIAS  | 54.167 | 8.2    |
| ORTOPEDIA        | 45.333 | 9.949  |
| MAXILOFACIAL     | 43.567 | 9.361  |

Tabla 6.1.2

Podemos observar que el grupo de enfermedades coronarias es el que tiene la media de edad mayor con un rango menor al de la población total. Mientras que, el grupo sin padecimiento tiene la media de edad más joven.

## SEXO

| GRUPO            | %MUJERES | %HOMBRES |
|------------------|----------|----------|
| SIN PADECIMIENTO | 50       | 50       |
| ASMA             | 76.7     | 23.3     |
| ENF. CORONARIAS  | 13.3     | 86.7     |
| ORTOPEDIA        | 83.3     | 16.7     |
| MAXILOFACIAL     | 76.7     | 23.3     |

Tabla 6.1.3

Dentro de las enfermedades psicosomáticas de la muestra estudiada, encontramos que las enfermedades coronarias se presentan mayormente en hombres mientras que el asma predomina en el sexo femenino. Por otro lado, dentro de la población total, el grupo de enfermedades coronarias es el que está compuesto en su mayoría por hombres mientras que el grupo de ortopedia está compuesto en su mayoría por mujeres.

## EDO. CIVIL

| GRUPO            | %SOL. | %CAS. | %DIV. | %VIUDO | %U. L. |
|------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| SIN PADECIMIENTO | 35    | 59.5  | 2.5   | 1      | 2      |
| ASMA             | 26.7  | 66.7  | 0     | 0      | 6.7    |
| ENF. CORONARIAS  | 3.3   | 90    | 0     | 3.3    | 3.3    |
| ORTOPEDIA        | 30    | 60    | 6.7   | 0      | 3.3    |
| MAXILOFACIAL     | 20    | 73.3  | 3.3   | 0      | 3.3    |

Tabla 6.1.4

Aquí observamos que dentro de la población total los sujetos casados son los que poseen el más alto porcentaje, siendo el grupo de enfermedades coronarias el que cuenta con el mayor porcentaje de esta categoría.

## ESCOLARIDAD

| GRUPO            | %PRIM. | %SEC. | %PREP. | %TEC. | %LIC. | %POST. |
|------------------|--------|-------|--------|-------|-------|--------|
| SIN PADECIMIENTO | 4      | 6     | 10.5   | 14.5  | 32.5  | 32.5   |
| ASMA             | 50     | 10    | 16.7   | 13.3  | 10    | 0      |
| ENF. CORONARIAS  | 30     | 6.7   | 6.7    | 3.3   | 50    | 3.3    |
| ORTOPEDIA        | 10     | 16.7  | 10     | 13.3  | 50    | 0      |
| MAXILOFACIAL     | 10     | 6.7   | 10     | 10    | 60    | 3.3    |

Tabla 6.1.5

Dentro de las enfermedades psicosomáticas, el que tiene mayor porcentaje de sujetos con estudios superiores es el grupo de enfermedades coronarias, mientras que el grupo de asma lo compone un alto porcentaje de sujetos con educación básica.

## OCUPACIÓN

| GRUPO            | %E.FED. | %P. IND. | %T. IND. | %COMER. | %HOG. | %PENS. |
|------------------|---------|----------|----------|---------|-------|--------|
| SIN PADECIMIENTO | 84      | 7        | 1.5      | 1       | 4     | 2.5    |
| ASMA             | 26.7    | 0        | 3.3      | 16.7    | 53.3  | 0      |
| ENF. CORONARIAS  | 56.7    | 10       | 6.7      | 10      | 0     | 16.7   |
| ORTOPEDIA        | 70      | 0        | 0        | 0       | 16.7  | 13.3   |
| MAXILOFACIAL     | 66.7    | 3.3      | 6.7      | 3.3     | 13.3  | 6.7    |

Tabla 6.1.6

Dentro de la población total los sujetos con empleos federales son los que ocupan el más alto porcentaje. Sin embargo, el grupo de asma está conformado en su mayoría por personas que se dedican a tareas del hogar. Por otro lado dentro de los porcentajes de sujetos pensionados, el más alto pertenece al grupo de enfermedades coronarias.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## 6.2 VALIDEZ

Se realizó un análisis de reactivos de acuerdo a la distribución de porcentajes de las opciones de respuesta, eliminando aquellos reactivos que obtuvieron más de un 40% en una opción. Con los reactivos que quedaron se realizó un análisis factorial por el método Alpha con rotación Varimax, obteniendo los siguientes factores cuyos reactivos conformantes tienen una carga factorial mayor de 0.30 y cuya varianza explicada es de 34.9.

### FACTOR 1: Causalidad externa

varianza explicada: 13

| REACTIVOS                                                                                              | CARGA FACTORIAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.                                          | 0.52            |
| 25. Yo causo mis propios estados de ánimo.                                                             | 0.32            |
| 31. Puedo estar tranquilo conmigo mismo aunque los demás no lo estén conmigo.                          | 0.44            |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas.                                                               | 0.38            |
| 41. Si le caigo mal a alguien el problema es suyo no mío.                                              | 0.31            |
| 45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así. | 0.58            |
| 48. Me gusta sostenerme en mis propios pies.                                                           | 0.78            |

Tabla 6.2.1

### FACTOR 2: La gente vil merece ser castigada.

varianza explicada: 7.7

| REACTIVOS                                             | CARGA FACTORIAL |
|-------------------------------------------------------|-----------------|
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa. | 0.57            |
| 9. El que nace para maceta del corredor no pasa.      | 0.39            |
| 23. Los que se equivocan merecen ser censurados.      | 0.71            |
| 33. La inmoralidad debe ser castigada fuertemente.    | 0.31            |

Tabla 6.2.2

**FACTOR 3: Reconocimiento externo****varianza explicada: 4.3**

| REACTIVOS                                                                | CARGA FACTORIAL |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Es muy importante para mí que otros me aprueben.                      | 0.46            |
| 8. Todo mundo necesita depender de alguien para pedirle ayuda o consejo. | 0.37            |
| 21. Quiero que todos me estimen.                                         | 0.57            |
| 38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.                    | 0.40            |

Tabla 6.2.3

**FACTOR 4: Evitación de problemas****varianza explicada: 3.7**

| REACTIVOS                                               | CARGA FACTORIAL |
|---------------------------------------------------------|-----------------|
| 7. Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes | 0.56            |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer.                     | 0.47            |
| 20. No hay solución perfecta para algo.                 | 0.39            |
| 27. Evito enfrentar mis problemas.                      | 0.30            |

Tabla 6.2.4

**FACTOR 5: Catastrofización****varianza explicada: 3.2**

| REACTIVOS                                                        | CARGA FACTORIAL |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 25. Yo causo mis propios estados de ánimo.                       | 0.33            |
| 26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones.                    | 0.54            |
| 34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan. | 0.61            |

Tabla 6.2.5

**FACTOR 6: Capacidad y competencia y todo****varianza explicada: 3**

| REACTIVOS                                                             | CARGA FACTORIAL |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 32. Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario. | 0.48            |
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo.              | 0.52            |
| 42. No es muy importante para mí tener mucho éxito en lo que hago.    | 0.53            |

Tabla 6.2.6

### 6.3 CONFIABILIDAD

Para obtener la consistencia interna de la escala se llevó a cabo un Alpha de Cronbach obteniendo los siguientes puntajes:

| FACTORES                           | ALPHA |
|------------------------------------|-------|
| 1. Causalidad externa              | 0.56  |
| 2. La gente vil debe ser castigada | 0.61  |
| 3. Reconocimiento externo          | 0.60  |
| 4. Evasión de los problemas.       | 0.56  |
| 5. Catastrofización.               | 0.55  |
| 6. Capacidad y competencia en todo | 0.50  |

Tabla 6.3.1

### 6.4 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Para comprobar la hipótesis que refiere que: "Las ideas distorsionadas de evaluar la realidad en pacientes que presentan enfermedades catalogadas como psicósomáticas diferirán de las que presentan los pacientes con enfermedades no psicósomáticas y de la población sin padecimiento", se utilizaron el análisis de varianza One-way y Bonferroni como prueba a posteriori. Los resultados que mostraron diferencias estadísticamente significativas fueron los siguientes:

| FACTOR | SIN PADECIM. (gpo.0) | PSICOSOM. (gpo.1) | NO PSICOSOM. (gpo.2) | F    | p   | DIF.       |
|--------|----------------------|-------------------|----------------------|------|-----|------------|
| 2      | 2.3288               | 2.9583            | 2.4333               | 9.31 | .00 | 1-0<br>1-2 |
| 3      | 2.8338               | 3.3167            | 3.0333               | 5.18 | .00 | 1-0        |
| 4      | 2.4500               | 2.9833            | 2.5500               | 7.02 | .00 | 1-0<br>1-2 |
| 5      | 3.3467               | 3.8667            | 3.5611               | 6.17 | .00 | 1-0        |
| 6      | 2.5917               | 2.9944            | 2.8667               | 4.29 | .01 | 1-0        |

Tabla 6.4.1

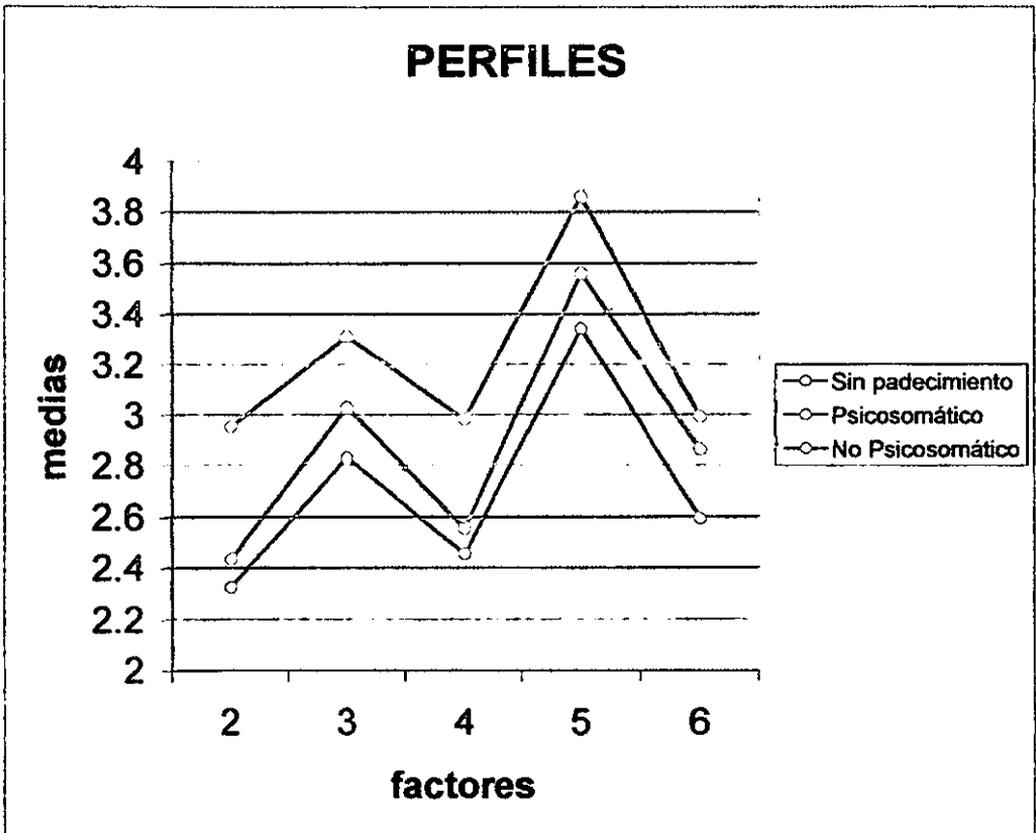


Gráfico 6.1

El grupo psicossomático obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con respecto a los grupos sin padecimiento y no psicossomático en los factores "La gente vil debe ser castigada" y "evasión de problemas". Asimismo, difiere de manera significativa del grupo sin padecimiento en las ideas referentes a la necesidad de reconocimiento externo, catastrofización y ser capaz y competente en todo.

Además de obtener los resultados planteados en los objetivos, también se obtuvieron diferencias entre padecimientos.

| FACT. | X<br>SIN PAD.<br>(gpo.0) | X<br>ASMA<br>(gpo.1) | X ENF.<br>CORONARIA<br>(gpo.2) | X<br>ORTOPED.<br>(gpo.3) | X<br>MAXILO.<br>(gpo.4) | F    | p   | DIF. |
|-------|--------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|------|-----|------|
| 1     | 3.8350                   | 3.5778               | 4.1222                         | 3.9389                   | 4.0444                  | 2.79 | .03 | 2-1  |
| 2     | 2.3288                   | 2.8583               | 3.0583                         | 2.5000                   | 2.3667                  | 4.86 | .00 | 2-0  |
| 4     | 2.4500                   | 3.0333               | 2.9333                         | 2.6000                   | 2.5000                  | 3.57 | .00 | 1-0  |
| 5     | 3.3467                   | 3.6667               | 4.0667                         | 3.6778                   | 3.4444                  | 3.87 | .00 | 2-0  |

Tabla 6.4.2

De acuerdo a la tabla, se encontró que la media del grupo de enfermedades coronarias es estadísticamente significativa en cuanto al factor denominado "Causalidad externa". Mientras que el grupo con asma obtuvo la media más baja.

En lo que se refiere al factor 2, "La gente vil merece ser castigada", el grupo de enfermedades coronarias obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo sin padecimiento, teniendo la media más alta.

En cuanto al factor 4 que trata sobre la tendencia a evadir los problemas, el grupo de asma obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con respecto al grupo sin padecimiento, siendo la media del grupo de asma la más alta.

La diferencia del grupo de enfermedades coronarias fue estadísticamente significativa con respecto al grupo 0, siendo su media la más acentuada en cuanto al factor 5 denominado "Catastrofización".

Para comprobar la hipótesis que establece que: "Se encontrará un perfil común de aquellas ideas distorsionadas de la realidad en pacientes que presentes enfermedades catalogadas como psicósomáticas", se realizó un Análisis de Discriminantes entre los tres grupos. A continuación se exponen los resultados obtenidos:

| FUNC. | EIGEN VALUE | %ABS. | % ACUM. | CORR. CANON. | LAMBDA  | CHI CUAD. | DF | SIG. |
|-------|-------------|-------|---------|--------------|---------|-----------|----|------|
| 1     | .0827       | 97.92 | 97.92   | .2763        | .922021 | 25.696    | 4  | .00  |
| 2     | .0018       | 2.08  | 100     | .0419        | .998247 | .555      | 1  | .46  |

Tabla 6.4.3

En esta tabla podemos observar que la primer función del análisis es significativa

| FACTORES                           | LAMBDA | SIG.  | D2     | SIG   |
|------------------------------------|--------|-------|--------|-------|
| 5. Catastrofización                | .96252 | .0023 | .04395 | .1554 |
| 2. La gente vil debe ser castigada | .92202 | .0000 | .04897 | .3255 |

Tabla 6.4.4

En esta tabla podemos observar que el factor 5 y 2 se encuentran como las ideas características del perfil de ideas irracionales.

## COEFICIENTES ESTANDARIZADOS

| GRUPO              | NO. DE CASOS | 0            | 1           | 2           |
|--------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Sin padecimiento 0 | 200<br>100   | 105<br>52.5% | 47<br>23.5% | 48<br>24%   |
| Psicosomático 1    | 60<br>100    | 8<br>13.3%   | 37<br>61.7% | 15<br>25%   |
| No psicosomático 2 | 60<br>100    | 18<br>30%    | 22<br>36.7% | 20<br>33.3% |

Se obtiene un 50.6% de predicción de pertenencia al grupo

Tabla 6.4.5

Como se puede observar en la tabla , se obtuvo un 50. 6% de pertenencia al grupo, siendo mayor el porcentaje para el grupo de pacientes psicosomáticos con un 61.7%.

## 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 7.1 DISCUSIÓN

Los resultados arrojados por el análisis estadístico reflejaron una validez y un nivel de confiabilidad suficientes. La escala quedó constituida con 24 reactivos de los 50 que contiene la escala original, distribuyéndose en 6 factores de manera diferente a como Gardner Jones los planteó. Pensamos que esto se deba a que los reactivos que conforman la escala no están estructurados de acuerdo a las características culturales de la población mexicana.

En cuanto a la obtención de perfiles de ideas irracionales, no obtuvimos resultados tan consistentes como deseábamos, pero a pesar de ello, los resultados arrojaron datos interesantes que vale la pena exponer y que puedan servir para nuevas investigaciones sobre este tema.

El grupo de padecimientos psicósomáticos en este estudio se caracterizó por tener las ideas irracionales denominadas "catastrofización" y "la gente vil merece ser castigada", pero que sin embargo no resultaron con una alta predictibilidad de ser características permanentes de las personas con enfermedades psicósomáticas. Hubo otros factores que también resultaron propios de este perfil pero que sin embargo no alcanzaron la significancia necesaria, aún así, también se mencionan: el deber ser capaz y competente en todo, la necesidad de reconocimiento externo, la preferencia a evitar los problemas que hacerles frente.

Estos resultados coinciden, con relación a la tendencia a la catastrofización, con lo señalado por Barsky [1998] quien determinó que hay ciertas características o estilos constantes que predisponen a la somatización, a las cuales llamó estilo cognitivo. Dentro de estas características incluye como muy importante la tendencia a la catastrofización, en la cual el individuo le otorga

a sus sensaciones corporales las interpretaciones más ominosas y alarmantes posibles

De acuerdo a la TRE, esto nos hablaría de un modo de pensar irracional, en donde la persona tenderá a considerar que cuando las cosas no son como cree que "deberían" ser, entonces es catastrófico, es decir, exageran las consecuencias de la propia conducta o la de los demás, esperando un desastre. Así, de acuerdo con la TRE esta tendencia a la catastrofización no se limita nada más en cuanto al cuerpo, sino que se expande a las situaciones de la vida en general. Cabe recordar que las ideas irracionales se expresan en oraciones que contienen palabras como "debo de", "tengo que", "es mi obligación", etc., las cuales implican prescripciones incondicionales o peticiones dogmáticas que de no ser cumplidas conllevan a consecuencias catastróficas para el individuo.

La TRE sostiene que la razón principal por la que las gentes perpetúan sus problemas psicológicos es por su baja tolerancia a la frustración, es decir, el no soportar ni aceptar que las cosas y las personas no siempre son como se quiere que sean, lo cual está relacionado con tendencias a pensamientos catastróficos [Cuevas y Navarro, 1996]. Según la TRE, esto trae como consecuencia sentimientos de negatividad y que de acuerdo con Barsky [1998] esto es una de las características de personalidad predisponente para el desarrollo de sintomatología somática.

Así, esta intolerancia al hecho de que ni las situaciones ni las personas no siempre son como se quiere que sean, nos lleva a otra de las ideas irracionales que obtuvo el grupo psicósomático: "La gente vil debe ser castigada". Esto nos deja ver nuevamente el no poder tolerar que la gente cometa actos que no están de acuerdo con lo que se cree es correcto. De acuerdo con Cuber, Harper y Kenkel [1956, citados por Ellis, 1980], existe una antigua aceptación no racional de posiciones de valor, las cuales son defendidas de manera

dogmática sin ser cuestionadas, sino solo asumidas. La Barre [1955, citado por Ellis, 1980] observa que en nuestra sociedad el niño aprende a ser un "pensador correcto" antes de aprender a pensar, en otras palabras existen dictámenes sociales que nos indican lo que es correcto sin la posibilidad de actuar o pensar de otra manera, ya que de suceder así se incurriría en un grave error.

Otra de las ideas irracionales características del grupo psicossomático de esta investigación, la idea de que para considerarse a uno mismo valioso "se debe" ser muy competente suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.

Aunque el tener éxito de forma razonable y el conseguirlo tiene distintas ventajas (en particular en nuestra sociedad), la energía necesaria para conseguirlo normalmente genera tensión excesiva y fuerza a uno mismo más allá de sus propias posibilidades físicas, con la aparición consecuente de distintas variedades de enfermedades psicossomáticas [Ellis, 1980].

El individuo que tiene "la obligación" de obtener un éxito clamoroso no sólo está desafiándose a sí mismo para comprobar su propio poder, sino que invariablemente se está comparando con los demás y luchando por ser mejor, y de este modo, obtener reconocimiento del exterior, lo cual nos lleva a la otra idea irracional obtenida en esta investigación. Si bien es cierto que para un individuo es importante sentirse aceptado por su entorno social, el llevarlo a un grado extremo nos habla nuevamente de este dogma de estar siempre actuando dentro de lo correcto y lo esperado, lo cual lleva al individuo a niveles importantes de ansiedad [Loevinger, 1962; Stewart, 1962], desoyando daños fisiológicos al organismo, tal y como se señala en el capítulo primero

Por otra parte, hay personas que creen que deben evitar la incomodidad a toda costa, aunque esto las lleve a trabajar en contra de sentimientos que aunque incómodos son temporales y les ayudarían a conseguir sus metas a

largo plazo. Esto nos remite a la última idea irracional obtenida por el grupo psicósomático que trata acerca de la preferencia a evitar los problemas que hacerles frente. Estas personas etiquetan el trabajo terapéutico cognoscitivo como "demasiado doloroso", más que la misma perturbación psicológica que padecen. Prefieren su "cómoda incomodidad" que hacerle frente a la incomodidad de un cambio en el cual se invertiría cierto grado de ansiedad [Cuevas y Navarro, 1996].

Esto nos remite a lo que menciona la teoría como "la ansiedad de la ansiedad" que se basa en "no deber" ponerse ansioso, evitando la exposición a situaciones provocadoras de ansiedad. Por lo que perpetúa sus conflictos y restringe demasiado su vida para no experimentar ansiedad. De este modo se originan perturbaciones secundarias y hasta terciarias a partir de su perturbación original.

En consecuencia, nosotros consideramos entonces, que las personas con padecimientos psicósomáticos prefieren afianzarse a su enfermedad física antes que confrontar el conflicto subyacente, siendo su padecimiento el sustituto al cual le otorgaran ser el causante de su ansiedad, formándose un círculo vicioso de ansiedad-padecimiento-ansiedad y "aislando" así el conflicto que originalmente es el autor de dicho estado ansioso.

Es en este sentido, que la TRE está de acuerdo con la visión psicoanalítica cuando explica cómo las personas perpetúan sus problemas psicológicos, aplicando varios mecanismos de defensa cuya función es ayudar a negar o a minimizar la existencia de los problemas. Estas defensas se usan para preservar las tendencias de autocondena y así, las personas se denigran así mismas. Ellis afirma que, algunas veces las personas experimentan una especie de redención conciente por sus problemas psicológicos más que una evitación de la incomodidad. Estas redenciones sirven para perpetuar sus problemas [Ellis- Dryden, 1989]. Este planteamiento le ofrece otra perspectiva de las enfermedades psicósomáticas, al concebirlas también como una especie de

castigo por hechos que al paciente provocan vergüenza o culpa por no haber sido de acuerdo al "debería". Así, vemos que la enfermedad psicósomática constituye una opción con múltiples vías de resolución, en donde no sólo funge como la manera distorsionada bajo la cual se representa el conflicto original y la ansiedad concomitante, sino como un distractor del mismo al ser el motivo aparente por el cual el paciente tiene recurrentes estados de ansiedad y constituirse en un pretexto ideal para "ser incapaz" de realizar muchas cosas y como una manera de penitencia que el paciente siente que debe de realizar por aquello que considera como reprobable y sobre el cual se cierne el conflicto de origen.

Por otro lado, de manera específica también se obtuvieron los perfiles de cada una de las enfermedades psicósomáticas utilizadas en esta investigación, de este modo, tenemos primero a las enfermedades coronarias, que de acuerdo con los resultados salieron caracterizadas por las ideas concernientes a "causalidad externa", "la gente vil debe ser castigada" y "catastrofización".

La causalidad externa en este grupo nos habla acerca de que los pacientes cardiopatas no creen poder controlar ellos mismos su vida y su destino ni que los eventos puedan ser contingentes de su conducta, sino por el contrario, éstos están guiados por factores externos como la suerte o el azar, sin poder hacer nada para evitarlo. Las personas con esta idea irracional tenderán a culpar a los factores de afuera por lo que les pasa, es decir, poseen un locus de control externo, desplegando actividades y conductas a partir de las exigencias de fuera. Esto concuerda con lo hallado por Joya y Ortega [1992-93] quienes encontraron en una población de pacientes hipertensos, necesidad de control externo, monitorización paranoide y altos niveles de responsabilidad. En otra investigación posterior se encontraron características de pasividad, tendencia a locus de control externo,

incapacidad para resolver problemas, evitación y sumisión en pacientes de rehabilitación cardíaca [Quiroz, 2001].

Asimismo esta exigencia hacia los demás y hacia sí mismo nos lleva a las otras dos ideas irracionales que caracterizaron a este grupo que se refieren a la evaluación punitiva sobre los actos de otra gente considerados como erróneos y al fatalismo con que se ve el que las personas y las cosas no sean como se espera.

Así, Joya y Ortega [1992-93] en la investigación antes citada encontraron también ideas irracionales concernientes a evaluaciones punitivas y fatalismo.

Lo que se observa aquí es un modo de pensar rígido y con poca tolerancia hacia la diversidad de situaciones y de actos que pudieran ocurrir, impidiendo en cierta medida una mejor adaptación a su entorno y por consiguiente sometiendo al individuo a niveles importantes de estrés cuando lo que sucede no se ajusta a sus esquemas. Por otro lado, las extremas exigencias a los demás y a sí mismo de acuerdo a lo "que debe ser" elevan así mismo estos niveles de estrés, los cuales se han relacionado con el origen de múltiples enfermedades psicosomáticas.

Primeramente, además de que un alto porcentaje de este grupo lo ocupa el sexo masculino, también un alto porcentaje lo ocupan personas con estudios superiores y con empleos federales (que abarcan una gran cantidad de empleos). Esto quizá sea uno de los factores que nos dé razón de las evaluaciones de constante estrés, que si bien no sea precisamente por el gran número de actividades que deba realizar el individuo, si pueda deberse a la *gran cantidad de actividad mental que desempeñe para realizar y resolver problemas en su trabajo*. Friedman et al. [1987] y Rozanski et al. [1988] descubrieron que el estrés mental agudo puede precipitar una isquemia miocárdica silenciosa, cambios isquémicos en el ECG o síntomas de angina.

Por otro lado, Freeman y Roseman [1959] iniciaron una serie de investigaciones orientadas a comprobar la preponderancia de un patrón específico de conducta en el desarrollo de las alteraciones vasculares. El llamado patrón de conducta tipo A se caracteriza por un conjunto de componentes predominantes que se expresan en la vida cotidiana a través de una actitud febril, excesiva entrega al trabajo e incapacidad para el ocio, impaciencia, estar en desafío con la responsabilidad, afán extremo de perfeccionismo, competitividad, fáciles reacciones hostiles, aprensividad y dificultad para delegar funciones, con el fin de cumplir con las expectativas del exterior y así bajar sus niveles de ansiedad.

El patrón de conducta tipo A no es un modo de ser, sino una manera consistente de actuar, un comportamiento inducido por valores culturales y pautas concretas de socialización. Estos principios sociales aprendidos son para Price [1982] la piedra angular de este modelo y están representados en un grupo de creencias específicas o ideas irracionales las cuales según nuestro estudio, están relacionadas con evaluaciones punitivas y catastrofización. Su relación, consideramos, está en los ya mencionados "deber ser" y "tengo que", en donde si no se siguen estos dogmas resulta desastroso y con un inevitable castigo por el error cometido.

Hasta la fecha, los estudios más trascendentales acerca del factor psicológico predisponente a la cardiopatía isquémica son, como ya se mencionó, las referentes al patrón de conducta tipo A, pero en un intento de desglosar o explicar este factor de riesgo se plantea el proceso de afrontamiento.

La idea de entrelazar el afrontamiento con las coronopatías no se refiere al como afronta la persona dicha enfermedad, sino al cual o cuales han sido las

formas de afrontar los acontecimientos de la vida cotidiana que afectan de tal forma a la salud.

De este modo, a decir de Lazarus y Folkman [1991], una parte importante en cuanto a la necesidad de controlar las situaciones se determina a partir de la negociación de sus compromisos, estos se refieren a aquello que es importante para el individuo. Los compromisos afectan la decisión de alternativas, pues cuanto más profundo es el compromiso contraído mayor es la posibilidad de amenaza y desafío.

En este sentido el paciente cardiópata tiende a sentirse altamente comprometido con lo que hace y de acuerdo a nuestros resultados, en donde una de las características es la causalidad externa, el paciente se ve orillado a manejar niveles importantes de estrés ya que se siente incapaz de negociar y encontrar otras vías de solución de problemas.

Aquí se presenta otro aspecto importante de las enfermedades psicosomáticas. La manera en que se perpetúan no nada más estriba en el conflicto subyacente que les dio origen, sino en la ansiedad que les provoca padecer dicha enfermedad. En el caso del paciente cardiópata esta ansiedad es manejada con mecanismos de evitación y minimización del problema. En nuestros resultados si bien no salieron con una diferencia significativa en el factor de "evitación del problema", si obtuvo el puntaje más alto, sólo después del grupo de asma. Esto nos habla de la presencia de esta idea irracional aunque no de manera característica en el grupo. De acuerdo a esto, Carrillo en 1996 realizó una investigación sobre estilos de afrontamiento entre pacientes cardiopatas, hallando minimización del problema, evitación y distanciamiento como procesos cognoscitivos para disminuir el grado de trastorno emocional entre pacientes infartados. Estos mecanismos quizá sirvan como herramientas para no sentir que no pueden responder "como debieran" a las exigencias de afuera. Además si prestamos atención esto

probablemente también tenga que ver con los roles de género asignados por la sociedad en donde el rol masculino tiene como características tener siempre el control de la situación, ser propositivo, ser quien protege y resuelve los problemas para salir adelante, así como, mostrar actitudes de autosuficiencia y fortaleza.

En lo que respecta al asma bronquial, este grupo se caracterizó por puntuar bajo de manera significativa en la idea referente a "causalidad externa" y obtener la mayor puntuación en el factor de "evitación de problemas".

Lo anterior ocasiona un conflicto serio en el paciente con asma, ya que, por un lado se asume como responsabilidad suya todo lo que le pase, restándole intervención a los factores externos, y por otro lado evade el enfrentar los problemas: Pensamos que quizá esto tengas que ver con el hecho de que el paciente asmático tenga que estar en constante vigilancia, cuidándose de no exponerse a factores que le puedan desencadenar el ataque, y aunque dichos factores sean parte la denominada "causalidad externa" por condicionamiento, como lo señala Blanco [1989], el paciente es "responsable" de cuidarse y no exponerse a situaciones que le puedan provocar una crisis por lo que prefieren ir limitando cada vez más su vida y evitando enfrentar problemas

Como mencionamos anteriormente, "la ansiedad de la ansiedad" implica evitar situaciones que provoquen dicho estado, y a su vez estar ansioso por la posibilidad de ponerse ansioso por lo que el paciente restringe cada vez más su vida, promoviendo entonces perturbaciones secundarias y hasta terciarias, así como, restricciones en su vida para evitar dicha ansiedad, manteniendo así la perturbación original irresoluta,

El paciente asmático, caracterizado por la evitación de problemas, en esta investigación, tiene a su enfermedad como perturbación secundaria y como

distractor de la original, además de pretexto para no enfrentar los problemas de la vida diaria pues la enfermedad "se lo impide".

Lo anterior se confirma con lo encontrado por Blanco (1989) al enumerar características conductuales de estos pacientes. Dicha investigación sugiere que los pacientes con asma muestran pensamientos de indefensión y desesperanza, compensados con ideas de omnipotencia: "a pesar de todo yo puedo"; pensamientos sobre dificultad para enfrentarse a la vida, sólo pagando el precio del ataque o la automedicación.

Según la teoría del afrontamiento de Lazarus, el paciente asmático tiene una relación con el ambiente que tiende a resultarle estresante por lo que su estilo de afrontamiento es el denominado "dirigido a la emoción", es decir, el paciente con asma no se enfoca a modificar la situación que le provoca problema sino al trastorno emocional que le produce dicha situación y la manera de controlarlo, lo cual, ayuda a que se evite el problema ante el cual se está

Blanco [1989] dentro de la descripción de características que realiza acerca de las personas con asma incluye a este respecto: poco desarrollo de la fantasía, por lo que la energía psíquica en lugar de explayarse en construcciones "fantasmáticas", esto es, en deseos, en sueños, etc., se recoge sobre sí misma y se emplea o consume en síntomas corporales. La dificultad para expresar verbalmente sensaciones y sentimientos, así como, dificultad en el proceso de simbolización.

Por su parte, varios teóricos de la corriente cognoscitivista, destacan la importancia de la imaginación y la fantasía como intermediarios para la modificación emocional, por lo que sus métodos imaginativos de terapia, constituyen una parte importante de su intervención (Ellis, 1981).

Esto último, cabe destacar, congenia con lo referido por Pierre Marty al referirse a la *mala mentalización*, concibiéndola como una insuficiencia en las representaciones, las cuales favorecen las fantasías, las asociaciones de ideas, los sueños y la capacidad simbólica. Esta mala mentalización la apunta como típica de los pacientes psicósomáticos ya que estos por lo general se muestran incapaces de realizar una elaboración psíquica, ante un traumatismo afectivo, produciéndose una desorganización progresiva de los estratos mentales más evolucionados, hasta llegar al de orden somático [Tenorio, 1998].

Suponemos que esta incapacidad tenga que ver con ciertas características sociodemográficas de nuestra población. Si prestamos atención un alto porcentaje de pacientes con asma son de bajo nivel escolar (nivel básico), lo cual nos refiere a una probable dificultad en el manejo verbal de lo que sienten, por lo tanto, a una incapacidad de simbolización, identificación y expresión verbal del conflicto original [Blanco, 1989].

Por último, en el Análisis de Discriminantes realizado por padecimientos psicósomáticos y no psicósomáticos se obtuvieron como constituyentes del perfil a las ideas de "catastrofización" y "la gente vil debe ser castigada", ésta última obtenida también en el Análisis de Discriminantes que se realizó por padecimientos. Esto resultados se confirman con la investigación de Barsky en 1998, antes citada, que habla acerca de las tendencias a la catastrofización como predisponentes para la somatización, así como, con la investigación de Cuber, Harper y Kenkel [1956] ya señalada también, que plantea una aceptación no racional de posiciones de valor moral, las cuales son defendidas de manera dogmática y que no permiten reflexión ni cuestionamiento alguno.

## 7.2 CONCLUSIONES

- El nivel de confiabilidad y validez de la escala fueron suficientes, quedando un banco de 24 reactivos distribuidos de manera diferente a la escala original, en 6 factores de los 10 que originalmente creó Albert Ellis en su teoría.
- Se obtuvo un perfil de ideas irracionales para el bloque de padecimientos psicosomáticos, el cual se caracteriza principalmente por: evaluaciones punitivas hacia la gente que comete errores y catastrofización.
- El porcentaje de predictibilidad de estos dos factores para conformarse como característica propia de las personas con enfermedades psicosomáticas es bajo.

## 7.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Es importante validar los instrumentos que se importan para las investigaciones realizadas en nuestro país, ya que de no ser así, los resultados obtenidos serían poco consistentes
- Realizar la validación de la escala completa de 100 reactivos, ya que este estudio fue sobre la versión corta de 50 ítems. Esto se debió a que la densidad de la muestra correspondiente a 100 reactivos hubiera dificultado la realización de la investigación.
- Rediseñar un banco de reactivos para la escala que vaya más de acuerdo a las características de la población ya que hay ítems que confundieron a los sujetos por su terminología como es el caso del reactivo 4, y por tener la característica de ser de "doble negación".
- Realizar este estudio tomando en cuenta más padecimientos del tipo psicosomático para obtener un perfil más consistente.

## REFERENCIAS

- Alaya I.** (1950). *Psiquis y soma*. Argentina: El Ateneo.
- Barsky A. J.** (1998). A comprehensive approach to the chronically somatizing patient. *Journal of Psychosomatic Research*. 45 (4) 301-306.
- Banco M. Del C.** (1989). *Asma Bronquial: una revisión y propuesta de programas de automanejo*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Tesis doctoral.
- Brown T. S. & Wallace P. M.** (1989). *Psicología de la Conducta*. México: Mc. Graw Hill.
- Buela – Casal G., Caballo V. E.** (1991) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Costos G. J. & Bracamonte E.** (1981). *Comportamiento y relaciones familiares en el niño con asma*. Alergología. Inmunopatología. Madrid.
- Farrel, R.** (1964). *Semiología cardiovascular*. México: Interamericana.
- Ferrillo, E.** (1996). *El proceso cognoscitivo utilizado por el paciente con antecedente de infarto al miocardio*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Tesis para la especialidad en Psiquiatría.
- Fish, T. F.** (1984) The irrational belief test: its relationship with cognitive-behavioral traits and depression. *J Clin. Psychology*. 40(6): 1399-405.
- Chiozza, L** (1983). "Reflexiones sin consenso. Los afectos". Chiozza CD ROM. In context: Buenos Aires, 1996.
- Chiozza, L.** (1986). *¿Por qué enfermamos?*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Christensen, A. J., Moran, P. J., Wiebe, J. S.** (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practice and medical regimen adherence. *Health Psychology*. 18(2): 169-176.
- Corsi C. M.** compiladora (1996). *Aproximaciones de las Neurociencias a la conducta*. Facultad de Psicología: México.
- Janet, D. N., Ofesto, M. M.**(1990). *Evaluación de los resultados de un programa de educación racional emotiva para madres de niños sordos*. México, Universidad

Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Tesis de licenciatura.

**De Arujo G., Van Arsdel P. O., Holmes T. H.** (1973). Life change, coping ability and chronic extrinsic asthma. *J Psychosomatic Res.* 17: 359-363.

**De la Fuente Ramón**(1992). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

**Delay, J.**(1964). *Introducción a la medicina*. España: Toray- Masson.

**Dong, Y. L., Hallberg, E. T., Haase, R. F.** (1979). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of age. *Journal of clinical psychology.* 35 (4): 754-756.

**Dunbar,F** (1950). *Diagnóstico y tratamiento psicossomático*. España: Publicaciones Médicas.

**Ellis, A.,Grieger,R.**(1981)*Manual de Terapia Racional Emotiva*, España: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.

**Ellis, A.** (1980) *Razón y Emoción en Psicoterapia* Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.

**Ellis, A., Abraham, E.** (1986). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax.

**Ellis, A.,Dryden,W.**(1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé de Brouwer.

**Espino, J.** (1990). *Introducción a la cardiología*. México: Méndez Otero-Méndez.

**Freeman LJ, Nixon PG, Sallabark P.** (1987). Psychological stress and silent myocardial ischemia. *Am Heart J.* 114:477-482.

**Freud, S.** (1895). *Estudios sobre la histeria*. Tomo I, en *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva

**Freud, S.** (1915). *Lo inconsciente*. Tomo II, en *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

**Freud, S.** (1923-1924). *Esquema del Psicoanálisis*. Tomo III, en *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

**Friedman, M., & Rosenman, R. H.** (1959) Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular finding. *Journal of the American medical Association,* 173. 1320-1325.

- Folkman, S.** (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46 (4), 839-852.
- Ganong W. F.** (1978). *Manual de Fisiología Médica*. Manual Moderno: México
- Greenspan F.** (1988). *Endocrinología básica y clínica*. México: Manual Moderno.
- Guyton, A.** (1992). *Tratado de fisiología médica*. México: Interamericana.
- Hernández S. R., Fernández C. C., Baptista L. P.** (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Crow Gill – Interamericana.
- Hutchinson, G.T., Peckman, J. A., Cheong, J., Nagoshi, C.** (1998). Irrational beliefs and behavioral misregulation in the role of alcohol abuse among college students. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 16 (1) 61- 75.
- Joya L. y Ortega R.** (1997). El proceso cognoscitivo en sujetos hipertensos. Presentado en el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría de Enlace, México.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A** (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Knapp P. H.** (1975). Psychosomatic aspects of bronchial asthma. *American Handbook of psychiatry*, Vol. IV. New York: Arieti
- Lazarus, R. S., & Folkman, S.** (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. (M. Zaplana, trad.). México: Martínez Roca.
- Mascia A., Frank S., Berkman A., Stern L., Lamp L., Davies M., Yeager T., Birmaher B. y Chieco E.** (1989). Mortality versus improvement in severe chronic asthma. Physiologic and Psychologic factors.
- Mahoney J. M.** (1997). Factor structure of Ellis' irrational beliefs in a nonclinical college population. *Psychological Reports*, 80: 511-514.
- Mahoney, J. M., Kaufman, D.** (1997). Need for cognition and irrational beliefs. *Psychological Reports*, 81: 685-690.
- Martín, L. M., Dolliver, R. H., Irvin, J. A.** (1977). A construct validity study of five measures of irrational beliefs. *Relational-Living*, 12 (1): 20-24.
- Neimeyer, R. A., Mahoney, J. M.** (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. España: Paidós.

- Nelson, R. E.** (1977). Irrational beliefs in depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 45 (6): 1190- 1191
- Newmark, Ch. S., Frerking, R. A., Cook, L.** (1973). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of psychopathology. *Journal of clinical psychology*. 29 (3): 300-302.
- Plutchik R., Williams M. H., Jerref I.** (1978). Emotions, personality and life stress in asthma. *J Psychosomatic Res.* 22. 425-431.
- Price, V.A.** (1982) *Type A behavior: a model for research and practice*. New York: Academic.
- Quiroz, T. F.**(2001). *Afrontamiento, ideas irracionales y terapia racional emotiva en pacientes cardiopatas*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Tesis para obtener la licenciatura en Psicología.
- Ray, J. B., Bak, J. S.** (1980). Comparison and cross-validation of Irrational Belief Test and the Rational Behavior Inventory. *Psychological Reports*. 46 (2): 541-542.
- Reeve J.** (1994). *Motivación y emoción*. España: Mc Craw Gill.
- Ridruejo, P., Medina, A. y Rubio, J. L.** (1996) *Psicología Médica*. España: Mc Craw Gill-Interamericana
- Rodes, J. Guardia, J. Y Arroyo, V.** (1993) *El manual de medicina*. Barcelona: Salvat.
- Rosenman & Friedman** (1977). Modifyng Type A behavior pattern. *Journal of psychosomatic Research*. 21. 323-331.
- Rozanski A, Bairey CN, Krantz DS, et al.** (1988) Mental Stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 318: 1005-1012.
- Rozenzweig M. R. & Leiman A. I.** (1992). *Psicología fisiológica*. España: Mc Craw Gill.
- Rubin R., Walen S., Ellis, A.** (1990) Living with diabetes. Special issue. Cognitive-behavior therapy with physically ill people. *Journal of Emotive and Cognitive Behavior Therapy*. 8 (1) 21-39.
- Sharma S., Nandkurma V.K.** (1980). Personality structure and adjustment pattern in bronchial asthma. *Acta Psichyatrj Sacand.* 61: 81-88.

- Stewart, Louis H.** (1962). Social and emotional adjustment during adolescence as related to development of psychosomatic illness in adulthood. *Genet. Psychol. Monogr.* 65: 175.
- Tenorio de Calatroni, M.**, compiladora (1998). *Pierre Marty y la Psicopatología*. Argentina: Amorrortu editores.
- Thompson T. L.** (1989). *Trastornos psicopatológicos en tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Telrmaa E.** (1981). Psychosocial, factors, personality, and acute insidious onset asthma. *J Psychosomatic Res.* 25: 43-49.
- Thyer, B.A., Papsdorf, J. D., Kilgore, S. A.** (1983). Relationships between irrational thinking and psychiatric symptomatology. *J. Psychology.* 113(1<sup>st</sup>. Half): 31-34.
- Trexler, L. D., Karst, T. O.** (1973). Further validation for a new measure of irrational cognitions. *Journal of personality assessment.* 37 (2): 150-155.
- Valdés M. M., Flores F. T., Tobeña P. A. y Massana R. J. (1988). *Medicina Psicopatológica*. México: Trillas
- Zarate A.** (1988). *Introducción a la endocrinología*. México: Mendez Cervantes.

CENTRO MEDICO NACIONAL  
20 DE NOVIEMBRE  
I.S.S.S.T.E

## DATOS GENERALES

SERVICIO \_\_\_\_\_

(si es paciente)

SEXO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

TIPO DE PADECIMIENTO \_\_\_\_\_

(si es paciente)

ESTE ES UN INVENTARIO QUE PRETENDE INVESTIGAR LA FORMA EN QUE USTED PIENSA Y SIENTE ACERCA DE VARIAS COSAS. ENCONTRARÁ UNA SERIE DE AFIRMACIONES CON LAS CUALES USTED PODRÁ ESTAR DE ACUERDO O NO. A LA DERECHA DE CADA AFIRMACIÓN ENCONTRARÁ LOS NÚMEROS DEL 1 AL 5. USTED DEBERÁ ENCERRAR EN UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBA SU REACCIÓN ANTE CADA UNA DE LAS AFIRMACIONES.

1. SIGNIFICA TOTALMENTE EN DESACUERDO.
2. SIGNIFICA MODERADAMENTE EN DESACUERDO.
3. SIGNIFICA NI ACUERDO NI DESACUERDO.
4. SIGNIFICA MODERADAMENTE DE ACUERDO.
5. SIGNIFICA COMPLETAMENTE DE ACUERDO.

NO ES NECESARIO PENSAR MUCHO SOBRE CADA REACTIVO. MARQUE RÁPIDAMENTE Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE AFIRMACIÓN. ASEGÚRESE DE MARCAR COMO REALMENTE SIENTE Y NO COMO DEBERÍA DE SENTIR. TRATE DE EVITAR EN LO POSIBLE LAS RESPUESTAS 3 O NEUTRALES

|                                                                             |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1)Es muy importante para mí que otros me aprueben.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2)Odio fracasar en algo.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3)La gente que comete errores merece lo que le pasa.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4)Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5)Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6)Tengo algunas cosas que a menudo me molestan.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7)Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8)Todo mundo necesita depender de alguien para pedirle ayuda y consejo.     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|                                                                                                        |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 9)El que nace para maceta, del corredor no pasa.                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10)Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11)Me gusta que me respeten, pero no me es necesario.                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12)Evito cosas que no puedo hacer.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13)Muchas personas malvadas escapan del castigo que se merecen.                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14)Las frustraciones no me molestan.                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15)Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16)Siento muy poca ansiedad por lo que pudiera ocurrir de peligroso e inesperado.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17)Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18)Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19)Es casi imposible vencer las influencias del pasado.                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20)No hay solución perfecta para algo.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21)Quiero que todos me estimen.                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22)No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|                                                                                                               |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 23) Los que se equivocan merecen ser censurados.                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24) Las cosas deberían de ser diferentes de cómo son.                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25) Yo causo mis propios estados de ánimo.                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26) No puedo olvidarme de mis preocupaciones.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27) Evito enfrentar mis problemas.                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28) La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma.                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29) Si algo afectó fuertemente mi vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30) Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31) Puedo estar tranquilo conmigo mismo aunque los demás no lo estén conmigo.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32) Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario.                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33) La inmoralidad debe ser castigada fuertemente.                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34) Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35) Las gentes miserables se han hecho miserables así mismas.                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36) Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37) Generalmente tomo decisiones lo más rápido que puedo.                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|                                                                                                        |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 38) Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho.                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39) La gente sobrevalora mucho el pasado.                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40) Siempre tendremos algunos problemas.                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41) Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42) No es muy importante para mí tener mucho éxito en lo que hago.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43) Rara vez culpo a la gente por sus errores.                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44) Usualmente acepto las cosas como son aunque no me guste.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45) Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46) Me es muy difícil tomar riesgos en la vida.                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47) La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48) Me gusta sostenerme en mis propios pies.                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49) Cada problema tiene una solución correcta.                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50) Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |