



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES COGNITIVOS EN LA ETIOLOGÍA
Y REMISIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

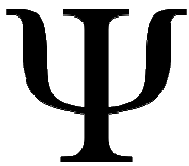
TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FLOR LILIANA DELGADILLO LABASTIDA

DIRECTOR: LIC. ROBERTO PEIMBERT RAMOS



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2011



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.

Índice de contenido

Factores cognitivos en la etiología y remisión de la artritis reumatoide

1. Introducción.....	1
----------------------	---

Capítulo 1: Factores cognitivos de la artritis reumatoide

1. Definición de Artritis Reumatoide.....	3
1.1. Comportamiento de la enfermedad.....	4
1.2. Diagnóstico de la AR.....	5
1.3. Remisión del padecimiento.....	7
1.4. Frecuencia de las Enfermedades Reumáticas en México.....	7
1.5. Impacto de la AR en la vida del paciente.....	9
2. Antecedentes históricos de Artritis Reumatoide.....	11
2.1. Desarrollo de la Reumatología.....	13
2.2. Reumatología en México.....	14
3. Definición de Cognición.....	15
3.1. Desarrollo cognitivo.....	15
3.2. Maleabilidad de las habilidades cognitivas.....	17
4. Antecedentes históricos de la cognición y su estudio.....	17
4.1. Origen de la Psicología cognitiva.....	18
4.2. Definición de la Psicología cognitiva.....	19
4.3. Psicología cognitiva contemporánea.....	20
5. Factores cognitivos de las personas que padecen Artritis Reumatoide.....	20
5.1. Alexitimia.....	22
5.2. Enojo.....	23
5.3. Estrés.....	24
5.4. Depresión.....	25
6. Psicogénesis de los síntomas corporales.....	27

Capítulo 2: La psicósomática

1. Definición del término Psicósomático.....	29
1.1. Clasificación de los trastornos Psicósomáticos.....	30
1.2. Principales padecimientos psicósomáticos.....	31

2.	Antecedentes históricos de la Psicopatología.....	32
2.1.	Aportaciones de Sigmund Freud.....	34
2.2.	Aportaciones de Franz Alexander.....	35
2.3.	El pensamiento de Pierre Marty.....	36
3.	Proceso Psicopatológico.....	36
3.1.	Especificidad del conflicto psíquico.....	38
3.2.	Equilibrio biológico.....	40
4.	La psicopatología en la actualidad.....	41
4.1.	Lo psicopatológico en la clínica psicoanalítica actual.....	43
4.2.	Medicina Psicopatológica.....	43
4.3.	Psicología médica.....	46
4.3.1.	La psicología médica en la prevención.....	48
4.3.2.	Riesgos de la Psicología médica como prevención.....	50
4.3.3.	Importancia de la Psicología medica.....	51
4.4.	Medicina conductual.....	51
4.4.1.	Intervención conductual para el control del estrés.....	54
4.4.2.	Intervención conductual en alteraciones biopsicosociales...55	
4.5.	Psicología de la salud.....	57

Capítulo 3: Intervención del psicólogo

1.	Preocupación social del psicólogo ante la salud.....	59
1.1	Papel del Psicólogo clínico en la salud.....	60
2.	Enfermedad vista como alteración biopsicosocial desde el punto de vista de la Psicología.....	61
3.	Relevancia de la Intervención del Psicólogo.....	63
3.1	Intervención psicológica con técnicas operantes.....	64
3.2	Intervención psicológica con Biofeedback.....	65
3.3	Técnicas de Autocontrol.....	69
3.4	Terapia Psicosocial.....	71
3.5	Intervención cognitivo- conductual.....	73
3.6	Reestructuración Cognitiva.....	74
3.6.1	Terapia Racional Emotiva- Conductual.....	75
3.6.2	Terapia Cognitiva de Beck.....	77
3.7	Entrenamiento en Inoculación de Estrés.....	80

4. Intervención Psicológica para optimizar la salud y el rendimiento mediante el control del estrés.....	81
5. Relevancia del Estrés en la enfermedad.....	83
5.1 Estrés y enfermedades infecciosas.....	84
5.2 Estrés y enfermedades somáticas.....	85
5.3 Factores de cambio en la Terapia de control de estrés y sus principales objetivos.....	86
5.4 Intervención centrada en las características personales relevantes.....	88
5.4.1 Patrones de conducta y estilos de afrontamiento.....	89
5.4.2 Valores, creencias y actitudes.....	90
5.4.3 Recursos y habilidades.....	92
5.4.4 Apoyos sociales.....	93

Factores cognitivos en la etiología y remisión de la artritis reumatoide

1. Conclusiones.....	95
----------------------	----

Bibliografía

· Referencias.....	97
--------------------	----

Factores cognitivos en la etiología y remisión de la artritis reumatoide

1. Introducción

A lo largo de la historia de la psicología se ha tomado en cuenta la influencia de la “mente” sobre el cuerpo, coloquialmente dicho, a pesar de ello, se ha subestimado la capacidad que puede tener la influencia del pensamiento y procesos cognitivos sobre las funciones sanas o enfermas del cuerpo humano.

Dentro de los diversos estudios que se han desarrollado sobre ésta poderosa influencia se encuentran términos trascendentales para la psicología, como lo son la Sugestión, la Psicósomática, la Psicología médica, la Psicología de la salud, la Psicogénesis, e incluso temas específicos de la Motivación.

A pesar de que los términos antes mencionados han tenido un gran auge, así como un estudio y desarrollo profundo, aun no se han logrado aterrizar los conocimientos derivados de dichos términos hacia enfermedades específicas, ni tampoco se han conseguido introducir a la ciencia de la medicina de forma cotidiana para la cura de enfermedades.

Aun así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez.

Es aquí donde encaja la propuesta de utilizar los estudios sobre la influencia de los procesos cognitivos a favor de la salud, no solo en la prevención de enfermedades, sino en la cura de las mismas, con respaldo de una ciencia formal y seria. Ya que dicha herramienta ha sido subestimada, posiblemente también por la misma Psicología.

Es claro y bien sabido que tanto los pensamientos como las emociones, desencadenan procesos químicos corporales, activan áreas del cerebro, se manifiestan mediante reacciones fisiológicas e incluso conductuales, como son

la sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, temblor, ritmo de las evacuaciones y ciclos de sueño, entre otras, y si es esto posible, el hecho de que un factor intangible y subjetivo pueda alterar de manera importante un organismo, es posible también que se puedan desarrollar otras condiciones, desde una gastritis nerviosa, colitis, soriasis, vitíligo, úlcera, e infinidad de enfermedades. Que sin lugar a duda, aunque son padecimientos físicos, tienen una etiología psicológica, que podría encontrar la cura en éste mismo ámbito.

Con la finalidad de desarrollar esta investigación documental he escogido como posible padecimiento a tratar en un futuro mediante la influencia cognitiva, a la Artritis Reumatoide, ya que es una enfermedad altamente padecida por el ser humano desde tiempos ancestrales, sin distinción de sexo, edad, raza o nivel socioeconómico, y aunque ha sido un padecimiento antiguo y minuciosamente estudiado, no se ha encontrado una etiología específica, ni tampoco una cura, aunque se han esbozado posibles factores de riesgo para padecerla, entre las cuales, se encuentran los factores psicológicos del paciente.

Por ello dentro de la investigación se encuentran diversos núcleos de interés, los cuales son, los dos conceptos primordiales de la Tesis; la Artritis Reumatoide y los factores cognitivos que influyen en la adquisición, evolución y cronicidad de la enfermedad, así como los antecedentes históricos.

Para acompañar la premisa de que dichos factores cognitivos pueden provocar la enfermedad, y por lo tanto, fungir también como una herramienta poderosa en la cura de la Artritis Reumatoide, la Tesis se respalda principalmente en estudios de la psicosomática y psicología médica, auxiliándose también de la psicología de la salud y la medicina comportamental.

Finalmente se revisa la importancia del papel del Psicólogo en la intervención de enfermedades como la Artritis Reumatoide, mediante herramientas propias de esta ciencia, así como la labor de respaldar las premisas elaboradas para acercar a la población general a la cultura de la salud física desde la perspectiva psicológica, formando así una cultura de salud y medicina integral, compuesta por la medicina y la psicología.

Capítulo 1

Factores cognitivos de la artritis reumatoide

1. Definición de Artritis Reumatoide

En la mayoría de las definiciones de Artritis, recuperan la etimología de la palabra, que deriva de los vocablos griegos "arthron", que significa articulación, e "itis" que significa inflamación. De modo que "artritis" significa literalmente "inflamación de las articulaciones".

Existen pocas ideas sobre el origen de la Artritis Reumatoide (AR); sin embargo, el agente desencadenante se desconoce por completo. Actualmente se considera que la AR es una enfermedad autoinmune; éste es un tipo de enfermedad en que el sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo. Pues las células que generalmente luchan contra los invasores del organismo se confunden y en vez de ello atacan a las células de las articulaciones.

Los investigadores sospechan que un agente no identificado hasta la fecha, posiblemente algún virus, o algún tipo de bacteria alojada en las articulaciones, estimula al sistema inmunitario, el cual ataca al agente invasor, dañando así a las articulaciones. (Hunder, 2001)

La artritis reumatoide es considerada también un padecimiento crónico, aunque su gravedad tiende a ser variable, pues pueden existir periodos de aumento de actividad de la enfermedad, denominados recurrencias o ataques, alternados con periodos de relativa remisión durante los cuales la inflamación, el dolor, la dificultad para dormir y la debilidad desaparecen o disminuyen. Esta naturaleza cíclica de la AR plantea uno de los aspectos más intrigantes y confusos para los investigadores, pues las recurrencias y remisiones ocurren por motivos poco claros.

Entre las muchas clasificaciones que tiene la AR, se le considera a esta una enfermedad reumática, ya que se habla de este tipo de enfermedades cuando hay daño en el riñón, complicaciones renales, etc., o cuando el órgano afectado es el aparato musculoesquelético, como es el caso de la artritis. (Niembro, 2004)

Aunque se desconoce el agente desencadenante de dicha enfermedad, se consideran diversos factores que aumentan la probabilidad de adquirirla, entre estos se encuentran; el sexo femenino, la edad avanzada y el tabaquismo, el consumo de más de tres tazas de café diarias, particularmente el descafeinado, así como la ingesta elevada de vitamina D, contenida en alimentos como: leche, yogurt, pastas, cereales y pan. En cambio el consumo de té y el uso de anticonceptivos orales están asociados a un menor riesgo. (Caballero, 2006)

1.1 Comportamiento de la enfermedad

El área principalmente atacada por la artritis reumatoide es la membrana sinovial (revestimiento interno de la capsula articular). En una persona con artritis reumatoide, los leucocitos (cuyo trabajo normal es atacar a los invasores del cuerpo) salen del torrente sanguíneo y pasan a la membrana sinovial. En este sitio, dichas células sanguíneas aparentemente ocasionan la inflamación de la membrana.

Dicha inflamación da como resultado que la membrana sinovial se engrosé y libere diversas sustancias químicas que comienzan a digerir el cartílago, el hueso, los tendones y los ligamentos de la articulación. Gradualmente, ésta pierde su forma y alineación, además de presentar debilidad progresiva en ligamentos, músculos y hueso. Dicho debilitamiento puede producir que la articulación se afloje y posteriormente llegue a destruirse en su totalidad.

Las articulaciones afectadas con mayor frecuencia son las de manos y pies, generalmente se afectan simultáneamente a las articulaciones de ambos lados del cuerpo. La manifestación de este padecimiento incluye los siguientes signos y síntomas (Hunder, 2001):

- Dolor e inflamación en las articulaciones pequeñas de manos y pies.
- Dolor general o rigidez de las articulaciones y músculos, especialmente después de dormir o tras periodos de reposo.
- Pérdida de movimiento de las articulaciones afectadas.
- Pérdida de la fuerza de los músculos unidos a las articulaciones afectadas.
- Deformidad articular con el transcurso del tiempo.

- Fatiga (grave durante las recurrencias).

La artritis reumatoide también produce otros síntomas ajenos a las articulaciones, puede afectar a todo el organismo, incluyendo órganos como el corazón, vasos sanguíneos, pulmones y ojos.

Por ello se dice que es una enfermedad generalizada. Las manifestaciones en orden decreciente, son: nódulos reumatoides (pequeñas nodulaciones debajo de la piel localizados en codos, manos y superficies de presión), resequedad de boca y ojos (síndrome de Sjogren secundario), anemia y menos frecuentemente, aunque mucho más severas, inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis), de la membrana que cubre los pulmones (pleuritis) y el corazón (pericarditis) o de los nervios (mononeuritis). (Niembro, 2004)

1.2 Diagnóstico de la AR

Así, los elementos principales para su identificación son: una buena historia clínica que incluya la exploración de todas las articulaciones e interpretación adecuada de la búsqueda de factor reumatoide, exámenes que reflejan la presencia de inflamación en el cuerpo (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva) y radiografías.

Si bien las personas suelen hablar de la artritis como si fuera una sola enfermedad, en realidad no lo es. Hay más de 100 formas de la misma. (Hunder, 2001) Algunos de los ejemplos más frecuentes son:

- Lupus eritematoso
- Escleroderma
- Síndrome de Sjögren
- Polimiositis
- Artritis psoriásica
- Espondilitis anquilosante
- Síndrome de Reiter
- Gota
- Seudogota
- Polimialgia reumática

- Arteritis de células gigantes
- Poliarteritis nodosa
- Infecciones artríticas

Por ello existen 7 criterios de clasificación de AR propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), desarrollados con el fin de mejorar la homogeneidad de los pacientes que se ingresaban en estudios clínicos con AR establecida. Estos criterios han sido utilizados como el estándar de oro en diferentes estudios, ya sea para un diagnóstico clínico o para la clasificación de la enfermedad. De acuerdo con estos criterios, se requiere para el diagnóstico que los hallazgos clínicos se presenten por al menos 6 semanas, para ser clasificada como AR. (Anaya, 2006)

1. Rigidez matutina: En y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
2. Artritis de tres o más áreas articulares: Al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial.
3. Artritis en las articulaciones de las manos: Manifestada por hinchazón.
4. Artritis simétrica: Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
5. Nódulos reumatoides: Apariencia de nudos o nódulos subcutáneos.
6. Factor reumatoideo.
7. Alteraciones radiográficas: alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectas.

La AR es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuente; ocurre en una de cada 100 personas a nivel mundial, afectando preferentemente a las mujeres (tres por cada varón) entre los 20 y los 50 años de edad. (Niembro, 2004)

1.3 Remisión del padecimiento

Remisión se refiere a la disminución temporal o cesación de los síntomas de una enfermedad.

En algunos casos, la enfermedad entra en remisión (como si hubiera desaparecido). En la mayoría de los pacientes, la severidad de los síntomas fluctúa durante meses o años, reflejando los efectos del tratamiento y la propia evolución de la enfermedad, siguiendo un curso lentamente progresivo. En otros pacientes, la enfermedad sigue progresando de modo severo a pesar del tratamiento. (Álvarez, 2003)

Aproximadamente podríamos decir que:

- 10-15 % Entran en remisión.
- 15-30 % Progresan de modo grave pese al tratamiento.
- 70-80 % Siguen un curso crónico discreto o fluctuante.

En el caso de la AR se han elaborado criterios que permiten conocer si la enfermedad está en remisión clínica y aunque se han establecido varios, los que resultan más eficientes son aquellos que se ponen en práctica en su aplicación clínica diaria. Se deben de reunir 5 o más de los siguientes (Pindaro, 2003):

1. Rigidez matutina que no exceda de 15 minutos.
2. Ausencia de fatiga.
3. Ausencia de dolor articular.
4. Ausencia de hipersensibilidad (determinada por dolor a la presión) o dolor articular al movimiento.
5. Ausencia de inflamación articular o tendinosa.

1.4 Frecuencia de las Enfermedades Reumáticas en México

Desafortunadamente aún no se tiene toda la información necesaria sobre la epidemiología, es decir, la frecuencia de las enfermedades reumáticas. Los datos que se disponen a la fecha se pueden resumir de la siguiente manera (Niembro, 2004):

- En el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha calculado que la tasa de invalidez por enfermedad reumática es del orden de 1.38% por cada 1000 derechohabientes.
- En la misma Institución se ha encontrado que las enfermedades reumáticas representan uno de los 10 primeros motivos de demanda de consulta médica, y a la vez constituyen la primera causa de invalidez y pensión definitiva por enfermedad general.
- En un estudio, realizado en el estado de Nuevo León, se informó una prevalencia de la artritis reumatoide de 0.6%, situación que a nivel mundial es del orden de 1 %, es decir, una de cada 100 personas que habitan este planeta tiene Artritis Reumatoide.
- En el único estudio publicado sobre la frecuencia de Enfermedades Reumáticas (ER) en la práctica privada de la especialidad en México, que incluyó 1000 pacientes, se encontró que la enfermedad articular degenerativa, la Artritis Reumatoide, los reumatismos de tejidos blandos (fibromialgia, tendinitis, bursitis, etc.) y la gota representaron 80% del total.
- En el mismo estudio, las enfermedades reumáticas generalizadas, como lupus eritematoso, síndrome de Sjögren, polidermatomiositis, esclerodermia, etc., representaron menos de 10%, y el porcentaje restante lo tuvieron todas las demás enfermedades reumáticas.

Con objeto de que el lector tenga una idea más precisa, cabe mencionar que en fechas recientes, investigadores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", publicaron un trabajo diseñado para estimar la prevalencia de las enfermedades reumáticas en México. En dicho estudio, realizado en San Pedro Mártir, poblado con aproximadamente 30,000 habitantes, localizado al sur del Distrito Federal, se investigó, mediante encuesta domiciliaria, la presencia de dolor a nivel del aparato musculoesquelético en los últimos siete días o en el pasado, por supuesto, no relacionado con traumatismo; 419 participantes reconocieron haberlo experimentado, es decir, 17% de todos los encuestados.

La enfermedad articular degenerativa es el padecimiento reumático más observado en la práctica clínica, y dado que esta enfermedad ocurre

fundamentalmente en personas mayores de 50 años de edad, actualmente la esperanza de vida de la población general en México se ha incrementado hasta 72 años en promedio, por ello es de esperarse que en el futuro se vean cada vez con mayor frecuencia un número cada vez más significativo de personas con síntomas de ésta o bien de otras ER.

1.5 Impacto de la AR en la vida del paciente

Si bien las enfermedades reumáticas pocas veces son la causa directa de la muerte de la mayoría de los enfermos que las padecen, las mismas tienen un impacto negativo importante en cinco grandes dimensiones de la vida de estos. Además del impacto negativo del dolor crónico y por consiguiente el sufrimiento físico y mental, las enfermedades reumáticas tienen el potencial de producir, entre otras, las siguientes consecuencias:

- Gran incapacidad funcional.
- Pérdida de ingresos económicos por la incapacidad laboral.
- Desgaste económico importante a causa del cubrimiento y manejo de la enfermedad.
- Muerte prematura como consecuencia de lo anterior.

Una cosa es sufrir una enfermedad pasajera, que se va a solucionar con mayor o menor sufrimiento en días o meses, pero que no va a alterar en gran medida la vida del paciente, y otro asunto es padecer una enfermedad crónica, "para toda la vida", como la Artritis Reumatoide, con las repercusiones que esto supone para el enfermo y su familia. (Álvarez, 2003)

El impacto de la enfermedad es muy importante no únicamente por la incapacidad funcional potencialmente progresiva sino también por el impacto personal, familiar, social, económico y sobre la supervivencia de quien la padece.

La AR induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí. Por un lado, la inflamación el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas.

Todo ello altera la independencia económica y los roles sociales de la persona. (Tobón, 2004)

La artritis reumatoide con frecuencia cambia de alguna manera la vida del afectado. Las actividades diarias suelen verse alteradas de una u otra manera. La rigidez no permite ponerse en funcionamiento adecuado, el desayuno incluye una buena ración de pastillas, vestirse puede requerir la ayuda de otra persona, y así puede ocurrir con las diversas actividades del día. Por no hablar de los dolores, de las visitas a los médicos, del gasto de los medicamentos, etc.

A continuación se presentan diversos ámbitos en los que se ve influida la persona con artritis reumatoide (Caballero, 2003):

- *Impacto físico.*- El dolor, la inflamación, la discapacidad, la mala calidad de sueño, los síntomas secundarios a tratamientos médicos para la enfermedad son las principales quejas físicas del paciente con artritis reumatoide.
- *Impacto emocional.*- Si esa enfermedad crónica se presenta además con dolor, mala calidad de sueño, fatiga, ingesta crónica de medicamentos, impacto económico y laboral e incertidumbre funcional, no es de extrañar que conlleve también una importante repercusión emocional que este diagnóstico puede tener.
- *Impacto familiar.*- Tener a un miembro de la familia enfermo equivale a tener a una familia enferma. Se dice que cuando un paciente padece Artritis Reumatoide, toda la familia sufre la enfermedad en mayor o menor grado. No es infrecuente que la familia que no está bien informada cuestione la naturaleza crónica de la enfermedad, se ignore al enfermo y se le cataloga como simulador. El paciente con discapacidad requiere que alguien lo cuide, le alimente, le atienda, y con frecuencia una o más personas de la familia deben modificar sus actividades para ocuparse de su recuperación.
- *Impacto laboral.*- Existe una creciente preocupación por apoyar a personas con cierta discapacidad. Se habla de programas de educación y empleo que buscan una sociedad más equitativa, con oportunidades similares para todos los habitantes. Lo cierto es que el paciente con

Artritis Reumatoide sufre un Impacto laboral importante. Muchos de ellos deben cambiar su tipo de actividad, el horario, el número de horas de trabajo, y desde luego esto repercute en el ingreso. Algunos enfermos no pueden conservar su trabajo.

- *Impacto económico.*- El impacto económico de este padecimiento es contundente. En México, los costos directos de la Artritis Reumatoide de un paciente grave no pueden ser cubiertos por pacientes con salario mínimo. El hecho de que el costo de las nuevas terapias no pueda tener lugar en la economía de estos pacientes es motivo de numerosos estudios.
- *Impacto social.*- Además de que no se han eliminado las enfermedades de la pobreza, se tienen que combatir al mismo tiempo las enfermedades de la modernidad, como las crónicas degenerativas que incluyen los padecimientos reumáticos, en un entorno de recursos muy limitados, con clara competencia entre programas.

2. Antecedentes históricos de artritis reumatoide

Es muy difícil indagar en la prehistoria para buscar el origen de la Artritis Reumatoide y rastrear el origen de esta, a pesar de los documentos antiguos, sin embargo, se cree que éste padecimiento es ancestral en la historia de la humanidad, aun cuando su verdadero conocimiento se ha desarrollado a finales del siglo XX.

La Artritis Reumatoide ha sido una enfermedad milenaria, el primer caso conocido en un vertebrado, se encuentra en el museo de Historia natural de la Universidad de Kansas, se trata del hallazgo de un esqueleto fósil perteneciente a un platycarous, este es un reptil nadador que habitó la tierra hace 100 millones de años.

Aún más, existen informes a cerca de una posible Artritis Reumatoide en una momia egipcia, así como en el esqueleto de un indígena americano.

Esta enfermedad ha sido parte de la vida de diversas culturas en todo el mundo, por ejemplo; los reumatismos para los griegos designaban un líquido

mucoso considerado maligno que se creía fluía del cerebro a las articulaciones produciendo dolor.

Los romanos construyeron un gran número de baños termales a lo largo de su imperio por la prevalencia que la Artritis tenía en su población, y sus fuentes de aguas templadas fueron utilizadas como termas por aquellos que buscaban alivio a su dolor.

En México hay evidencia de que la Artritis Reumatoide existía desde los años 200-650 d.C entre la cultura Olmeca, encontrando vestigios de ésta en restos humanos pertenecientes al periodo clásico tardío. (Niembro, 2004)

Se observa entonces que en las diversas culturas, la humanidad ha aprendido a vivir con ésta enfermedad a lo largo del tiempo. Entre algunos personajes históricos que la han padecido se encuentra el famoso pintor Pierre Auguste Renoir (1841-1919), quien tuvo una forma grave de Artritis Reumatoidea, falleciendo a consecuencia de complicaciones de la enfermedad, al igual que el pintor Peter Paul Rubens (1577- 1640) quien a lo largo de su vida padeció una forma de Artritis con inflamación en la pleura (pleuritis) y fiebre, teniendo ataques recurrentes desde los 40 hasta los 63 años. RaoulDuffy (1877-1943) famoso flautista tuvo su primer ataque de Artritis Reumatoide a los 60 años, en un lapso de 13 años quedando recluido a una silla de ruedas. Otros personajes famosos con Artritis han sido la cantante Edith Piaf, la actriz Katherine Hepburn, el cirujano cardiovascular Christian Barnard y los presidentes estadounidenses Thomas Jefferson y Theodore Roosevelt.

Igualmente, se cree que Cristóbal Colón tenía un tipo de Artritis que se llama hoy en día Síndrome de Reiter (Artritis, uretritis y conjuntivitis) y que fue él quien trajo los diversos tipos de Artritis a las Américas.

A pesar de que esta enfermedad ha sido conocida por el hombre desde tiempos antiguos, actualmente es uno de los problemas médicos más frecuentes a nivel mundial, pues no se conoce la etiología, es decir, el agente desencadenante, ni alguna cura viable, por lo que solo se han podido estudiar los factores que intervienen en la adquisición de ésta, y el tratamiento

solamente va enfocado a aletargar su evolución y mitigar el dolor que esta causa, aunque la perdida de la funcionalidad paulatina es inevitable.

2.1 Desarrollo de la Reumatología

La reumatología es una de las especialidades más jóvenes de la medicina interna y quizás por esto aún su campo de acción se presta a confusión entre los estudiantes, médicos generales y la comunidad en general. El término "reuma" se encuentra por primera vez en el libro de Hipócrates "De las localizaciones del cuerpo humano" aproximadamente 4 siglos antes del nacimiento de Cristo. Galeno menciona la palabra "reumatismo" en el siglo II después de Cristo. La palabra proviene de la etimología griega "rheos" que significa fluir y se apropió a estos padecimientos debido a que los antiguos pensaban que el reumatismo se producía por el paso o "flujo" de los humores que ocasionaban las enfermedades a una articulación u otro tejido.

La Reumatología es una especialidad de la medicina que estudia y trata las enfermedades reumáticas, incluyendo Artritis, fibrosis reumática, bursitis, neuralgia, gota y cualquier otro cuadro que produzca dolor, entumecimiento o incomodidad.

Por otro lado en cuanto a la Artritis y su relación con la reumatología, se enfatiza a la AR como prototipo de enfermedad reumática inflamatoria, que por sus características clínicas, etiopatogénicas, anatomopatológicas, terapéuticas, laborales y socioeconómicas, justifica la existencia de la reumatología.

El surgimiento de esta especialidad comenzó poco después de la segunda guerra mundial. La primera organización que se ocupó del problema de la Artritis fue la Liga Internacional contra el Reumatismo fundada en 1927, en Europa. Posteriormente, durante el transcurso de veinte años, se formaron sociedades nacionales en Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil, México, Uruguay, Chile y Asia.

Durante los últimos cincuenta años, la reumatología se ha transformado en uno de los primordiales campos de la medicina que se han expandido de una forma más rápida y activa, en comparación con las demás.

Los primeros especialistas en reumatología se formaron en el extranjero. No obstante, desde mediados de la década de 1970 se imparte la especialidad en reumatología en varios centros del país, llegando hoy día a 10 sedes diferentes (existen seis sedes en el Distrito Federal y cuatro en provincia, tres en Guadalajara y una en Monterrey) donde se forman cada año, en promedio, de 20 a 25 especialistas, tanto mexicanos como del extranjero, de Centro y Sudamérica. (Niembro, 2004)

2.2 Reumatología en México

La reumatología mexicana tiene un gran prestigio a nivel mundial y prueba de ello es el número tan importante de contribuciones originales de los reumatólogos al conocimiento universal de la especialidad. Por citar sólo ejemplos aislados, existen trabajos clásicos de autores mexicanos sobre diversos aspectos de algunas enfermedades como lupus eritematoso generalizado, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjogren, espondiloartropatías, etc. (Niembro, 2004)

Pese a ello y de manera paradójica, aún vemos en la práctica cotidiana un gran número de errores en los diagnósticos y, por tanto, en los recursos terapéuticos aplicados por los médicos en el manejo de los pacientes.

Se tiene como registro del 2004 que ejercen en México alrededor de 450 especialistas con formación de posgrado hospitalaria y universitaria en la especialidad de reumatología, y de los cuales la gran mayoría están certificados por el Consejo Mexicano de Reumatología, A. C. (Niembro, 2004)

Según estimaciones que definen la necesidad de un reumatólogo por cada 100,000 habitantes, en México existe al menos un déficit de por lo menos 550 reumatólogos.

Como ejemplo representativo de este grave problema, a nivel institucional, puede mencionarse que la institución de seguridad social más grande de nuestro país, el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene en todos sus hospitales a nivel nacional 102 reumatólogos, los cuales, a pesar de desempeñarse como tales, no son suficientes para atender a la población de derechohabientes que padecen enfermedades reumáticas.

3. Definición de cognición

La palabra cognición proviene del latín: *cognoscere* que significa "conocer", está íntimamente relacionada con conceptos abstractos tales como mente, pensamiento, razonamiento, y muchos otros que describen numerosas capacidades de los seres superiores.

El término cognición es muy extenso, cubriendo las grandes funciones psicológicas, como lo son: la percepción, el aprendizaje, la memoria, la inteligencia, la función simbólica y el lenguaje. (Doron, 2008) Por ello hace referencia a la facultad de los seres de procesar información a partir de la percepción y la experiencia, lo cual permite a estos valorar la información del medio ambiente.

Debido a esto, la cognición, también es definida como "el proceso de estar viviendo", es decir, es la interacción de un organismo y el entorno responsable del mantenimiento de ese proceso de vida. (Assmann, 2002)

En muchas ocasiones el concepto se maneja como "pensamiento" el cual se considera como un conjunto de cualidades cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre la propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que impone el medio ambiente.

Cabe mencionar que el concepto de cognición que se maneja en esta investigación documental está enfocado a las definiciones de conocimiento, percepción y pensamiento que se mencionan anteriormente, y no a la teoría computacional que se mencionará más adelante dentro de los dos enfoques trascendentales para la comprensión de la Psicología cognitiva contemporánea.

3.1 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo o cognoscitivo se centra en los procesos de pensamiento y conducta. Es el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, por el cual se aumentan los conocimientos y habilidades.

Estas habilidades son utilizadas para la resolución de problemas prácticos de la vida cotidiana.

El desarrollo cognitivo es el producto de los esfuerzos que realiza el individuo desde su infancia por comprender y actuar en su mundo. Se inicia con una capacidad innata de adaptación al ambiente. Consta de una serie de etapas que representan los patrones universales del desarrollo, en cada etapa la mente del niño desarrolla una nueva forma de operar, este desarrollo gradual sucede por medio de tres principios interrelacionados: la organización, la adaptación y el equilibrio. (Santrock, 2006)

Por otra parte, también se centra en los procesos del pensamiento y en la conducta que estos reflejan. Desde el nacimiento se enfrentan situaciones nuevas que se asimilan, siendo factores importantes en el desarrollo, el equilibrio y el desequilibrio, ambos impulsan el aprendizaje y se produce la acomodación del conocer. El desarrollo de las funciones que nos permite conocer, da a lugar a los procesos cognitivos.

Entre las teorías que explican el desarrollo cognitivo se encuentran; la perspectiva Piagetiana explicando como el niño interpreta el mundo a edades diversas, y la perspectiva sociocultural de Vygotsky explicando los procesos sociales que influyen en la adquisición de las habilidades intelectuales. (Santrock, 2006)

Piaget diferenció en su investigación cuatro estadios del desarrollo intelectual:

- *Sensoriomotor*(0- 2 años).- La inteligencia es práctica y se relaciona a nivel de resolución de problemas a nivel de la acción.
- *Preoperacional* (2- 7 años).- La inteligencia ya es simbólica, pero sus operaciones aún carecen de estructura lógica.
- *Operaciones concretas* (2- 12 años).- El pensamiento infantil es ya un pensamiento lógico, a condición de que se aplique a situaciones de experimentación y manipulación concretas.
- *Operaciones formales* (a partir de la adolescencia).- Aparece la lógica formal y la capacidad para trascender la realidad.

Mientras que Vygotsky pone en relieve las relaciones del individuo con la sociedad, entendiendo el desarrollo cognitivo estudiando la cultura de los individuos, y no como factores innatos como lo maneja Piaget.

3.2 Maleabilidad de las habilidades cognitivas

De la evidencia en genética conductual es posible desprender que las habilidades cognitivas son susceptibles a los efectos del medio. La interacción de variados componentes afectivo-motivacionales y sociales, han mostrado estar ligados fuertemente con la transformación del conocimiento. (Castañeda, 2004)

Es decir, con la transformación de cualidades individuales enfocadas a interpretar y comprender el medio ambiente, lo cual establece comportamientos, reflexiones y razonamientos determinantes en el desarrollo personal.

Por lo que la posibilidad de malear las habilidades cognitivas personales, es el primer fundamento de cambio en el individuo que se esboza en esta tesis, para la posibilidad de la cura o remisión de la AR que se detallará en el Capítulo 3, pues como se verá más adelante, existen ciertos rasgos o características personales a nivel cognitivo (en este estudio llamados “factores cognitivos”) presentes en los pacientes que padecen dicha enfermedad reumática.

4. Antecedentes históricos de la cognición y su estudio

Los patrones de los procesos de cambio humano siguen siendo uno de los temas más antiguos de nuestra preocupación intelectual.

Los modelos convencionales de la cognición han descrito al cerebro humano como un testigo de la experiencia, un coleccionista lógico de piezas para un gran rompecabezas.

Se postula que el desarrollo de las capacidades cognitivas se dio debido a que un grupo de primates experimentaron un tránsito hacia una sociedad de humanos gracias a que, en determinado momento, las condiciones del medio favorecieron la capacidad simbólica, la cual fue desarrollándose

progresivamente, culminando con esa habilidad de comunicarnos con nuestros semejantes utilizando el lenguaje articulado que poseemos actualmente.

Desde hace al menos 2,000 años se está especulando sobre la naturaleza de los sucesos mentales. Tales investigaciones no fueron tratadas desde un punto de vista empírico hasta los comienzos oficiales de la psicología académica en el siglo pasado, cuando Wilhelm Wundt (1832- 1920) fundó el primer laboratorio psicológico en Leipzig en 1879, decidido a desarrollar un programa de investigación con el objeto de establecer la psicología como una ciencia natural. (John B., 2001)

El principal recurso que utilizó Wundt a lo largo de su investigación, fue la técnica conocida como introspección, que significa literalmente “mirar dentro”, con esto Wundt logró llevar indirectamente la conciencia al laboratorio experimental, por medio del ejercicio de los sujetos para tener conocimiento de sus propios estados mentales, gracias a esta técnica fue posible desarrollar sus investigaciones, las cuales fueron las primeras realizadas desde un punto de vista empírico, dando con esto un enorme salto hacia el estudio de la cognición, y por ende el desarrollo de la psicología cognitiva.

4.1 Origen de la Psicología cognitiva

Si el conjunto amplio de fenómenos que entendemos como cognición humana son un producto de la mente, la primera pregunta que nos debemos plantear es la de descubrir las disciplinas científicas que se han enfrentado a su estudio.

Ciertamente, existe una disciplina denominada psicología sobre la que tradicionalmente parece haber recaído la ardua responsabilidad de tratar los fenómenos cognitivos.

El estudio de la cognición humana, se ha realizado desde diversos puntos de vista. Ciertamente, el uso de los términos cognitivo o cognitivismo es habitual en psicología y existen multitud de teorías, modelos o enfoques que se refieren a estados o fenómenos mentales que se etiquetan como cognitivos. Por ejemplo, algunas teorías cognitivas por excelencia son la freudiana, la teoría neoconductista de Tolman o numerosas teorías humanistas. (Crespo, 2006)

Paulatinamente, el interés por las conductas inteligentes de los seres humanos, ha dado como resultado a la psicología cognitiva, estudiando dichas conductas a través de técnicas experimentales, destacándose tradicionalmente por este uso de la experimentación.

Los orígenes de la Psicología cognitiva y su terapia remontan varias fuentes: a) el Análisis de la Conducta, b) la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, c) la Teoría Cognitiva, y d) la Entrevista Motivacional. (Carrascoza, 2008)

4.2 Definición de la Psicología cognitiva

La corriente de la psicología encargada del estudio de la cognición es la psicología cognitiva, que analiza los procesos mentales implicados en el conocimiento. Su objeto de estudio son los mecanismos básicos y profundos por los que se genera el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico.

En términos generales puede hablarse en dos sentidos del término cognitivo (Carretero, 2004):

1. Como el estudio específico de los llamados procesos intelectuales de mayor o menor complejidad (percepción, atención, memoria, lenguaje y razonamiento), sean de organismos naturales o artificiales (como las máquinas).
2. Como orientación general para estudiar otros muchos aspectos del comportamiento exclusivo de los seres humanos.

En el primer caso se refiere a la tendencia del procesamiento de la información y la metáfora computacional, que maneja una analogía de los procesos cognitivos con el funcionamiento de las computadoras.

Ya que si se entiende por mente o pensamiento como una actividad inteligente, resulta obvio que una computadora o calculadora pueden ejecutar también tareas inteligentes. Por consiguiente, la mente humana no es el único sistema inteligente que conocemos; pues parece que existen máquinas que realizan tareas inteligentes. (Crespo, 2006)

En lo que se refiere a la segunda posibilidad se maneja como el análisis científico de los procesos mentales y estructuras del conocimiento humano con el fin de comprender la conducta humana. Termino del cual se respalda la tesis.

4.3 Psicología cognitiva contemporánea

Actualmente se pueden mencionar 2 enfoques trascendentales para la comprensión de la Psicología cognitiva (John B. 2001):

- *Enfoque del procesamiento de información.*- Este planteamiento se basa en la idea de que muchos de nuestros procesos cognitivos ocurren en serie y secuencialmente. Como los procesos del pensamiento y cognitivos coexisten con los sucesos químicos y eléctricos del sistema neural, y como estos eventos neurales llevan su tiempo, no pueden producirse, por tanto, varios procesos del pensamiento al mismo tiempo.
- *Enfoque conexionista.*- Mientras que el enfoque del procesamiento de información para estudiar la cognición se describe como un análisis abstracto, los conexionistas recurren a las bases matemáticas y neurales. Así pues, los conexionistas no consideran sus modelos como necesariamente abstractos. Los sistemas neurales que ellos estudian a veces son sistemas nerviosos idealizados, expresados en forma de modelos matemáticos o computacionales.

5. Factores cognitivos de las personas que padecen Artritis Reumatoide

Investigadores han prestado importancia desde tiempos remotos al hecho de que muchos individuos que padecen determinadas enfermedades tienen también determinados rasgos individuales que los caracterizan, por tener diversos estilos de vida, formas de pensar o poseer ciertas características personales, características que en su conjunto se les ha clasificado en este estudio como factores cognitivos, factores que como se ha visto en el desarrollo de la tesis incluyen; la forma de conocer al mundo, la forma de pensar y de interactuar con el medio, incluyendo con esto el estilo personal de manejar pensamientos y emociones.

Actualmente se ha comprobado que las personas que padecen AR poseen ciertas características psicológicas, las cuales parecen acompañar el origen y evolución del padecimiento.

En un estudio realizado por FlandersDunbar en 1954 se recogieron datos psicosociales de más de 1,600 pacientes para identificar el rasgo de personalidad en ocho enfermedades en que se consideraba que se podía establecer una relación psicosomática. Pacientes con afecciones como; fracturas, oclusión coronaria, enfermedad cardiovascular hipertensiva, angina, enfermedad reumática cardíaca, arritmias, artritis reumatoide, y diabetes. Además, fue capaz de establecer para cada uno de los grupos características especiales según: antecedentes personales, datos personales, rasgos neuróticos, adicciones, intereses, acontecimientos vitales previos a la aparición del padecimiento y reacción ante este.

De acuerdo con sus resultados Dunbar estableció lo que denominó teoría de la personalidad en la enfermedad. Por ejemplo, pacientes hipertensos solían presentar una tendencia a resolver conflictos y ponerse metas muy a largo plazo empeñándose en cumplirlas, también eran perfeccionistas con rasgos obsesivos.

Incluso las fracturas no eran acontecimientos casuales, ya que en ellas predominaban tipos específicos de personalidad: los buscadores de riesgo y los atolondrados.

Los resultados que arrojó este estudio mostraron que pacientes con Artritis Reumatoide tienden a ser tranquilos, a evitar entrar en conflicto, a ser perfeccionistas, con tendencia al orden y a la puntualidad. Cabe mencionar que los hallazgos descubiertos por FlandersDunbar desde 1954 no han podido ser refutados por ningún otro estudio.

A continuación se enlistan algunos de los factores cognitivos que presentan las personas con AR, mencionando su definición, características, relación que presenta con el padecimiento, así como Test psicológicos que verifican la presencia de dichos factores en los individuos con este padecimiento.

5.1 Alexitimia

Este término hace referencia a la incapacidad de verbalizar las emociones, que corresponden a las modificaciones biológicas del cuerpo, es decir, de las emociones sentidas, siendo estas también, representaciones mentales. (Gil, 2006)

Etimológicamente Alexitimia se refiere a la ausencia de palabras para expresar las emociones. La Alexitimia puede ser entendida también como un estilo cognitivo peculiar del lenguaje y los pensamientos, además de un déficit en la regulación de las emociones.

Se cita en primer lugar a la Alexitimia pues es una de las primordiales manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes con AR así como en enfermedades psicósomáticas.

El lenguaje se convierte en una posibilidad de hacer que los individuos se refugien en palabras para descansar de la confusión de los síntomas y construir nuevas respuestas en el cuerpo.

El lenguaje es psicósomático. Casi todas las frases y palabras con las que se expresan estados físicos son extraídas de experiencias corporales. Lo corporal impone una tremenda vinculación que habitualmente causa temor, pero sin esta vinculación no se puede establecer contacto con el principio. Este razonamiento conduce también al reconocimiento de que no se puede proteger al hombre de la enfermedad. (López, 2002)

Los pacientes con AR rara vez expresan abiertamente sus emociones y sentimientos, especialmente la emoción de enojo, el cual, se inhibe en el momento mismo en que se experimenta, provocando reacciones físicas que a la larga dañan el organismo, como contracturas musculares, lesiones articulares y tensiones generalizadas en el cuerpo, que a la larga desgastan el aparato musculo esquelético, incluso después del diagnóstico de AR se estimulan constantemente más lesiones.

En el plano comportamental, la Alexitimia es cuantificable mediante escalas, siendo las más utilizadas la de Beth Israel Questionnaire de Sifneos, la

Schalling-SifneosPersonalityScaleRevised, la Toronto AlexithymiaScales, mientras que del MMPI se pueden también extraer una subescala de alexitimia. (Gil, 2006)

Así, la Alexitimia puede considerarse un rasgo marcado y reconocerse a partir de puntuaciones de corte, como lo afirma Hugo Ismael Salazar Lanares en su Tesis Artritis reumatoide, una construcción social.

5.2 Enojo

El enojo o la ira es una emoción primaria que se expresa con irritabilidad o furia. Los efectos físicos del enojo incluyen aumento del ritmo cardíaco, presión sanguínea y niveles de adrenalina y noradrenalina. Algunos ven la ira como parte de la respuesta cerebral de atacar o huir una amenaza o daño percibidos.

La ira se vuelve el sentimiento predominante en el comportamiento, cognitivamente y fisiológicamente cuando una persona toma la decisión consciente de tomar acción para detener inmediatamente el comportamiento amenazante de otra fuerza externa. La ira o irritabilidad crónica puede tener muchas consecuencias físicas y mentales. (Mendoza, 2010)

La ira puede movilizar recursos psicológicos para una acción posterior, al igual que puede afectar negativamente a nivel personal y social, alterando con esto la calidad de vida. Los psicólogos modernos, han también señalado los posibles efectos dañinos de la supresión de la ira.

Dentro de la ira más característica entre las personas con AR es la que se conoce como ira pasiva expresada con un comportamiento reservado, evitando contacto visual y evadiendo conversaciones; autoculpandose, siendo demasiado crítico consigo mismo o autosacrificandose negando ayuda; manifestando frustración ante eventos de poca relevancia, y evadiendo significativamente los conflictos. (Hunder, 2001)

Puede verificarse la presencia de este factor en los individuos con la aplicación de Test proyectivos como HTP y Figura humana, acompañados de entrevista profunda.

5.3 Estrés

El estrés es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. El estrés está producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas o emocionales, es una reacción normal en las personas de cualquier edad. (Zaldívar, 2007)

El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

Puede causar patologías físicas si continua por mucho tiempo, y es uno de los factores más relevantes por su compuesto social, ya que actualmente se padecen infinidad de enfermedades derivadas de la vida estresante a la que se ven sometidos los individuos, como lo son la colitis nerviosa, gastritis, tics, migraña, etc., por ello un manejo adecuado del estrés es indispensable hoy día.

El psicólogo Albert Ellis, que dio inicio a la terapia racional-emotiva, dice que el estrés se desarrolla principalmente no por lo que ocurre, sino por la manera en que se reacciona ante ello. Las reacciones son determinadas, en gran parte, por las creencias irracionales que se tienen. (Hunder, 2001) Por ello es importante otorgar herramientas a las personas para evitar daños a su salud.

Dentro de toda enfermedad, cualquiera que sea la naturaleza de ésta, existen componentes emocionales y matices personales que cada individuo pone de manifiesto en su situación.

Kolb y Brodie (1985), opinan que la acumulación de problemas en las relaciones interpersonales produce una gran parte de las tensiones y angustias que acosan al ser humano y trastornan su fisiología. La falta de satisfacción emocional en la vida del individuo puede actuar de modo semejante. Las reacciones de angustia o estrés ante las situaciones difíciles o críticas tienen una especial tendencia a expresarse como síntomas psicosomáticos.

Las sustancias químicas que se liberan durante los momentos de estrés pueden suprimir al sistema inmunológico, de modo que el individuo con AR quede más susceptible.

Cuando alguien padece alguna afección crónica del tipo de la Artritis, el estrés dificulta afrontar las situaciones. Quizás uno de los peores efectos del estrés para este tipo de padecimientos sea que la tensión muscular resultante empeora el dolor, lo que limita la capacidad y provoca la sensación de impotencia, además de intensificar otros sentimientos negativos como ira, ansiedad, molestia y frustración. (Hunder, 2001) Por ello, se le da un especial énfasis en el Capítulo 3 a la intervención del Psicólogo en el manejo del estrés de los pacientes con AR.

Cabe mencionar que para la identificación del estrés, igual que en el caso de la identificación del enojo o ira, se suelen aplicarse Test proyectivos como HTP y Figura humana, acompañados de entrevista profunda, y algún otro Test psicométrico si se requiere de mayor precisión en cuanto a la cuantificación del nivel de estrés.

5.4 Depresión

La palabra depresión proviene del término latino “depressus”, que significa abatido o derribado. Se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Para la medicina y la psicología, la depresión es un síndrome o un conjunto de síntomas que afectan principalmente al área afectiva de una persona. De esta forma, la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad y el trastorno del humor pueden causar una disminución en el rendimiento profesional o una limitación en la vida social. (Suárez, 2009)

La depresión también puede ser expresada mediante afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico.

Actualmente la clasificación internacional de enfermedades CIE- 10 refiere diferentes formas- categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del

manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSMV, por sus siglas en inglés) destaca las siguientes categorías diagnósticas: la depresión mayor, el desorden distímico y el desorden de ajuste con ánimo depresivo. (Novelo, 2010)

La AR y la depresión mayor son enfermedades relativamente frecuentes en adultos y ancianos y ambas pueden manifestarse en el mismo paciente. A pesar de la importancia de ambas condiciones faltan estudios de investigación sobre trastornos emocionales en AR. (Stoltz, 1999) Y aunque se tiene registro de la existencia de depresión antes de la aparición de la AR en algunos pacientes, también suelen encontrarse juntas debido al desgaste emocional que provoca un padecimiento crónico, como es el caso de la Artritis.

El reconocer y diagnosticar depresión en los pacientes que presentan dolor crónico es un desafío clínico, más aún en Artritis crónica, debido a la superposición de síntomas generales, por ejemplo, la fatiga, de modo que las escalas de diagnóstico psiquiátrico deberían ser adaptadas en estos casos.

Aun así es común observar depresión en personas con AR incluso antes del diagnóstico formal y la presencia de los primeros síntomas.

Y al igual que la AR, la depresión por definición se considera recurrente, de tal suerte que independientemente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias. (Novelo, 2010)

La Escala de Depresión de Zung es una prueba autoaplicada usada para evaluar la depresión. Consiste de 20 preguntas que evalúan múltiples aspectos del individuo describiendo la frecuencia de los síntomas como “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” o “casi siempre”, asignándole un valor a la misma de 1 a 4 dependiendo de la pregunta.

El resultado final se convierte a un número porcentual ($\text{puntaje total} / 80 \times 100$). Resultados inferiores al 50% excluyen depresión, resultados entre 50-59 indican depresión “leve”, entre 60-69 moderada y resultados superiores a 70 indican depresión severa, con hasta un 95 % de sensibilidad de acuerdo con los criterios del DSM IV.

Aun así como se aprecia hace falta un instrumento que mida adecuadamente la depresión en pacientes con AR debido a la confusión que podría causar la fatiga propia de la enfermedad.

Finalmente, como puede observarse, la mayoría de los anteriores factores cognitivos a excepción de la depresión, tienden a una contracción muscular excesiva y crónica que facilita ampliamente los síntomas de la AR, manteniendo y propiciando el desgaste reumático.

A continuación se respaldará lo antes mencionado con la teoría de la Psicogénesis de los síntomas corporales.

6. Psicogénesis de los síntomas corporales

La investigación psicosomática se dedicó a definir ciertas correlaciones entre tipos de reacciones en los órganos y ciertos tipos de conflictos (Psicogénesis). (De Cristóforis, 2006)

La Psicogénesis es un proceso etiológico no más misterioso que la infección bacteriana. Para entenderlo, basta que los conflictos psicológicos de los enfermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad y detenimiento con que se estudia el funcionamiento del hígado, de los intestinos o del corazón.

Se ha comprobado que las personas de carácter optimista no suelen experimentar trastornos psicosomáticos y cuando los presenta se recuperan más fácilmente. (Jores, 2008) Entonces se puede comprobar que los conflictos psicológicos son tan efectivos para alterar la función de un órgano, como los microorganismos o las toxinas. El criterio psicogenético permite apreciar que, en ciertas circunstancias, un síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y en otras, simplemente la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes.

En ocasiones, el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio. En otras, lo que ocurre es que un enfermo está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas.

Una implicación del concepto de Psicogénesis es que, puesto que los conflictos mentales se originan en el vivir en relación recíproca con otros individuos que son portadores de las metas, los ideales, las restricciones y las prohibiciones vigentes en un grupo o en una sociedad, es necesario para entender las causas de la salud o de la enfermedad de un individuo, tener en cuenta las circunstancias de su ambiente natural y cultural.

Por otra parte, existen datos concretos de los resultados de algunas investigaciones que muestran la influencia que tienen el tipo de personalidad, las situaciones emocionales, el ambiente familiar o el trabajo que se realiza, en las enfermedades biológicas.

Por ejemplo, las personas hostiles y cínicas tienen un mayor riesgo de padecer una cardiopatía. El estrés y el decaimiento parecen inducir el síndrome de colon irritable. Algunos trastornos de la personalidad producen una dermatitis crónica. La excitabilidad emocional puede provocar cambios en las vías respiratorias. (Jores, 2008)

Estos hallazgos y otros más que se han encontrado son comprensibles ya que el sistema nervioso y las funciones mentales son parte integral del organismo y así como los problemas físicos afectan la mente, los problemas psicológicos también afectan la biología humana.

Sin duda, lo anterior nos lleva a determinar qué entendemos por cuerpo, y si aceptamos que tiene procesos más complejos que los fisiólogos; que el cuerpo es una red compleja de cooperación y no se mueve por el simple principio de nutrir y excretar para evitar la intoxicación. (López, 2002)

Apreciando con esto una breve introducción de lo que se verá en el Capítulo siguiente, respaldando la teoría de la etiología psicológica o cognitiva de la Artritis Reumatoide, mediante estudios de psicósomática.

Capítulo 2

La psicósomática

1. Definición del término Psicósomático

Se define clásicamente por psicósomático a todo trastorno somático (es decir corporal) que comporta en su determinismo un factor psicológico que interviene, no de una manera contingente, como puede ocurrir en cualquier afección, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad.

Las enfermedades psicósomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de los factores psicológicos. Ello significa que no toda persona que sufre asma está enferma psicósomáticamente, ni tampoco es cierto que el diabético padezca una enfermedad puramente física. (López, 2002)

Típicamente se definen como aquellas en las cuales se cree que hay factores psicológicos que contribuyen mucho a la aparición, exacerbación o persistencia de la enfermedad.

El término Psicósomática ha sido criticado por implicar una división entre mente y cuerpo. Sin embargo, otros términos como holístico, integrativo o psicosocial no han sido aceptados en la tradición médica. (Uribe. 2006)

Lo psicósomático es sólo un refugio de los seres humanos ante la inmensidad de mensajes que recibe y no saben cómo procesar, o sobre los que ni siquiera pueden hacer una interpretación ante tanta información recibida. (López, 2002)

En los desórdenes psicósomáticos, el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos.

Se dice que el proceso psicósomático es la progresiva desorganización del nivel psíquico que desemboca en una regresión al plano biológico. (Caparrós, 2008) Dentro de esto se engloban las manifestaciones patológicas puramente funcionales, sin lesión orgánica subyacente, o como resultado del desarrollo de ciertas funciones vitales, tal es el caso del estreñimiento crónico.

La enfermedad psicosomática se constituye cuando el sistema nervioso neurovegetativo pasa a ser el medio privilegiado de expresión de los conflictos, saliendo así de la esfera de sus funciones habituales. Toda un área de la personalidad se expresa en el código visceral. (Caparrós, 2008)

Esto significa que la persona trata de descargar sus tensiones y aliviar su ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos.

La medicina psicosomática, siguiendo la definición de referencia, trata de la investigación científica entre los factores fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia; pero, en un sentido más amplio, se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades y de los cuidados médicos, como lo menciona Miguel Uribe Restrepo en el artículo Modelos conceptuales en medicina psicosomática publicado en Junio del 2006.

1.1 Clasificación de los trastornos Psicosomáticos

Los trastornos psicosomáticos son diferentes y pueden clasificarse en los siguientes grupos principales según sus características (López, 2002):

- *Síntomas de conversión*: El síntoma adquiere un carácter simbólico que no es comprendido por el paciente. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Los síntomas de conversión suelen afectar la motricidad voluntaria y los órganos sensoriales.
- *Síndromes funcionales (somatoformas)*: Por regla general, resulta imposible detectar cambios en los tejidos. Al contrario de lo que ocurre con la sintomatología de conversión, en este caso el síntoma concreto no tiene una importancia particular en la vida del paciente, sino que se trata de una consecuencia no específica del trastorno de una función o percepción corporal.
- *Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto (psicosomatosis)*: Son producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica. Las condiciones previas necesarias

(predisposición), y una respuesta orgánica puede influir sobre determinados órganos. Desde el punto de vista de la medicina histórica, este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoide y úlcera duodenal.

Como puede verse, la AR pertenece a los principales cuadros de enfermedades clasificadas como psicósomáticas, al igual que otros padecimientos que se mostrarán a continuación.

1.2 Principales padecimientos psicósomáticos

Algunos de los principales padecimientos considerados como psicósomáticos, debido a la influencia de factores psicológicos son (Jores, 2008):

- Acné
- Arritmia
- Asma bronquial
- Cefalea tensional
- Colitis espástica
- Colitis ulcerosa
- Colon irritable
- Diabetes mellitus
- Dolor de cabeza
- Fibromialgia
- Hipertensión
- Migraña
- Neurodermatitis
- Obesidad
- Reacciones alérgicas
- Síndrome doloroso crónico
- Soriasis
- Taquicardia
- Úlcera duodenal
- Úlcera gástrica
- Verrugas
- Vómitos

El concepto básico desarrollado por el Chicago Institute for Psychoanalysis consiste en que los estados emocionales no sólo se traducen en un comportamiento externo.

Cada estado emocional configura su correspondiente fisiopatología. Es decir, encuentra un modo expresivo biológico específico, aquí algunos ejemplos (Caparrós, 2008):

- *Asma bronquial*: Inhibición del impulso a gritar, la función del grito es llamar la atención maternal.

- *Hipertensión esencial*: Pugna entre las tendencias agresivas y el temor a perder el afecto de los demás.
- *Migraña*: Con los consiguientes disturbios vasomotores de las arterias craneales que se acompañan de tendencias destructivas reprimidas.
- *Hipertiroidismo*: Consecuencia de una situación traumática, considerándolo como una defensa más o menos específica contra la angustia. El deseo de ser autosuficiente sirve como desencadenante.
- *Diabetes mellitus*: En relación con una insaciable necesidad oral, como ocurre también en la bulimia; una defensa del Yo frente a esta tendencia.

En el caso de la Artritis reumatoide, tiene una connotación de eliminación de los contenidos hostiles a través de los impulsos musculares de la agresión, lo cual daña y atrofia músculos, tendones y articulaciones.

2. Antecedentes históricos de la Psicósomática

A lo largo de la historia han existido diferentes maneras de entender la enfermedad y por lo tanto los métodos y prácticas para curarlas, Hipócrates (460- 377 a.C.) entendía la enfermedad como un desorden interno, como una desarmonía de la psiquis y pérdida de un orden que el médico trataría de restablecer (llamado actualmente equilibrio psicósomático). (De Cristóforis, 2006)

En la escuela de Cos en la antigua Grecia, Hipócrates concebía el objeto de la medicina al hombre enfermo en su “totalidad”, teniendo presente el temperamento del enfermo y su historial. Por ello la enfermedad era vista como una reacción global del individuo, implicando a su cuerpo y a su espíritu en una perturbación interna o externa.

Tal como en la actualidad se pretende manejar por la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiendo la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad, como se menciona en la introducción de la Tesis.

Cuando Descartes supone que la glándula pineal es la parte del cuerpo en la que el alma ejerce sus funciones (1649), estaba lejos de poder imaginar que

tres siglos después otro francés, Pierre Marty, iba a encontrar una vía de acceso para la constitución de una nueva disciplina científica: la psicosomática.

C. Bernard (1850) descubre la constancia del medio interno, que garantiza la seguridad del ser vivo frente a desequilibrios intensos. A partir de este acontecimiento, esta es la época de la enfermedad entendida como desequilibrio. (Caparrós, 2008)

Años después, IvanPavlov (1876) describe los reflejos condicionados; sus trabajos se complementan con el condicionamiento emocional. Esta línea prosigue con niveles funcionales de complejidad diferente. Nace así la medicina cortico- visceral

Más tarde W. Cannon (1911) demuestra que las emociones tienen efectos fisiológicos en todos los sistemas del organismo por mediación de las vías cortico- talámicas y el sistema nervioso autónomo, interviniendo en la regulación de la homeostasis.

A partir de 1974, en que oficialmente se les dio importancia a factores que no fueran estrictamente los síntomas objetivos de cada enfermedad se desarrolló en gran interés en la investigación sobre la influencia que los factores psicológicos tienen en las enfermedades. Se empezó a comprender que los factores psicológicos, el tipo de personalidad, los conflictos inconscientes, el estrés crónico, la forma en que cada individuo afronta y vive sus experiencias, los hábitos higiénicos desadaptativos (ingerir en exceso alimentos que contengan demasiadas grasas o carbohidratos), influyen notablemente en su desarrollo así como en el proceso salud-enfermedad, en el mal funcionamiento de algún órgano o sistema, o en el inicio y evolución de diversas enfermedades. (Jores, 2008)

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, por su parte, decidió cambiar el término psicofisiológico, por la expresión menos comprometida y más diluida de factores psicológicos que afectan condiciones físicas. (Uribe, 2006)

2.1 Aportaciones de Sigmund Freud

La aportación de Freud a la psicósomática fue decisiva. Su concepción de aparato psíquico establece los principios dinámicos y genéticos, anclados todos en lo biológico, queda así abierto el camino para articular los dos niveles. (Caparrós, 2008)

Hacia finales del siglo XIX. S. Freud, partiendo de trabajos sobre las parálisis, la afasia y la histeria, descubre la realidad dinámica del inconsciente e inventa el psicoanálisis, sin embargo, a pesar de ser consciente del papel del factor psicológico en las enfermedades orgánicas, Freud no orientó sus investigaciones en esa dirección y aunque no se haya interesado en especial en la psicósomática, sin duda fue su inspirador.

Los conceptos iniciales que resaltan el determinismo psíquico fueron mostrados por Freud en las reacciones de conversión somática (conversiones histéricas). Posteriormente Franz Alexander distingue las reacciones de conversión de los trastornos psicósomáticos al estudiar la influencia que tienen los factores psicológicos en diversas enfermedades. (Jores, 2008)

Justamente los problemas psicósomáticos se empiezan a plantear a partir de los trabajos sobre la histeria y su descripción de los síntomas de la neurosis de angustia, presentándolos como la manifestación somática de angustias no representadas.

A lo largo de la obra freudiana aparecen cuatro tipos de síntomas somáticos (Caparrós, 2008):

1. Los síntomas de conversión propios de la histeria, donde lo psíquico invade lo corporal y la presencia activa de la represión.
2. El síntoma somático de la neurosis actual, se corresponde a lo que la medicina clásica denomina trastornos funcionales, producidos por hipo o hiperactividad de ciertas operaciones somáticas que se asocian por lo general a la angustia.
3. Los síntomas hipocondríacos, el yo pierde la facultad de establecer vínculos y se ha de enfrentar excitación libre, que en 1926 será descrito como ansiedad traumática.

4. Finalmente el síntoma de las enfermedades orgánicas, objeto del proceso psicosomático.

Para el psicoanálisis, la aparición de síntomas somáticos puede obedecer a una vía simbólica o no simbólica. En el primer caso, el síntoma expresa simbólicamente un aspecto de un conflicto inconsciente, como en algunas histerias de conversión. (Uribe, 2006)

2.2 Aportaciones de Franz Alexander

Los estudios psicosomáticos cobran sistematicidad con la Escuela de Chicago en 1930. Integrada en sus orígenes por Franz Alexander, F. Dumbbar, J. French, E. Weiss.

Alexander proponía que era posible encontrar para cada una de las enfermedades psicosomáticas principales un conflicto específico y particular. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad ácido péptica, el conflicto estaría en necesidades orales de dependencia. (Uriel, 2006)

Franz Alexander (1891- 1964) separa el síntoma de conversión histérica y las respuestas vegetativas que siguen a los estímulos psicológicos. El primero representa un intento de reducción simbólica una tensión emocional, una expresión sustitutiva de la emoción. Las segundas tienen su concomitante fisiológico. (Caparrós, 2008)

Las manifestaciones más primitivas del psiquismo quedan inscritas en la fisiología de las funciones viscerales. Las emociones son factores etiopatogénicos a la altura de los agentes infecciosos.

F. Alexander vierte generalidades tales como: El estado emocional de una persona puede tener una gran influencia sobre el curso de cualquier enfermedad.

Hay que aclarar que si bien Alexander fue más conocido por la hipótesis de la especificidad, su visión era más amplia y cercana a un modelo biopsicosocial. La génesis y el curso de las enfermedades estarían determinados por tres factores: la configuración del desarrollo, la situación de vida desencadenante y la facilitación o vulnerabilidad orgánica. (Uribe, 2006)

Tras la Segunda Guerra Mundial, dos modelos compiten para explicar el hecho psicosomático en general y la medicina psicosomática en particular. Ambos otorgan a los factores psicológicos un papel determinante, relegando a un segundo plano a los factores orgánicos.

2.3 El pensamiento de Pierre Marty

El trabajo e investigaciones de Pierre Marty fueron igualmente uno de los primordiales pilares de la Psicología actual.

P. Marty creó el Instituto Psicosomático de París (IPSO). Sus primeros trabajos, que datan de 1943, versan sobre los instintos alimentarios, la gastroenterología, los vómitos y las cefaleas. A diferencia de otros investigadores de la época, le interesan las funciones básicas, los síntomas esenciales y no el complejo cuadro que representa la enfermedad. Sus preocupaciones discurren hacia ese terreno borroso donde real, soma y psique se entremezclan, sin fijar de manera clara sus dominios y leyes respectivas. (Caparrós, 2008)

El final de la Segunda Guerra Mundial, se encuentra enfrentando a patologías peculiares como el estrés, los traumatismos psíquicos y las privaciones alimentarias.

P. Marty trabajó en el servicio de neurocirugía de Marcel David y también, con Ajuriaguerra, que le sensibilizó al estudio de la relación cerebro- psique. Marty no fue un psicoanalista interesado por la medicina, sino un médico que sin dejar de serlo, se hace psicoanalista.

3. Proceso Psicosomático

Todas las enfermedades podrían considerarse psicosomáticas, en tanto todas presentarían manifestaciones psíquicas y manifestaciones somáticas. En vez de preguntar sobre la causa, podemos preguntarnos sobre el sentido de la enfermedad para ese sujeto, por qué aparece en ese momento, cómo se inserta en su devenir histórico. (De Cristóforis, 2006)

Las enfermedades también se pueden pensar como construcciones sociales (culturales). Se puede pensar por ejemplo en la lepra, o en el estrés.

Juan D. Nasio (1996), comenta que las enfermedades se modifican según la teoría con la que se avanza para conocerlo y curarlo. Cada teoría (con sus instrumentos) modifica la realidad de ese cuerpo. No se trata solamente que haya un cambio en la mirada, sino que la modificación abarca la realidad concreta, carnal, material. Esta postura implicaría pensar cómo el símbolo (en este caso la palabra) modifica lo real, opera sobre lo real.

La presión arterial asociada al sentimiento de enojo, ira, agresión; el no asimilar algo (“no tragarlo”) con problemas digestivos, úlceras, gastritis, etc. (De Cristóforis, 2006)

Querer encontrar los sentimientos en una relación química puede no ser cuestionable, lo que importa es la reflexión que de ello se deriva para poder comprender el proceso del sentir en el humano y en especial la negación explica los procesos sociales e históricos- culturales que hacen que lo orgánico pueda ser transformado a otro estado en su relación química, es decir, pensar en esa otra posibilidad que se construye a partir de haber ampliado las formas y mecanismos del cerebro para poder construir nuevas relaciones en el cuerpo; más aún, en ese conjunto de nuevas formas y maneras de construir que se dan con las emociones y los sentimientos en la vida cotidiana. (López, 2002)

Existen ciertas manifestaciones somáticas que se viven como “únicas” vías de descarga de la tensión afectiva, lo cual actuaría como situación “tóxica” para ciertos órganos o funciones comprometidas, provocando una disociación entre lo que puede ser pensado (representado) y/o manifestado y las respectivas manifestaciones somáticas “que deberían” acompañar a esas emociones vivenciadas.

Por otro lado, no es desestimable pensar que esta vía de “expresión” limitada sólo a lo corporal sería una manera posible de evitación del conflicto a nivel intersubjetivo, y que la expresión de la emoción a nivel del yo podría traerle aparejado a ese individuo, por ejemplo, confrontaciones imposibles de sostener.

Los síntomas corporales sufridos (o simplemente portados) por un individuo siempre forman parte de un sistema que incluye a otros y las reacciones que

ese otro u otros tengan al respecto, obrando en algunos casos como sostenedores de los mismos. (Pensarlo esto principalmente en familias con enfermos crónicos). (De Cristóforis, 2006)

En el escenario clínico, la expresión somática es una de las tantas formas de presentación de lo patológico.

El individuo no puede elaborar mentalmente la desorganización somática.

Cuando la emoción dominante se instala en el órgano, se rompe el equilibrio que se guarda entre el órgano y la emoción. Los órganos tienen una relación entre sí, es decir, no son autónomos. (López, 2002)

Está en estrecha relación con las condiciones de vida y las formas en que se expresan los sentimientos, cómo se vive, con o sin estrés, los cuidados del cuerpo, tipo de trabajo y alimentación, las formas en que se guardan los rencores, abandonos afectivos, sobreprotección, resentimientos.

Esto es importante porque de ello depende la forma en que la persona elabora su proceso psicosomático: los deposita en algún órgano, articulación o se produce alguna sintomatología que bien puede ser migraña, hemorroides, estreñimiento, asma, depresión o tristeza crónica, en algunos casos problemas de psoriasis, entre otras menos comunes.

Por ello es común encontrar que personas con ciertas características padecen ciertas enfermedades, pues los conflictos son similares.

3.1 Especificidad del conflicto psíquico

A finales del siglo XIX vuelve a considerarse la importancia de factores psicológicos en la enfermedad. En sus estudios sobre la histeria. Freud describió la reacción de conversión, según la cual conflictos psíquicos se transformaban en síntomas somáticos como parálisis, anestias o ataques. La enfermedad era así la expresión de un conflicto del inconsciente. La reacción de conversión tiene dos características importantes: se establece a través del sistema nervioso de la vida de relación y tiene un simbolismo (análogo al de los sueños). Por ejemplo, la parálisis evita tener que hacer algo que el enfermo, inconscientemente, rechaza.

La propuesta de hacer una generalización en los seres humanos se convierte en obsoleta cuando se construyen corporalmente nuevas formas de sentir y ver la existencia: los símbolos y los significados se hacen estilos de vida, representaciones corporales que desvían la columna vertebral, que se instalan en algún órgano y hacen una existencia con problemas psicosomáticos. (López, 2002)

Posteriormente, Grace y Graham (1952) estudiaron las actitudes de los pacientes ante sus síntomas. Por ejemplo, los enfermos que padecían diarrea eran los que querían librarse de una situación vital determinada, de acuerdo con esto, sugirieron que la emoción se podría definir como una actitud y los correspondientes cambios del organismo.

Los trabajadores de la salud sólo buscaron nuevos fármacos e instrumentos sofisticados para aplicar una medicina remedial, incluso exploraron el árbol de la vida, pero la sorpresa fue mayúscula: no encontraron las respuestas, sólo destellos y sombras que dejan entrever que el ser humano no es sólo cromosomas y la materialización en un cuerpo. (López, 2002)

Los estudios sobre la especificidad del conflicto llevaron a hablar de un Lenguaje de los órganos. Los enfermos, de un modo inconsciente, expresaban sus conflictos a través de la patología de uno de sus órganos.

Cabe mencionar que los estudios de la especificidad del conflicto son los que respaldan la naturaleza psicosomática de la Artritis Reumatoide, ya que como se mencionó en el apartado 1.2 Principales padecimientos psicosomáticos del Capítulo 2, la AR maneja factores psicológicos orientados a la eliminación de los contenidos hostiles y agresivos, conflicto que se instala en articulaciones y tendones, a través de los impulsos musculares de la agresión, lo que propicia la cronicidad del padecimiento.

Asimismo, en el desarrollo de los estudios sobre la especificidad, tomaron importancia los factores sociales, además de los culturales, empezando por el ambiente familiar, el sistema que rige en ella, su economía, la forma en que sus miembros se relacionan entre sí y el medio ambiente que los rodea. Ello dio

como resultado señalar la importancia del análisis global del enfermo, es decir, estudiarlo en su totalidad. (Jores, 2008)

3.2 Equilibrio biológico

La economía humana se puede dividir artificialmente en tres sectores: el del pensamiento, el de la acción y el de la vía somática. Las variaciones de nuestra economía figuran entre los signos que determinan nuestra vida. Los acontecimientos que soportamos o las situaciones en las que nos vemos implicados (y que están constituidas no sólo de frustraciones y de pérdidas, sino también de satisfacciones y de placeres) suscitan inevitablemente en nosotros excitaciones internas.

Se trata de excitaciones inconscientes de nuestros instintos y de nuestras pulsiones (las excitaciones se califican de pulsionales cuando derivan, aunque sea en parte, hacia la vía mental). A estas excitaciones más o menos intensas y de diversa naturaleza respondemos de manera automática o no, en un período de tiempo más o menos largo, hasta restablecer un cierto equilibrio, necesariamente provisional, puesto que otras excitaciones van a sobrevenir.

Nuestro equilibrio biológico fundamental, es decir la homeostasis, se compone de variaciones que oscilan alrededor de constantes. Aunque debe señalarse que, de un individuo a otro, las constantes biológicas son más estables y tienen márgenes más rígidos que las constantes psicoafectivas.

Las excitaciones son de mayor o menor intensidad. Si son muy intensas, repetidas y excesivas, se acumulan y conducen a estados de tensión que se muestran insoportables para los sistemas funcionales que las reciben, cualesquiera que sean estos sistemas, y los desorganizan impidiéndoles funcionar. Esto corresponde a la noción de traumatismo.

Este término de Equilibrio biológico, es lo que resume a grandes rasgos los diversos conceptos que se han venido manejando en la Tesis, conceptos como equilibrio psicosomático, homeostasis, salud, etc., siempre dejando clara nuestra naturaleza como seres biopsicosociales. Lo cual ayudará a entender la intervención del psicólogo en la salud física, y no solamente mental.

4. La psicósomática en la actualidad

La correlación entre enfermedad, afectos y emociones hoy día no se discute mucho, lo que interesa es cuándo y cómo se da el proceso de cambio en el cuerpo y en este caso no estamos hablando de una somatización, se habla del efecto de una relación de pérdida o de estado emocional, como la tristeza, que cambian el metabolismo bioquímico del cuerpo. Este proceso es distinto de la somatización, las construcciones son distintas y sus manifestaciones también la primera es de efectos paulatinos y en algunos casos mortal, la segunda conlleva un proceso distinto: el sujeto elabora un síntoma en un órgano y se convierte en un problema de salud crónica que no le impide llevar el curso de su vida y se asocia con algunos periodos de crisis de acuerdo con un problema no resuelto en su vida cotidiana. (López, 2002)

La idea de lo psicósomático adquiere el perfil actual desde tres fuentes dispares (Caparrós, 2008):

1. De la teoría de la complejidad y dentro de ella de los niveles de integración.
2. De la evolución, la biología humana y las neurociencias.
3. Del psicoanálisis.

La teoría de la complejidad proporciona un marco epistemológico sin el cual estaríamos atrapados por los dilemas tradicionales entre monismo y dualismo.

El psicoanálisis proporciona, una teoría del aparato psíquico, del funcionamiento mental y una relación de apoyo en lo biológico.

Lo psicósomático se convierte en una nueva realidad social que se va asimilando en la población sin importar los recursos económicos y culturales; es una nueva posibilidad en los estilos de vivir; los niveles de somatización se convierten en un modo de vida o una pseudo nueva realidad que los individuos construyen como un factor de riesgo en las maneras de llevar su existencia. (López, 2002)

La enorme importancia de la vida psíquica interna del ser humano, tan distinto de todo lo encontrado en otros organismos vivientes y las interacciones

emocionales intrincadamente estructuradas en los seres humanos, en una cultura socialmente integrada, no pueden ser hechas de lado cuando se trata de desórdenes psicosomáticos, tal y como no pueden hacerse a un lado los factores fisiológicos.

Uno de los problemas importantes de la salud en los últimos años se relaciona con los procesos emocionales y su impacto en las sociedades contemporáneas. (López, 2002)

Con este enfoque los síntomas subjetivos como el miedo a perder el empleo, la frustración por fracasos personales o la importancia ante una enfermedad grave, empezaron a ser analizados con objetividad por el cuerpo médico para ejercer una medicina integral cuyo centro de estudio es la persona en su totalidad.

Se estuvo de acuerdo en que el estilo de vida propicia una determinada enfermedad iniciándose una nueva clasificación: las enfermedades biográficas.

Por ejemplo, el estrés en los ejecutivos y empresarios es mucho más alto que en los campesinos. Es así que la personalidad, la forma de afrontar el trabajo, los problemas del hogar y de la vida, las frustraciones ante las pérdidas ya sea de los seres queridos, del trabajo o de la posición económica, todos ellos factores psicológicos, influyen en nuestra salud o enfermedad biológica. (Jores, 2008)

Conviene reiterar que los trabajos sobre este campo provienen sobre todo del ámbito médico. Para muchos, el hecho psicosomático es modo de entender determinadas enfermedades. (Caparrós, 2008)

La multiplicidad de formas y estilos de vida en la sociedad contemporánea es sólo un planteamiento que pone a los individuos en la lógica de no participar en la construcción de la sociedad de manera intencionada; la despersonalización se instituye como un mecanismo ajeno al individuo, lo que le hace perder sentido a su individualidad.

Por eso la salud se convierte en una mercancía, un instrumento que permite establecer mercados y lecturas que no son de gran profundidad en la consigna

de vivir dignamente, y eso nos enfrenta con las interrogantes del siglo que acaba de concluir. (López, 2002)

4.1 Lo psicossomático en la clínica psicoanalítica actual

Lo psicossomático siempre ha ocupado un lugar de reflexión en las teorizaciones y en la clínica psicoanalítica. Desde la noción freudiana de neurosis actuales hasta nuestros días las conceptualizaciones sobre este tema han ido variando y sobre todo, ampliándose. Esto fue ocurriendo no sólo dentro del psicoanálisis sino también en otros sectores de las ciencias como la medicina.

Actualmente el término psicossomático es utilizado en sentidos diferentes dentro y fuera del psicoanálisis, llegando en algunos casos a revestir posturas contradictorias. Se lo cita como enfermedad, síntoma, estructura psicopatológica, tipológica de paciente, fenómeno, clínica, enfoque, campo, definiendo un área especial de la medicina (medicina psicossomática), un área específica teórica- clínica en psicoanálisis (psicossomática psicoanalítica) y también una disciplina independiente: la psicossomática del adulto y del niño. (De Cristóforis, 2006)

Se ha marcado además una notable diferencia entre aquellos casos en donde la somatización aparece como un síntoma interpretable, es decir, donde se evidencia procesos de simbolización adquiridos juntamente con la puesta en acto de mecanismos defensivos.

4.2 Medicina Psicossomática

El término y el campo de la «medicina psicossomática» han sido retomados y desarrollados por un grupo de psicoanalistas americanos: Félix Deutsch (1927), Alexander, Dunbar y los otros representantes de la escuela de Chicago (Weiss, English, Cobb, Grinker, etc.). Estos autores, distinguiendo punto por punto el mecanismo de conversión histérica y la patogénesis psicossomática, han intentado definir para cada tipo de afección perfiles de personalidad específicos. (De Cristóforis, 2006)

Desde entonces numerosos trabajos han subrayado la no especificidad de las situaciones conflictivas que se encuentran en el momento del desencadenamiento de afecciones «psicosomáticas» de todo tipo. Un análisis teórico más orientado en una perspectiva psicoanalítica permite incluso ver, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones en base a las características, un conjunto de rasgos comunes que circunscriben una verdadera estructura psicosomática.

El termino medicina psicosomática se refiere, en su sentido más usual, a los conocimientos adquiridos en los últimos años acerca de la relación entre los procesos mentales, los procesos fisiológico, las teorías y especulaciones concernientes a esta relación.

En la práctica, la medicina psicosomática constituye también una manera de enfocar los problemas de la medicina, en la que se enfatiza la unidad psicofisiológica del organismo humano y se acepta como válido el principio basado en observaciones empíricas de que aquello ocurre en los más altos niveles de integración, los niveles mentales, es susceptible de afectar las funciones que se integran a niveles inferiores, los niveles fisiológicos. (Jores, 2008)

Es conveniente aclarar que la medicina psicosomática no puede ser considerada como un campo aparte de la medicina, ya que careciendo de conceptos y de técnicas propias, utiliza aquellos que son de uso corriente en la psicología y en la medicina. En todo caso, lo único nuevo es su uso combinado.

También es claro que la medicina psicosomática no puede ser una especialidad, puesto que no es posible distinguir entre padecimientos psicosomáticos y otros que no lo son: es decir, que aunque en algunos padecimientos el componente psicogenético parece ser más importante que en otros, no debe perderse de vista que en sentido estricto, todas las enfermedades son psicosomáticas y que el criterio psicofisiológico es aplicable en todos los casos.

4.3 Psicología médica

La Psicología, la Psicología médica, la Psiquiatría y el psicoanálisis se enfocan al estudio de la mente pero su campo de acción es diferente. La Psicología se dedica únicamente al estudio de la conducta y de los procesos mentales del individuo. La Psicología médica es la ciencia que integra el método biopsicosocial en la aplicación de la medicina.

La Psicología médica se define como “la parte de la medicina encargada de informar y formar al médico para realizar mejor su labor en general, proporcionándole una conceptualización amplia del contexto psicobiológico y psicosocial de la salud y la enfermedad, facilitándole así el desarrollo de sus habilidades de interacción interpersonal”. (Jores, 2008) Esta definición significa que además de su preparación en los diferentes aspectos específicos que componen su saber profesional, el médico necesita conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con el dominio de la relación médico- paciente y con una comprensión amplia de la enfermedad como un hecho humano.

Víctor Weiszaecker (1956) introdujo el término de medicina biográfica. No se estudian enfermedades, sino enfermos. Las enfermedades en general tienen que ver con lo que pasa en la vida del sujeto y con su particular manera de vivenciarla. (De Cristóforis, 2006)

La manifestación de las emociones no podrá ser interpretada con las herramientas de la casualidad; se hace necesario recurrir a la lógica de la construcción de un cuerpo, donde se puede hacer una lectura sin esa lente de la casualidad, es decir, la frontera de las leyes universales enfrentan una nueva relación epistemológica ante las formas de explicarse los padecimientos y las nuevas sintomatologías que contribuyen los sujetos; las opciones y las formas de hacer de la vida un nuevo proceso de construcción corporal- social- mental no son claras para muchos individuos; la cultura y los procesos de simbolización y significación le han dado otro giro a la construcción corporal. (López, 2002)

Los inicios de la Psicología médica como una disciplina diferente dentro de las ciencias médicas se deben al barón Ernst Freihrn von Feuchtersleben, con la

publicación en 1845 del libro “Principios de Psicología médica”. En esta obra ya se menciona que quizá nada sea tan importante para el avance de la medicina como la Psicología, cuidadosamente adaptada a propósitos médicos. (Jores, 2008)

Este autor insistía en que el conocimiento de las relaciones entre la mente y el cuerpo era indispensable no sólo para el psiquiatra sino también para todos los médicos en general. Observó que el conjunto de síntomas de la enfermedad del sujeto atraía tan poderosamente la atención del médico que los aspectos psíquicos quedaban oscurecidos o en segundo plano, por lo que resaltó e insistió en la necesidad de enseñar al médico a valorar la importancia que tienen los aspectos psíquicos en la salud humana global y a actuar sobre ellos.

En España, Ortega y Gasset y Marañón (1944), al percibir que la medicina se practicaba sólo con una visión científica, de forma reduccionista ya que la ciencia no lo abarca todo, comprendieron la necesidad de ampliar este enfoque y humanizar los estudios médicos. Introdujeron la enseñanza de la Psicología como materia obligatoria en las facultades de medicina (la cual se cursaba en las facultades de filosofía y letras). (Jores, 2008)

Con el tiempo el contenido del plan de estudios se ha modificado y actualmente un tema central de la Psicología médica es el estudio de las relaciones interpersonales, particularmente de la relación médico- paciente. Este enfoque ha contribuido al desarrollo de una medicina antropológica en la que se considera al hombre en forma global, construido no sólo por aspectos biológicos sino también por los aspectos psicológicos y sociales.

En México (1954), algunos profesores de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, encabezado por el doctor Ramón de la Fuente Muñiz, preocupados por la pérdida de la dimensión humana en el cuidado de los enfermos, propusieron que se introdujera la materia de Psicología en el currículum de la carrera de medicina.

El objetivo que se pretendía era que el estudiante aprendiera a identificar las situaciones de la vida, tensiones, crisis, conflictos, pérdidas y frustraciones que intervienen en la iniciación, evolución y desenlace de los estados patológicos;

que advirtiera el efecto de sus propias reacciones y actitudes hacia los enfermos y que aprendiera a usar su influencia personal en beneficio de ellos. (Jores, 2008)

Elaborar además del examen médico general, el examen médico psicológico para conocer el estado en que se encuentra la salud mental del enfermo ocupa que se invierta más tiempo en la entrevista, sin embargo, es imprescindible hacerlo para poder obtener una visión global del sujeto. El médico que comprende el padecer del enfermo no se limita a efectuar una exploración física completa y a elaborar una historia clínica del examen médico general sino que extiende el interrogatorio al ámbito psicológico, lo que resulta en un estudio integral del paciente.

No se puede aplicar el mismo diagnóstico a todos los individuos, pues cada cual es dueño de una individualidad que demanda conocer su proceso de construcción corporal.

Es necesario hacer un diagnóstico que no sólo pondere lo psicológico, sino que también incluya el proceso emocional y afectivo de la vida y la relación que ese proceso tiene con los estilos de vida. (López, 2002)

Otro de los objetivos de la Psicología médica es proporcionar al médico un conocimiento adecuado del funcionamiento psicológico y de la personalidad de él mismo y de las demás personas tanto sanas como enfermas. Asimismo darle a conocer la relación que los aspectos psicológicos y sociales tienen en la salud y en la enfermedad del individuo. (Jores, 2008)

Además de sus propias aportaciones y conceptos de las diversas corrientes psicológicas, la Psicología médica tiene estrecha relación con la medicina general. El comportamiento de las personas, la diferente forma en que cada individuo vive los problemas humanos, los conflictos inconscientes, las relaciones significativas, su pérdida y como las maneja, es decir, los aspectos psicológicos, no son ajenos a la salud o a la enfermedad y tienen una determinada influencia en los problemas médicos que cada individuo padece.

En 1974, la importancia de la Psicología médica fue reconocida oficialmente en la Declaración Final de la Asamblea Mundial de la Salud. Se recomendó por

ver primera a todos los países apoyar la investigación sobre el rol que tienen los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, tanto física como mental, y su importancia en la prevención, manejo y solución de todas las enfermedades. (Jores, 2008)

Se consideró que el dominio de la Psicología médica por parte del médico era imprescindible al ser la única forma de evaluar las funciones mentales, sus contenidos y la conducta del sujeto en conjunto con el sustrato biológico y las características socioculturales. En resumen, el rol que tienen todos estos factores en los estados de salud y de enfermedad de los individuos.

Estas enfermedades, en las que se utiliza el término de psicossomático, para resaltar en las enfermedades médicas la integración casual entre mente (psyche) y cuerpo (soma), la Organización Mundial de la Salud en la CIE- 10 las clasifica como factores psicológicos y del comportamiento asociados a trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar. (Jores, 2008)

4.3.1 La psicología médica en la prevención

La prevención es un objetivo prioritario de la salud. Sólo es posible en un segundo término cuando se conocen las enfermedades que amenazan la salud, así como sus causas y mecanismos patogénicos. La medicina está en un momento de evolución en el que el progreso del conocimiento de las enfermedades permite esperar mucho de la prevención.

La prevención implica una visión amplia de la salud teniendo en cuenta al hombre en la situación de su medio ambiente y teniendo por finalidad la máxima utilización de sus potencialidades.

La preservación de la salud necesita que se tengan en cuenta todos los factores susceptibles de influenciarla. Entonces podrá ser ejercida una elección, a fin de fijar las prioridades en función de la importancia de cada factor y de la posibilidad de acción sobre él.

Por ello se distinguen tres tipos de prevención y una de tratamiento: (Buceta, 2000)

- *Prevención primaria:* Incluye la aplicación de estrategias comportamentales para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes (la utilización regular de la relajación para reducir la actividad general del organismo y contribuir a prevenir trastornos asociados al estrés).
- *Prevención secundaria:* contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema se agrave (la aplicación de un tratamiento para dejar de fumar antes de que se desarrolle un cáncer).
- *Tratamiento de enfermedades:* se refiere al uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas (la utilización de un paquete de técnicas comportamentales para superar el dolor crónico de cabeza).
- *Prevención terciaria:* abarca la aplicación de estrategias con dos objetivos fundamentales; reducir la probabilidad de las recaídas en alteraciones ya superadas (tras la recuperación de una lesión deportiva, el uso de estrategias apropiadas para controlar el estrés y prevenir una reaparición de la lesión) y aliviar los efectos perjudiciales que se derivan de los trastornos crónicos (con pacientes esquizofrénicos, aplicar un tratamiento para mejorar su funcionamiento cotidiano).

Crear las condiciones óptimas al mantenimiento de la salud supone medidas biológicas ahora bien conocidas, como la higiene, alimentación, equilibrio, prevención de carencias vitamínicas, vacunas, etc., pero también medidas psicológicas que deben apoyarse sobre los datos que conciernen al desarrollo de la personalidad.

Por ello, los principales puntos que deben intensificarse en su acción preventiva desde temprana edad son:

- Una aportación suficiente de estímulos afectivos, para tener el potencial de desarrollar capacidades en su entorno.
- Un acceso progresivo a una autonomía creciente, que favorezca los comportamientos activos. Evolución que necesita la percepción clara de prohibiciones que funcionan como límites y señales.

- Una abertura a la palabra y a la simbolización que deben desempeñar un papel de unión entre afectos, representaciones mentales y vivencia corporal, al prevenir toda laminación demasiado importante entre psique y soma.
- Una prevención de los efectos desorganizadores de los traumatismos y de la angustia excesiva, gracias a la función de apoyo, de unión y de creación de sentido del aparato psíquico de los adultos.
- Reparar los signos reveladores de dificultades de funcionamiento. Este punto puede ser particularmente ilustrado por las perturbaciones de la interacción madre-hijo. El síntoma puede retornar por sí mismo después, pero la personalidad quedará marcada porque en estos períodos de gran sensibilidad, todo queda impregnado.

Es importante no minimizar los trastornos y no reducir el tratamiento al punto de vista sintomático aislado. La verdadera prevención consistirá en oírlos como testimonio de sufrimiento del organismo y personalidad. (Jores, 2008)

Equipos médico-sociales empiezan a interesarse en esta prevención precoz rica de posibilidades.

4.3.2 Riesgos de la Psicología médica como prevención

Se contemplan cuatro principales riesgos que deben evitarse al considerar la Psicología médica dentro de la prevención, entre ellos son: (Jores, 2008)

1. Evitar la complicidad pacientes-medios, en su deseo de establecer una enfermedad, darle un nombre y clasificarla, allí donde sólo hay malestar o un sufrimiento indefinido. El encerrarse en un papel de enfermo puede ser el resultado de una búsqueda afectiva y de identidad que no puede resolverse.
2. Evitar responder con un medicamento a toda demanda de cuidados y como solución a todos los problemas.
3. Evitar encerrar al enfermo en su cuerpo y responder con un paso en falso a otro paso en falso; sino abrir al enfermo a la dimensión del intercambio, de la reflexión, a la palabra; enseñarle a utilizar su

aparato psíquico como una herramienta protectora y como uno de los instrumentos de la salud.

4. Evitar que los cuidados y las medidas preventivas sean utilizados como un medio de calmar la ansiedad del asistente o de afirmar su poder, pero hacerlo de manera que correspondan a las necesidades del paciente y se adapten a su personalidad y a su elección de valores.

4.3.3 Importancia de la Psicología medica

Se encontrará nuevamente la oposición entre una medicina de la enfermedad, centrada sobre el órgano enfermo, y una medicina más global, centrada sobre el hombre enfermo, en el que la enfermedad no sería más que la expresión más evidente de un desequilibrio que afectaría al conjunto de su personalidad. Esta oposición se ha constatado continuamente en la medicina occidental desde sus orígenes en la antigüedad.

Tres hechos se han conjugado para que sea posible incluso necesaria la aparición de la psicología médica y su organización como disciplina autónoma:

- Los progresos realizados en las ciencias psicológicas y los descubrimientos que de las mismas se han derivado.
- Los métodos de estudio se han diversificado y han permitido superar las consideraciones especulativas para llevar a las aplicaciones prácticas.
- Los propios éxitos de la medicina orgánica y el método anatomoclínico, que han permitido percibir los límites de este abordaje y así delimitar el lugar ocupado por los otros factores: genéticos, socioeconómicas, ambientales y más particularmente psicológicos, es decir, interrelacionales.

4.4 Medicina comportamental

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada "Medicina Comportamental". Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro Biofeedback: Behavioral Medicine. Aquí es clara la intención de referirse a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas

fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas.

Algunos de los factores que han hecho posible la aparición y consolidación de éste campo, se citan en la página de internet Psicología Online (<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vmars/medicina.shtml>), estos cinco factores se muestran a continuación:

1. La necesidad, ya apuntada, de una estrecha relación entre médicos y psicólogos que responda a las necesidades y objetivos de las dos disciplinas.
2. La atmósfera científica actual en relación a los procesos de salud y enfermedad que asume la existencia de una etiología multifactorial y la incorporación de soluciones multidisciplinarias.
3. Actualmente, los problemas de salud más importantes en cuanto a tasas de morbilidad y mortalidad se refiere, resultan no tanto de lo que la gente tiene, sino que en gran parte son consecuencia de lo que la gente hace (fumar, no dormir lo suficiente, no hacer ejercicio físico, no comer adecuadamente, beber alcohol...) muchos trastornos médicos presentan componentes conductuales significativos en su etiología o en su mantenimiento y que son susceptibles de modificación y prevención con técnicas psicológicas. Debido además, a la larga duración de las enfermedades crónicas, el individuo necesita aprender a vivir con ella, lo que repercute en sus pautas de comportamiento habitual y estilo de vida global.
4. La psicología, con la eficacia y desarrollo tecnológico de las técnicas de la terapia o modificación de conducta, ofrece cambios conductuales clínicamente útiles.
5. La promoción de la salud como antídoto de la enfermedad, ha propiciado el establecimiento de estrategias psicológicas preventivas, la modificación o fomento de estilos de vida sanos, la investigación de conductas individuales consideradas como agentes psicopatógenos y al mismo tiempo se intenta inocular la idea de autorresponsabilidad de cada persona con su salud.

La Medicina Comportamental fue definida como “el campo interdisciplinar que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación” (Buceta, 2000)

Así, la Medicina Comportamental abarca tanto la prevención como el tratamiento de las alteraciones biopsicosociales o psicosomáticas y de sus consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar.

Sin embargo, según Matarazzo (1980), la definición de esta especialidad no acentúa lo suficiente la importancia del mantenimiento de la salud y de la prevención de la enfermedad, haciendo necesaria la subespecialidad de la Salud Comportamental, pues Matarazzo define la Salud Comportamental como “un campo interdisciplinar dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y disfunción, mediante una variedades de actividades autoiniciadas, individuales o compartidas”.

Considerando los tipos de prevención anteriores, la intervención comportamental suele dirigirse hacia alguna de las siguientes tres grandes áreas (Buceta, 2000):

- El control del estrés, que incluye la modificación de situaciones potencialmente estresantes y de respuestas de afrontamiento habituales (la eliminación de la antigüedad en las demandas laborales, la modificación de pensamientos irracionales respecto a una situación potencialmente estresante).
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales que favorecen o perjudican la salud (la adquisición del hábito de practicar ejercicio físico moderado, la eliminación de la conducta de beber alcohol en exceso).
- La modificación de respuestas concretas y/o condiciones ambientales relevantes específicas de cada trastorno (la disminución de la presión arterial en pacientes con hipertensión, el control de estímulos

antecedentes respecto a la conducta de dormir en personas con insomnio, la mejora del ambiente familiar de los enfermos con anorexia nerviosa).

4.4.1 Intervención comportamental para el control del estrés

A esta terapia se le han dado diversos nombres como: Modificación de conducta, Terapia del Condicionamiento, Manejo Conductual, Análisis Conductual, etc.

En los Estados Unidos han preferido llamarla Terapia conductual, ya que es el término usado por Skinner, uno de los principales precursores de esta técnica.

El inicio de la Terapia conductual se sitúa en los experimentos del filósofo Ruso IvanPavlov (1927), aunque lo anteceden en América los estudios de Thorndike acerca del aprendizaje por “causa y efecto” en 1913.

Cuando ocurre determinado fenómeno estresante, las personas experimentan altos niveles de activación, se modifica la percepción de los estímulos y se producen manifestaciones cognitivas, fisiológicas, emocionales y conductuales.

Sin embargo, la existencia de situaciones de carácter estresante en el entorno de las personas, no es suficiente para que se presente la respuesta de estrés y se desarrollen alteraciones de la salud relacionadas con ésta; siendo necesaria una interacción perjudicial entre situaciones estresantes y variables personales relevantes. Aun así la práctica médica ha constatado por años que las enfermedades producto del estrés y los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente sus cargas tensionales predisponiendo la aparición de diversas patologías.

Así, la presencia de determinados patrones de conducta y/o estilos de afrontamiento poco saludables, como el patrón de personalidad Tipo- A (perfeccionistas), la tendencia a negar, evitar o escapar de la situación estresante, la ausencia de patrones de conducta y estilos de afrontamiento más saludables, como el patrón denominado dureza o fortaleza mental, parecen aumentar la probabilidad de que las situaciones potencialmente estresantes provoquen un efecto perjudicial. (Buceta, 2000)

En todos estos frentes se realizan intervenciones desde los años setenta. Muchas de ellas, se centran en la modificación del entorno estresante de las personas, tanto en el ámbito familiar, escolar o laboral, como en instituciones psiquiátricas, hospitalarias, de la tercera edad, centros de día, etc.

En general, estas intervenciones pretenden propiciar un entorno más saludable mediante estrategias tales como establecer o alterar objetos y normas de funcionamiento, mejorar los procesos de toma de decisiones, solucionar problemas, abrir vías de comunicación eficaz, y asesorar o entrenar a las personas en contacto con los sujetos, para que su comportamiento hacia ellos sea menos estresante y más gratificante.

Otras veces, la intervención se centra en los propios sujetos, por ejemplo, entrenándolos para que dominen habilidades significativas, como establecer objetivos realistas, programar bien el tiempo, usar un método apropiado para tomar decisiones y afrontar problemas, relajarse, utilizar autoinstrucciones eficaces, o habilidades sociales para mejorar la eficacia interpersonal. Estas habilidades son recursos que aumentan la eficacia de las personas para manejar las demandas estresantes del entorno o las propias manifestaciones del estrés. (Buceta, 2000)

Modificando creencias, actitudes y valores que por ser irracionales estresantes o de los propios recursos de conducta y estilos de afrontamiento de riesgo (Tipo. A, etc.), potenciando, en su lugar, otros más saludables.

4.4.2 Intervención comportamental en alteraciones biopsicosociales

Se consideran alteraciones biopsicosociales aquellas en cuyos procesos de adquisición, desarrollo, intensidad, mantenimiento, alivio, eliminación o reaparición, intervienen el comportamiento de las personas y el medio en el que éstas se desenvuelven. Por tanto, generalmente, el tratamiento de estas alteraciones de la salud incluye estrategias para el control del estrés y la modificación de comportamientos habituales perjudiciales, con el fin de eliminar los trastornos que son reversibles y aliviar al máximo el impacto de los que no los son. (Buceta, 2000)

Ha demostrado ser efectiva en gran variedad de sitios, desde hospitales psiquiátricos, escuelas y en las actividades de la comunidad en general. Ha demostrado con el elemento más importante que caracteriza a la terapia conductual: "Ser objetiva y poder ser observada", es decir, que es confiable y tiene validez, ya que puede medirse. Hasta la fecha, la aplicación de estos tratamientos se ha centrado en un gran número de trastornos.

Entre ellos, las alteraciones cardiovasculares, destacando, principalmente, la hipertensión arterial. En este contexto, la intervención se ha centrado en el control directo de la presión arterial, la disminución del nivel de activación simpática, el control de las experiencias estresantes a través de diferentes estrategias, la adquisición de hábitos alimenticios y ejercicio físico saludable, el control de peso, la eliminación del consumo de tabaco y el control del consumo del alcohol. (Buceta, 2000)

Otra área de intervención ampliamente atendida, ha sido la relacionada con el dolor, en concreto, el dolor crónico, el dolor de cabeza y la dismenorrea funcional. En estos casos, la intervención puede incluir la utilización de Biofeedback de técnicas de relajación para el control de respuestas vinculadas al dolor (la tensión muscular en las cefaleas); igualmente, se han utilizado estrategias cognitivo- conductuales para controlar el impacto del dolor, tal es el caso de la inoculación de estrés adaptada al tratamiento de este problema; el entrenamiento en habilidades para afrontar las situaciones estresantes que pueden provocar dolor; y técnicas operantes para eliminar reforzadores que puedan contribuir al mantenimiento del dolor.

Los trastornos gastrointestinales, el asma bronquial, el insomnio, la rehabilitación neuromuscular, la rehabilitación de las lesiones deportivas. Las técnicas psicológicas también pueden ser muy apropiadas en el tratamiento de pacientes con diabetes, cáncer, sida o de aquellos que han sufrido un infarto de miocardio, puede favorecer el bienestar y la calidad de vida de los enfermos y, en general, reducir su vulnerabilidad. (Buceta, 2000)

Para la planeación de la terapia conductual, existen cuatro métodos generales de manejo en los cuales se debe basar el criterio:

1. *Anticipación:* Este método plantea la “anticipación” a las necesidades e intereses del paciente.
2. *Desviación:* Es el proceso de llevar algún elemento o actividad agradable para el paciente en el momento en que la conducta blanco va a presentarse, es decir, cuando apenas inicia la conducta que se desea evitar y no le es posible al psicólogo anticiparse.
3. *Sustitución:* Es dirigir la atención del paciente de una actividad a otra agradable cuando esté realizando otra actividad o conducta inadecuada.
4. *Restricción:* Es el proceso de establecer límites en la conducta de manera que éste no se dañe físicamente o agrede a otros.

4.5 Psicología de la salud

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. (Oblitas, 2000)

Los psicólogos siempre han estado interesados en cuestiones de salud. Sin embargo, hasta finales de la década de 1960 no existió un enfoque dentro de la psicología que se pudiese denominar psicología de la salud.

De esta preocupación se ha derivado un campo nuevo de la psicología al que se denomina psicología de la salud. Su núcleo de atención es la psicofisiología de la salud y la enfermedad, la causa de las enfermedades y la promoción de la salud. Una división relativamente nueva de la Asociación Americana de Psicología, denominada Psicología de la Salud, constituye en la actualidad uno de los mayores campos de la psicología y publica su propia revista científica. (Lazarus, 2000)

La psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad. (Oblitas, 2000)

La psicología de la salud tiene como objetivo principal la prevención, y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamientos y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas.

En la actualidad, existe suficiente evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidado médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc.) tiene un efecto inmenso en nuestra salud. (Oblitas, 2000)

Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Diversas intervenciones pueden reducir el dolor y el sufrimiento experimentando tras una operación y acelerar el proceso de curación.

Resumiendo la importancia de las diversas ramas de la Psicología en la salud, doy paso al siguiente capítulo, que abordará la importancia de la intervención del Psicólogo en el padecimiento de la Artritis reumatoide, actualmente tratado exclusivamente por la Medicina.

Capítulo 3

Intervención del psicólogo

1. Preocupación social del psicólogo ante la salud

En la naturaleza del ser humano está la supervivencia y el autocuidado, es por ello que se manifiesta la preocupación vital por la salud y la enfermedad, preocupación que actualmente gana terreno poco a poco en los medios de comunicación, con esto se ha expandido la difusión de revistas, programas de televisión e infinidad información que trata sobre temas de salud pública.

En el proceso Salud-Enfermedad se expresan; la unidad de lo natural y lo social en el hombre. Las principales causas de muerte en el ser humano, se ven determinadas por la influencia del medio ambiente y social, por lo que las tasas y causas de mortalidad cambian de una cultura a otra; un ejemplo claro es la pobreza, que sigue siendo un problema de salud general tan relevante como lo son la erosión del hábitat y la contaminación del ambiente.

Con cada formación y cambio socioeconómico social, varían las diversas condiciones para el desarrollo humano, determinando así su estilo de vida y calidad sociológica, influenciado directamente por el estatus socioeconómico, estableciendo con esto determinadas características como lo son los ingresos, el tipo de vivienda, condiciones de trabajo, educación, recreación, atención al medio ambiente, higiene, atención a la salud e incluso niveles de estrés al que se verán sometidos.

Todos estos conceptos, a los que se concede ahora una notable importancia (prevención, rehabilitación, promoción de la salud, mejora de la calidad de vida), se relacionan, en gran parte, con el comportamiento cotidiano de las personas y las condiciones del medio que les rodea.

Actualmente la intervención del psicólogo ante la salud es notablemente mayor, ya que anteriormente las opciones de tratamientos de enfermedades se veían notablemente reducidas. Como se ha visto a lo largo de la tesis, la ciencia de la psicología se ha desarrollado cada vez más hacia temas de salud física, siendo uno de sus principales motivadores, la preocupación que manifiesta la sociedad

ante la constancia de sus padecimientos de etiología psicológica como las que se han mencionado durante el desarrollo de este estudio.

Por ello, la preocupación social, es cada vez mayor, no sólo por la curación de las enfermedades ya consolidadas, sino por su prevención antes de desarrollarse o en sus fases más tempranas (Buceta, 2000). Así, el creciente interés por el aumento de la calidad de vida de las personas, tanto a través de la promoción de la salud entre todas ellas, como de la mejora del funcionamiento y el bienestar de las que padecen enfermedades crónicas.

De esta preocupación se ha derivado un campo nuevo de la psicología al que se denomina psicología de la salud. Su núcleo de atención es la psicofisiología de la salud y la enfermedad, la causa de las enfermedades y la promoción de la salud. (Lazarus, 2000)

La psicología de la salud especialmente, concede un papel importante al estrés, a la emoción y a su manejo, al igual que infinidad de libros y revistas actuales que manejan al estrés como el factor primordial en el decaimiento de la salud en la actualidad.

Otros temas relevantes de la salud actual incluyen la psicología del estrés, las dificultades ambientales, la nutrición, la obesidad, el ejercicio, el tabaquismo, las drogas y el alcohol. (Lazarus, 2000)

1.1 Papel del Psicólogo clínico en la salud

Hasta mediados de los años setenta, aproximadamente, el papel del psicólogo clínico se centraba, sobre todo, en la evolución y el tratamiento de problemas que se suelen agrupar bajo la denominación de trastornos mentales (alteraciones emocionales, trastornos psicóticos, deficiencia mental, etc.), pero a partir de entonces, sin que haya disminuido el interés por estos problemas más tradicionales, comenzaron a presentar una especial atención a otros campos de actuación relacionados con la salud en un sentido más amplio. De esta forma, en los últimos veinticinco años el campo de acción de la Psicología Clínica se ha ensanchado considerablemente. (Buceta, 2000)

La Psicología Clínica en el ámbito de la salud ha incursionado en especialización, aplica principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por la ciencia de la salud para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos no solo mentales, sino de cualquier otra naturaleza, relevante para los procesos de la salud y enfermedad.

En líneas generales, las nuevas áreas de aplicación de la intervención psicológica se centran en los objetos siguientes: (Buceta, 2000)

- El aumento de la salud y el bienestar de las personas.
- La prevención y modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos psicosociales que puedan ser controlados.
- En los casos de trastornos crónicos, la consecución del mejor funcionamiento y el máximo bienestar posibles, tanto de los enfermos que los padecen como de las personas más allegadas a estilos en continua interacción con ellos.

2. Enfermedad vista como alteración biopsicosocial desde el punto de vista de la Psicología

En la sociedad contemporánea los trastornos que afectan gravemente la salud ya no se debe mayoritariamente a infecciones, como en general sucedía en el pasado, sino que, actualmente la salud se entiende en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos.

Contrastando con el modelo reduccionista tradicional, que únicamente considera los aspectos biológicos y sugiere que cada proceso de la enfermedad puede ser explicado en términos de una desviación de la función normal, como un agente patógeno, genético o anomalía del desarrollo o lesión del cuerpo; actualmente, la enfermedad se relaciona con un estilo de vida poco saludable, tanto por sus demandas personales y sociales como por sus déficits o excesos comportamentales.

En general, estas alteraciones de la salud (trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, cáncer, artritis), de tan amplio alcance en

nuestros días, han sido denominadas alteraciones biopsicosociales (Engel, 1977; Schwartz, 1982), trastornos psicofisiológicos (Labrador, 1922) o, más tradicionalmente, enfermedades psicosomáticas (Sandín, 1995), haciendo referencia a la destacada importancia del tratamiento. (Buceta, 2000)

Por ello, puede decirse que el modelo biopsicosocial es un enfoque que postula los factores biológicos, psicológicos (pensamientos, emociones y conductas) y sociales, desempeñando un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad.

El paradigma biopsicosocial es también un término técnico para el concepto popular de la conexión mente-cuerpo, que se dedica a aportar argumentos filosóficos entre los modelos biopsicosociales y biomédicos, más que a la exploración empírica y su aplicación clínica.

A pesar del creciente interés por los aspectos psicológicos en el ámbito de las enfermedades biopsicosociales, todavía son muy pocos los psicólogos que trabajan regularmente en este campo.

Sin embargo este enfoque se utiliza cada vez más en campos como la medicina, enfermería, psicología clínica y la sociología y en particular en ámbitos más especializados como la psiquiatría, la quiropráctica, el trabajo social clínico y la psicología clínica.

En muchos casos, los psicólogos que se desarrollan en este campo centran su esfuerzo en investigaciones relacionadas con tesis doctorales o proyectos concretos, pero son pocos los que investigan con continuidad, y muchos menos los que tienen un puesto laboral en hospitales y centros de salud para atender las necesidades de estos enfermos, o se dedican específicamente a estas poblaciones en la práctica privada. (Buceta, 2000)

Paralelamente, aumenta el número de médicos, profesionales de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales, interesados en adquirir conocimientos de Psicología mediante lecturas o cursos de distinto tipo.

En muchos casos, estos profesionales consideran que pueden mejorar su trabajo con los pacientes si dominan conceptos y estrategias psicológicos;

otras veces, pretenden asumir el papel que, en realidad, debería realizar un psicólogo especializado, y en estas ocasiones, es habitual que se apliquen mal técnicas psicológicas complejas. (Buceta, 2000)

3. Relevancia de la Intervención del Psicólogo

Resultará apropiado que los psicólogos trabajen conjuntamente con los profesionales mencionados anteriormente, diseñando programas de intervención que deben ser aplicados para controlar estímulos externos o influir una disposición psicológica más flexible.

Serán los propios psicólogos los que tendrán que aplicar directamente técnicas operantes u otras estrategias, para controlar estímulos externos; igualmente, puede ser necesario que apliquen técnicas basadas en el condicionamiento clásico para alterar la relación entre estímulos antecedentes y respuestas y: fácilmente, siempre que estén en contacto directo con los pacientes, tendrán que intervenir, en mayor o menor medida, para influir favorablemente en su disposición psicológica más flexible. (Buceta, 2000)

En la actualidad se apoya cada vez más la postura que apoya a los psicólogos clínicos para otorgarles un manejo más especializado en el ámbito de la salud; primordialmente orientando a los pacientes para que dominen habilidades psicológicas que les permitan dirigir su conducta hacia el mantenimiento de su salud, mediante técnicas propias de la psicología.

Por ello debe ser un psicólogo clínico quien indique, diseñe o supervise dichas técnicas y procedimientos, pues estas actividades, además de la elaboración, calificación, interpretación e integración de determinados instrumentos psicométricos se consideran específicos del psicólogo clínico, tanto por su origen como por la adecuación de la formación de este especialista a su correcta utilización.

Las habilidades psicológicas de los pacientes incluyen el dominio de procedimientos como la autoevaluación de experiencias internas, los autorregistros, el establecimiento de objetivos, técnicas de relajación, autoinstrucciones, autoafirmaciones, autoesfuerzos, detención del pensamiento, técnicas para la solución de problemas, habilidades

interpersonales, estrategias para programar el tiempo y cualquier estrategia específica de afrontamiento que pueda resultarles útil. El entrenamiento para el dominio de habilidades eficaces favorecerá el buen funcionamiento psicológico de los pacientes, contribuyendo, entre otros, a los objetivos de controlar el estrés y desarrollar hábitos saludables. (Buceta, 2000)

Por otra parte, los psicólogos también deben ser los responsables de la evaluación psicológica de los pacientes, aunque sea interesante que cuenten con la colaboración de otros profesionales de la salud para obtener datos relevantes a través de la observación directa, y de los propios pacientes mediante la autoobservación y los autoinformes.

Existen algunos casos en que intervienen creencias y actitudes irracionales que crean una disposición psicológica más rígida, afectando con esto el proceso de información, procesamiento de la información y por ende el comportamiento de los pacientes, esto favorece el estrés y motiva la aparición de conductas poco saludables. Es estos casos, el debilitamiento progresivo de las creencias y actitudes disfuncionales, sustituyendo un estilo de funcionamiento cognitivo rígido por otro más flexible, exige la intervención de un Psicólogo clínico experimentado en la Terapia Cognitiva.

3.1 Intervención psicológica con Técnicas operantes

Las técnicas operantes se basan en los principios del condicionamiento operante e implican la disposición ordenada de estímulos antecedentes y consecuencias con objeto de alterar la probabilidad de emisión de una conducta. Se trata de un grupo heterogéneo de procedimientos que pueden utilizarse para mantener o incrementar conductas, para enseñar o establecer conductas nuevas, o bien para eliminarlas o disminuirlas. (Buceta, 2000)

Las técnicas operantes han sido unas de las pioneras en la modificación de conducta, siendo además una de las más usadas en la actualidad.

Las aplicaciones de estas técnicas dentro del ámbito de la salud son muy diversas, y abarcan cualquier programa en el que se intente incrementar, potenciar o mantener la emisión de una respuesta (generalmente mediante contratos conductuales y reforzamiento positivo de esa conducta o programas

de economías de fichas), o bien, y menos frecuentemente, enseñar una conducta nueva, no existente en el repertorio del sujeto (ya sea mediante moldeado o encadenamiento).

Entre sus utilizaciones más frecuentes, cabe mencionar las siguientes: (Buceta, 2000)

- Mejora de la adherencia a tratamientos médicos.
- Mantenimiento y mejora de hábitos de salud y de la calidad de vida de los individuos.
- Tratamiento del dolor crónico.

En el caso del tratamiento del dolor crónico, como parte integrante de los programas de tratamiento para este tipo de problemas se incluyen técnicas para la reorganización de las contingencias de reforzamiento presentes en el medio del sujeto y que contribuyen a mantener las conductas de dolor del sujeto.

Las quejas, peticiones de ayuda y solicitudes de reposo de los pacientes con dolor, son conductas que suelen ser reforzadas por la atención de las personas que rodean al enfermo, así como por la evitación y delegación de responsabilidades. Este tipo de conductas también aparecen en otros trastornos. Ya que el dolor es un proceso multidimensional, modulado por la nocicepción, la interpretación subjetiva del individuo y por las conductas de afrontamiento que desarrolla ante el mismo.

En estos casos resulta esencial orientar a los familiares y personas que conviven con el paciente en los principios básicos del aprendizaje, y mostrarles como extinguir las conductas inadecuadas y reforzar, en su lugar, conductas adaptativas del paciente. (Buceta, 2000)

3.2 Intervención psicológica con Biofeedback

Aunque el objetivo fundamental de las intervenciones conductuales es el desarrollo de nuevas conductas que permitan una actualización más adaptativa y adecuada, en ocasiones se hace necesario reducir determinadas conductas

que alteran, dificultan o impiden el desarrollo o la puesta en práctica de esas conductas adaptativas.

Con este fin, se pueden aplicar diversas técnicas centradas en el control de la presencia de estímulos reforzadores, y basadas esencialmente en procesos de condicionamiento operante. Entre ellas figura la de respuesta, el tiempo fuera de reforzamiento, la saciación y la sobrecorrección. (Buceta, 2000)

Las ventajas de las técnicas de biofeedback son (Rodríguez, 2004):

- Observación directa de la actividad terapéutica, tanto por el paciente como por el fisioterapeuta.
- Comparar la respuesta del lado afecto de patología con el sano.
- Permite mostrar al paciente el objetivo deseado si primeramente se lo aplica el terapeuta sobre sí mismo, a modo de previo entrenamiento y aplicación de la técnica.

Cabe mencionar que los equipos multidisciplinares, favorecen la efectividad de los tratamientos, al aportar cada uno de sus componentes, aspectos distintos pero complementarios del paciente, por ello es frecuente encontrar diversas técnicas combinadas para la atención de un solo paciente cuyas necesidades pueden ser diversas.

En el ámbito de salud, las técnicas operantes de reducción y eliminación de conductas se han utilizado para la modificación de hábitos perjudiciales o de riesgo que se encuentran presentes en el repertorio del paciente, recurriendo, fundamentalmente, al coste de respuesta, que ha de complementarse con el refuerzo positivo de las conductas adaptativas e incompatibles con la conducta a eliminar. Las condiciones del programa suelen especificarse en un contrato conductual entre el terapeuta y el cliente. Esta estrategia suele ser parte básica de los programas multicomponente para el tratamiento de diversos padecimientos, entre ellos la AR.

El objetivo básico del biofeedback es la eliminación o reducción del trastorno a través del desarrollo de un adecuado control, por parte del propio sujeto, de la respuesta fisiológica alterada.

Desde hace algún tiempo se ha puesto gran interés en la teoría del aprendizaje que incluye la enseñanza de técnicas para la modificación de la conducta, entre ellas el biofeed back (técnica de relajación muscular). (Jores, 2008)

El tratamiento de Relajación y Biofeedback, producen una respuesta psicofisiológica antagonista con la tensión muscular que produce el dolor, esencial para los padecimientos reumáticos.

Para ello, el biofeedback recurre (al menos en las fases iniciales del entrenamiento) a la utilización de instrumentación que proporcione al sujeto información inmediata, precisa y directa sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando la percepción de éstas y su control voluntario. En consecuencia, el elemento clave e imprescindible del proceso es la información (feedback) que el sujeto recibe sobre la variable fisiológica de interés. (Buceta, 2000)

Es decir, ya que es una intervención cognitiva, su primordial finalidad es el cambio de las creencias, actitudes y expectativas, del paciente que impiden su recuperación.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que las intervenciones psicológicas optimizan la calidad de vida del paciente con dolor crónico. En un sentido estricto, el entrenamiento en biofeedback pretende que la persona consiga el control de una respuesta fisiológica, que suele relacionarse con la presencia de algún trastorno.

Existen diversas modalidades de biofeedback que suelen clasificarse en función del tipo de respuesta sobre el que se proporciona información y de los aspectos o dimensiones específicas de esas respuestas que se consideran.

Las distintas modalidades de biofeedback tienen un amplio rango de aplicaciones, entre las que Labrador y Vallejo (1993) diferencian dos tipos, los llamados usos directos y los indirectos. Los usos directos se basan en el supuesto de la especificidad, y asumen que existe una disfunción fisiológica específica que se relación o asocia con un trastorno también específico. Desde este punto de vista, el biofeedback se centra en la modificación de esa

disfunción. (Buceta, 2000) Con estas técnicas el paciente puede modificar sus propios estados orgánicos y provocar su normal funcionamiento.

Por su parte, los usos indirectos se basan en el supuesto de la generalidad, que implica que diversos trastornos específicos tienen factores comunes subyacentes, centrándose el biofeedback en la modificación de éstos.

Este tipo de aplicaciones suele implicar la utilización del biofeedback del EMG frontal, con objeto de conseguir la relajación general del organismo, partiendo del supuesto, que se ha demostrado incorrecto, de que los músculos frontales funcionan como músculos llave del resto del organismo, de modo que su relajación conlleva la relajación global del mismo, y viceversa.

El biofeedback (en sus usos directos) ocupa un papel central dentro de las técnicas conductuales aplicadas en el contexto biomédico, siendo las áreas donde mayor aceptación y éxito teniendo, las siguientes: (Buceta, 2000)

- a) Rehabilitación neuromuscular, fundamentalmente para la inhibición o disminución de la actividad de músculos espásticos (tortícolis espasmódica, tics), para el aumento de la actividad de músculos flácidos (parálisis faciales, parálisis cerebral, recuperación de lesiones, hemiplejías) y para el incremento del control preciso del movimiento (temblores).
- b) Trastornos que implican un exceso de tensión muscular (cefaleas, lumbalgias, bruxismo, calambre del escribiente).
- c) Trastornos cardiovasculares, básicamente, arritmias, hipertensiones y trastornos circulatorios periféricos (tales como migrañas o enfermedad de Raynaud). De hecho, dentro de los más recientes listados publicados por la APA, figura, entre los tratamientos probablemente eficaces, el biofeedback de temperatura para el Síndrome de Raynaud y para la migraña (en este último caso, en combinación con relajación autógena).
- d) Disfunciones sexuales (impotencia, vaginismo).
- e) Trastornos gastrointestinales (como incontinencia fecal, síndrome de intestino irritable o úlceras pépticas).

Otras aplicaciones son epilepsia, asma, dolor, incontinencia urinaria, insomnio, así como otras de desarrollo más reciente, que aún pueden considerarse tentativas, tales como trastornos oculomotores (estrabismo o nistagmus), estreñimiento crónico, dismenorrea, trastorno dermatológico (acné o psoriasis), o las náuseas y vómitos condicionados secundarios a la quimioterapia.

En todos estos trastornos, el biofeedback se aplica para prevenir su aparición o, más frecuentemente, como estrategia de intervención una vez que se ha desarrollado, bien sólo o como parte de un programa terapéutico más amplio, en el que además del biofeedback habitualmente se incluye una técnica de relajación y otros procedimientos de intervención, que pueden implicar tratamiento farmacológico. (Buceta, 2000)

3.3 Técnicas de Autocontrol

Las técnicas de autocontrol están cobrando en la actualidad un auge creciente, siendo aplicaciones a un dilatado rango de problemas, bien sea como estrategia única o, más frecuentemente, dentro de programas multicomponentes. El objetivo final de los programas de autocontrol es que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta.

Se habla de que los programas de autocontrol vienen fundamentados por las siguientes razones:

1. Existencia de muchas conductas que sólo resultan accesibles al propio sujeto.
2. Las conductas problemas suelen estar relacionadas con autorreacciones y actividad cognitiva, no susceptibles de observación directa.
3. Es necesario plantear una intervención que presente el cambio como positivo y factible para el sujeto, de manera que se maximice su motivación para el cambio.
4. La intervención no debe acabar sólo con los conflictos presentes, sino enseñar al sujeto cómo manejar posibles recaídas o nuevos problemas.

Dentro del ámbito de la salud, los programas de autocontrol cuentan con una amplia tradición aplicados al establecimiento de hábitos saludables y a la eliminación o corrección de conductas de riesgo, jugando un importante papel en la prevención y promoción de la salud. (Buceta, 2000)

A través de las técnicas de autocontrol se favorece y facilita la realización de comportamientos de salud, al mismo tiempo que se dificulta o impide la emisión de conductas de riesgo.

Las fases del entrenamiento en autocontrol son:

1. *Autoobservación.*- Enseñar al paciente a operativizar sus problemas, para después obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
2. *Establecimiento de objetivos.*- El paciente habrá de decidir qué nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
3. *Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución.*- Se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenará al cliente, estableciendo reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento.
4. *Aplicación de las técnicas en contexto real.*- Una vez que se ha llevado a cabo el entrenamiento en la consulta, se pone en práctica lo aprendido en la vida diaria.
 - *Autoobservación.*- Identificación de la situación problemática.
 - *Aplicación de la técnica adecuada a los requerimientos de la situación.*
 - *Autoevaluación.*- Comparación de la ejecución en ésta situación con los criterios conductuales que previamente se habían establecido.
 - *Autorrefuerzo o autocastigo en función de la adecuación de la conducta a los criterios de ejecución.*
 - *Autocorrección.*- En caso de que la conducta no haya alcanzado los criterios establecidos, habrá que identificar si el problema ha estado en la autoobservación, en la aplicación de la técnica o en la autoevaluación.

5. *Revisión de las aplicaciones con el terapeuta.*- Se analizan las dificultades y problemas que hayan surgido.

Por tanto el autocontrol es la habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta controlada exclusivamente por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas), que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta, cuyas consecuencias, podrían resultar aversivas para el individuo.

3.4 Terapia psicosocial

Vivir con dolor y cansancio crónicos puede contribuir a que algunas personas se depriman, con lo que disminuye su capacidad para sobrellevar el dolor, incrementándose el estrés, cansancio y dolor. Este círculo vicioso de dolor, depresión y estrés puede impedir al paciente tener una calidad de vida digna, sin embargo, mantener una postura de enfrentarse al dolor es una actitud positiva puede ayudar a romper ese círculo vicioso.

En el afrontamiento de la enfermedad del paciente, no solo está implicado el paciente mismo, sino todo su sistema social con el que está en contacto, principalmente la familia, es por eso, que se han desarrollado terapias psicosociales que incluyen la intervención de individuos cercanos al paciente.

La terapia Psicosocial consta de promocionar la colaboración de más de un individuo para el bienestar del paciente, creando y apoyándose entre sí con grupos de ayuda, aprendiendo mediante esta terapia a dividir la información para resolver conflictos con facilidad y comunicarlos de una forma pertinente. En este proceso participa un equipo profesional que dota principalmente de habilidades, destrezas y conocimientos adecuados para necesidades específicas.

Algunos programas de autoayuda, terapia cognitiva-conductual, técnicas de relajación, grupos de apoyo, han demostrado su utilidad para reducir el dolor, reducir la depresión y disminuir la incapacidad en personas con Artritis Reumatoide, a la vez que les permite algún control sobre su enfermedad. (Álvarez, 2003).

Como muchas otras enfermedades crónicas, la Artritis Reumatoide origina al paciente sufrimiento físico y también psicológico. Este sufrimiento psicológico se suele manifestar en forma de estrés, ansiedad, angustia o depresión. La identificación de factores de riesgo para estas alteraciones psicológicas es muy interesante para poder desarrollar estrategias preventivas y de tratamiento.

Es un proceso crítico descubrir que los pacientes tienen pocas posibilidades de salir de los procesos corporales que han construido por años, es decir, se necesita trabajar con y en el cuerpo para abrir nuevos espacios de construcción corporal que permitan darle otro sentido a la existencia personal; eso significa trabajar con las emociones y los sentimientos, con el deseo de poder y el sentimiento de dominar y controlar a los otros, pues el cuerpo es también un espacio donde se guardan sentimientos nobles y no tanto, como resentimientos y envidias.

Eso siempre será un proceso personal cuya estructura al interior de los individuos ignoramos, pero si conocemos sus manifestaciones y eso puede ser importante para explorar el camino que recorrió hasta llegar a esa manifestación que está consumiendo a la persona: lo psicósomático. (López, 2002)

Para ningún trabajador de la salud es secreto que los seres humanos han entrado a una nueva fase en relación con su cuerpo y el manejo de las expectativas sobre la vida, la ansiedad y el estrés en nuestro tiempo que, justo es decir, se inauguran en el siglo XIX con la expresión de la industria. Algunos escritores mexicanos de fines del siglo XIX ya le llamaban “el siglo de los padecimientos emocionales”; el XX, no hay duda, fue el siglo de los problemas psicológicos. Pueden considerarse muchas interpretaciones para dar una explicación, las hay desde la sociología, la medicina, la psiquiatría, la psicología. (López, 2002)

El psicólogo Albert Ellis, que dio inicio a la terapia racional-emotiva, dice que el estrés se desarrolla principalmente no por lo que ocurre, sino por la manera en que se reacciona ante ello. Las reacciones son determinadas, en gran parte, por las creencias irracionales que se tienen. (Hunder, 2001) Como se menciona en el Capítulo 1.

3.5 Intervención cognitivo-conductual

Las intervenciones cognitivo-conductuales se basan en la idea de que el dolor y otros síntomas están influenciados no sólo por factores orgánicos o físicos, sino también por lo que el paciente piensa y su actitud ante la enfermedad.

La Terapia Cognitivo Conductual constituye un modelo de intervención en Psicología clínica fundamentado en la investigación científica contemporánea, se trata de un movimiento actual de integración de lineamientos éticos, bases filosóficas y metodológicas determinadas, acordes a la precisión y especificidad de las ciencias del comportamiento.

Esta forma de terapia pretende aliviar los síntomas y mejorar el estado de salud del paciente modificando sus pensamientos y su forma de afrontar los problemas asociados a la enfermedad. Las intervenciones de este tipo utilizadas en la Artritis Reumatoide incluyen al menos alguno de los siguientes componentes (Álvarez, 2003):

- Relajación.
- Estrategias de adaptación activa, como alternar periodos de actividad y descanso.
- Estrategias de adaptación cognitiva, como reconocer situaciones que anuncian pensamientos o hechos negativos y sustituirlos por otros más positivos, mayor autocontrol, desviación de la atención hacia otros temas, técnicas de resolución de problemas, desarrollo de actitudes positivas.

La terapia cognitivo conductual (TCC) goza en el presente de una gran aceptación para el tratamiento de diferentes desordenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos.

Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado su empleo, sobre todo en el campo de las adicciones, como se menciona por César Augusto Carrascoza Venegas en su artículo La práctica de la Terapia

Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación, publicado en diciembre del 2008.

Los resultados de investigaciones clínicas controladas dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general. Sin embargo las técnicas a utilizar dependerán de las características propias del paciente.

El campo de la psicoterapia cognitivo- conductual ha tenido un crecimiento impresionante como sistema terapéutico en la psicología y en la psiquiatría, así como en otras áreas donde hay profesionales dedicados a la salud. Es evidente que los profesionales de este ámbito, en toda su variedad, están cada vez más interesados en la práctica de la terapia cognitiva.

Las tendencias actuales en el entrenamiento de profesionales de la salud, incluyendo el desarrollo de experiencias didácticas y de prácticas en intervenciones cognitivo- conductuales, reflejan una mayor aceptación de los principios y los métodos de esta terapia, por lo cual la efectividad de sus usos y aplicaciones clínicas ha llegado a ser reconocida. (Hernandez, 2007)

Actualmente, existen suficientes datos para afirmar que la terapia cognitivo-conductual es una ayuda eficaz en la AR, además de que permite reducir los trastornos psicológicos, la intensidad del dolor y el grado de discapacidad. (Álvarez, 2003)

3.6 Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Las terapias de reestructuración cognitiva se fundamentan en la consideración de que las personas enfrentadas a situaciones estimulares no responden automáticamente, sino que, antes de emitir una respuesta emocional o conductual, perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo, en función de creencias o supuestos tácitos contenidos en esquemas cognitivos que, básicamente, son formas de organizar la realidad.

Así, por ejemplo, en un modelo cognitivo explicativo de la adaptación o ajuste en pacientes de cáncer, tal como exponen Moorey y Greer (1989), se considera que son las valoraciones, interpretaciones y evaluaciones que la persona hace acerca del cáncer lo que determina sus reacciones emocionales y conductuales.

No son los síntomas de la enfermedad y sus tratamientos per se lo que produciría la respuesta emocional, sino el significado que le otorgue la persona implicada.

Cómo se piense acerca de la enfermedad y de las implicaciones para su vida es determinante para el paciente el grado de adaptación, por ejemplo; si el significado predominante del cáncer es pérdida, el paciente se sentirá deprimido; si el cáncer supone primeramente una amenaza a la salud, la seguridad o la vida, la respuesta emocional será de ansiedad; si el paciente piensa en el cáncer como un obstáculo o una irrupción injusta en su vida, la reacción será de ira. (Buceta, 2000)

La Terapia Racional-Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva son modelos de abordaje clínico, donde la reestructuración cognitiva figura de modo prominente.

3.6.1 Terapia Racional Emotiva- Conductual

Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva- Conductual (REBT) a mediados de los años cincuenta tras experimentar cierta insatisfacción por los resultados que estaba obteniendo con la práctica psicoanalítica en sus pacientes.

Las Terapias de reestructuración cognitiva más reconocidas y aplicadas son la Terapia Racional- Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck. (Buceta, 2000)

La Terapia Racional Emotiva- Conductual (REBT) ha cambiado de nombre repetidas veces desde la formación que recibió Albert Ellis a mediados de los años cincuenta. Ellis originalmente denominó a su creación “terapia racional” (RT) con el fin de subrayar sus aspectos filosóficos y cognitivos. Sin embargo,

este nombre contribuyó a la aparición de malentendidos porque un gran número de profesionales de la salud mental empezó a identificar la RT con el racionalismo del siglo XVIII y también a acusar a Ellis por haber ignorado la importancia de las emociones en el funcionamiento humano. Bajo estas circunstancias, Ellis renombró a su enfoque terapéutico como “terapia racional emotiva. (Yankura, 2000)

Volvió a modificar este último nombre en 1993 por “Terapia Racional Emotiva-Conductual” con el fin de sobresaltar los componentes conductuales de la terapia.

En la actualidad la REBT sobresale como una de las terapias cognitivo conductuales más habitualmente practicadas. Hasta la fecha, son miles los profesionales de la salud mental que han recibido formación y asesoría en la REBT y son cientos los centros de REBT que se han fundado a lo largo de los Estados Unidos en el extranjero. (Yankura, 2000)

Numerosos trastornos se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforma aparecen nuevas investigaciones. Hay aplicaciones específicas para los trastornos por ansiedad, para la depresión, para la esquizofrenia, para las disfunciones sexuales, para el juego patológico, para los trastornos de la personalidad, etc. (Lega, 2002)

Entre las áreas de aplicación de la REBT son:

- En Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
- En el tratamiento de la depresión
- Para ayudar en el tratamiento del TDAH
- En el tratamiento del trastorno de angustia con agorafobia

El pensamiento disfuncional es la principal causa del malestar emocional ya que el pensamiento es el principal determinante de las emociones humanas.

Los acontecimientos o las demás personas, aunque pueden contribuir, no son los responsables de las sensaciones positivas o negativas que experimentamos, sino que los individuos en función de la interpretación,

manejan los acontecimientos y sucesos de determinada manera que posteriormente causa la emoción.

La REBT hace mucho hincapié en ayudar a los clientes a superar sus problemas emocionales y conductuales (incluida la depresión) enseñándoles a identificar, confrontar y sustituir sus creencias irracionales operativas.

La teoría REBT define que cuando los clientes vencen sus creencias irracionales a favor de otras más racionales, son capaces de minimizar sus trastornos cotidianos y mostrarse menos vulnerables ante los futuros acontecimientos. (Yankura, 2000)

La Terapia Racional- Emotiva de Ellis tiene como objetivo modificar el comportamiento a través de la modificación de creencias irracionales, desadaptativas, para lo cual utiliza estrategias de identificación de creencias, discusión, análisis lógico, reducción al absurdo, etc.

Así como técnicas conductuales para probar la invalidez de las ideas irracionales, erradicarlas y sustituirlas por pensamientos adaptativos. (Buceta, 2000)

3.6.2 Terapia Cognitiva de Beck

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante. (Friedberg, 2002)

La Terapia Cognitiva de Beck es una intervención terapéutica activa, de tiempo limitado, que utiliza una combinación integrada de técnicas cognitivas y conductuales, con el objetivo de: eliminar los síntomas conductuales, fundamentalmente mediante la identificación y eliminación de pensamientos automáticos negativos; y prevenir las recaídas, a través de la identificación y eliminación de creencias disfuncionales que, según la teoría, funcionan como factores de vulnerabilidad (diátesis cognitiva) ante la aparición de acontecimientos estresantes.

Este procedimiento se desarrolla en un marco de empirismo colaborativo en el que se anima a los pacientes a tratar sus pensamientos y creencias como

hipótesis que deben ser comprobadas empíricamente, apoyándose sobre todo en las consecuencias de sus conductas para obtener pruebas de realidad. Se usa la propia experiencia del paciente, no sólo la persuasión didáctica, que se modifica mediante experimentos conductuales.

Todo el proceso se estructura bajo un modelo de entrenamiento en habilidades, con el objetivo de ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias, que les puedan ser útiles una vez terminada la terapia, para identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales. (Buceta, 2000)

Las técnicas de reestructuración cognitiva se han aplicado con éxito contrastado en trastorno de depresión y otros emocionales, si bien, posteriormente, su uso se ha generalizado a cualquier trastorno en el que el control del estado emocional sea relevante.

En el ámbito de la Psicología de la Salud su utilidad es muy amplia y, en las últimas décadas, ha ido aumentando progresivamente el interés por su empleo. Las áreas de mayor aplicación han sido las siguientes (Buceta, 2000):

- Trastornos de alimentación: obesidad y anorexia nerviosa.
- Trastornos adictivos.
- Mejora de la autoestima e imagen corporal.
- Prevención de trastornos de ansiedad y depresión y mejora de la calidad de vida en pacientes de cáncer.
- Control de estados emocionales negativos de ansiedad y depresión y mejora de calidad de vida en enfermedades crónicas tales como el asma o la diabetes.
- Reducción del impacto emocional y adaptación tras el infarto de miocardio.
- Tratamiento del dolor crónico: cefaleas, fibromialgia, dolor de espalda, etc.
- Adaptación y mejora de la calidad de vida en amputados.
- Afrontamiento del estrés en personal sanitario y prevención y tratamiento del síndrome de burnout.

3.7 Entrenamiento en Inoculación de Estrés

Una de las técnicas multifacéticas más conocidas para manejar el estrés, es el entrenamiento en inoculación de estrés. Las últimas investigaciones han demostrado que esta técnica es efectiva para reducir la angustia y mejorar el rendimiento en diversos ámbitos, el enfoque del entrenamiento de inoculación de estrés tiene muchas similitudes con el entrenamiento cognitivo. Afectivo para el manejo del estrés.

El entrenamiento de inoculación de estrés recibe su nombre del hecho de que el individuo se expone a estrés y aprende a hacerle frente en cantidades cada vez mayores, y por lo tanto, aumenta su inmunidad al estrés. El entrenamiento de inoculación de estrés enseña habilidades para afrontar los factores psicológicos que producen estrés y para mejorar el rendimiento desarrollando pensamientos productivos, imágenes mentales y autoverbalizaciones. (Weinberg, 2007)

El Entrenamiento en Inoculación de Estrés es una técnica concreta para el control de la ansiedad, a través de un entrenamiento en habilidades.

La Inoculación de Estrés es un procedimiento a través del cual las personas aprenden a conceptualizar y valorar adecuadamente las demandas estresantes, adquieren un repertorio de habilidades para afrontar el estrés y lo practican exponiéndose ante distintos tipos de acontecimientos estresantes graduados e intensidad creciente, aumentando así su resistencia ante el estrés. (Buceta, 2000)

Se trata de dotar a los clientes con diversas estrategias y habilidades que les permitan hacer frente a las situaciones futuras que supongan estrés. Se pueden distinguir tres fases:

1. *Fase educativa o de conceptualización.*- Proporciona al sujeto un marco conceptual que le permita comprender cómo puede afectarle el estrés y cómo puede hacerle frente, utilizando estrategias comportamentales y cognitivas.

2. *Fase de ensayo y de adquisición de habilidades.*- Se enseña y entrena al sujeto en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento presentadas anteriormente.
3. *Fase de aplicación y consolidación.*- Se da al sujeto la oportunidad de poner en práctica, en situaciones reales de estrés, las habilidades entrenadas.

En la fase primera de educación o conceptualización, el terapeuta instruye al paciente o cliente acerca de en qué consiste su problema o acontecimiento estresante o doloroso al que se enfrenta, cómo puede controlarse, los recursos con los que cuenta y las estrategias, que una vez aprendidas, le dotarán de los medios para superar y resistir el estrés.

En la segunda fase de adquisición de habilidades, el paciente se entrena en varias habilidades, tales como relajación, resolución de problemas, habilidades sociales, etc., y se desarrolla un entrenamiento autoinstruccional que le va a servir para guiar sus acciones positivamente y evitar pensamientos catastróficos. En esta fase se enseña al paciente a descomponer el acontecimiento estresante en segmentos, a identificar, en cada uno de ellos, los pensamientos catastrofistas o negativos, y a sustituirlos por otros positivos.

En la tercera fase, la fase de aplicación, se expone al paciente a los estímulos estresantes en intensidad creciente y de forma variada, para ensayar las habilidades aprendidas, mejorar su nivel de autoeficacia y su sentido de dominio personal del estrés.

Desde la proposición de la técnica, la perspectiva cognitivo-conductual ha utilizado la Inoculación de Estrés como una forma eficaz de abordar los problemas de dolor inducido experimentalmente, del dolor agudo y del dolor crónico.

La utilización del Entrenamiento de Inoculación de Estrés en el ámbito de la Psicología de la Salud, desde la creación de este programa terapéutico, ha sido muy amplia. Entre las aplicaciones más importantes se encuentran: (Buceta, 2000)

- a) Afrontamiento del estrés.
- b) Preparación para intervenciones médicas dolorosas o estresantes: intervenciones dentales, endoscopias, venipunturas, punciones lumbares, etc.
- c) Tratamiento del dolor agudo: unidades de quemados.
- d) Tratamiento del dolor crónico: cefaleas, lumbalgias, fibromialgia, etc.
- e) Tratamiento psicológico de la hipertensión.
- f) Control del patrón de conducta Tipo- A y de la ira o la hostilidad.
- g) Trastornos crónicos, tales como el asma o la diabetes.
- h) Entrenamiento en manejo de situaciones estresantes y prevención del burnout en grupos profesionales del ámbito sanitario, además de policías, atletas, maestros, conductores etc.

4. Intervención Psicológica para optimizar la salud y el rendimiento mediante el control del estrés

EL estrés es una consecuencia fisiológica de un agente estresante, y como tal responde al control físico. En un extremo podríamos hablar del uso de medicamentos, pero con mayor frecuencia puede tratarse simplemente de dar al cuerpo las defensas naturales con las que pueda equilibrarse, y habilitar una salida física al estrés cuando éste se manifiesta. (Cleeg, 2001)

La intervención psicológica para el control del estrés, con el propósito de optimizar la salud y el rendimiento, puede tener los siguientes grandes objetivos (Buceta, 2001):

- Eliminar o aliviar situaciones potencialmente estresantes.
- Potenciar o modificar características personales relevantes (patrones de conducta, estilos de afrontamiento, valores, creencias y actitudes influyentes, recursos y habilidades, apoyos sociales)
- Eliminar o controlar las manifestaciones del estrés cuando se hayan producido (controlar la activación, eliminar la ansiedad y hostilidad, superar estados de depresión, recuperarse del desgaste del estrés)

Una buena parte de nuestras respuestas al estrés dependen de nuestro estado emocional y de nuestra propia imagen. Si estamos deprimidos y tristes, el estrés tendrá un gran efecto, bastante desproporcionado. (Cleeg, 2001)

La intervención puede realizarse en cualquier entorno que sea habitual, eliminando o aliviando las situaciones potencialmente estresantes más significativas. Se puede manipular el entorno familiar, escolar, laboral, hospitalario, deportivo, urbano, comunitario, etc., tanto para prevenir el estrés antes de que se produzca o cuando todavía no sea muy grave, como para controlarlo y reducirlo cuando se encuentre presente.

En líneas generales, la intervención psicológica en este apartado, suele incluir estrategias como las siguientes (Buceta, 2001):

- Solucionar problemas realistas.
- Alterar normas de funcionamiento institucional a las que la persona deba adaptarse.
- Mejorar condiciones del entorno con medidas que contribuyan a hacer lo más agradable y/o tolerable el problema.
- Aportar más información respecto a la situación estresante.
- Programar el acercamiento progresivo a cambios que puedan ser estresantes.
- Programar la exposición inevitable a situaciones estresantes en momentos de ausencia de otras fuentes de estrés.
- Relativizar, en la medida posible, la trascendencia de las situaciones estresantes.
- Racionalizar y objetivar los procedimientos para evaluar el comportamiento de las personas que pueden sufrir estrés por esta causa.
- Establecer medidas que ayuden a motivar a las personas que realizan tareas monótonas y aburridas.
- Escuchar a las personas expuestas a las situaciones estresantes con empatía y calor humano.
- Dirigirse a las personas con cordialidad y respeto, y explicarles con claridad qué es lo que se pretende de ellas, para favorecer que tengan

expectativas de rendimiento realistas y evitar la ambigüedad y/o el conflicto.

- Optimizar, en definitiva, los elementos del entorno habitual que pueden ser estresantes, incluyendo el comportamiento de las personas cercanas con capacidad e influencia.

5. Relevancia del Estrés en la enfermedad

Como se ha visto a lo largo de la Tesis los factores psicológicos, cognitivos, emocionales y motivacionales, influyen de manera decisiva tanto en el proceso de enfermarse como en la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud.

Uno de los requisitos esenciales para demostrar una relación causal consiste en decidir qué resultados adaptativos son importantes y cómo deberían ser medidos. Para la mayoría de los investigadores y teóricos existen tres categorías fundamentales de resultados, el bienestar moral (o subjetivo), el funcionamiento social y laboral y la salud somática. (Lazarus, 2000)

Las relaciones entre estas categorías son complejas y oscuras en muchos casos. Lazarus y Folkman (1984) se refirieron a las tres, pero como es poco lo que se ha avanzado con respecto a las dos primeras, y como las nuevas posibilidades son particularmente prometedoras, entre ellas el creciente conocimiento sobre las funciones del sistema inmunológico.

Por un lado la enfermedad (en especial la enfermedad crónica) y su tratamiento médico por sí mismos producen estrés y diversos problemas psicológicos asociados (trastornos emocionales, intolerancia a los tratamientos). Por otro lado, el estrés puede producir efectos directos aumentando la vulnerabilidad del organismo y actuando, ya sea precipitando la aparición de una enfermedad o agravándola.

El tratamiento apropiado de los problemas relacionados con el estrés de planes cuidadosos basados en evaluaciones objetivas de los métodos terapéuticos. A menudo, las combinaciones de enfoques de tratamiento son útiles (por ejemplo, psicoterapias y medicamentos). El estrés es muy personal y las reacciones a él dependen de la construcción y su ingenio para vencer los retos

puede mejorar el entendimiento y el tratamiento de los trastornos relacionados con estrés. (Sarason, 2006)

Los principales efectos psicológicos con relación a la salud- enfermedad se establecen a través de mecanismos del estrés, el cuál puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.), así como la actividad neuroendocrina y la capacidad inmunológica del organismo.

Igualmente de manera indirecta el estrés también puede alterar la salud al estimular comportamientos poco saludables como el fumar, el abuso de sustancias como el alcohol o drogas, el insomnio o la anorexia.

5.1 Estrés y enfermedades infecciosas

Cada día las investigaciones apoyan con más fuerza la afirmación de que el estrés puede alterar aspectos específicos del funcionamiento del sistema inmunológico humano (principalmente la inmunidad celular), siendo esta alteración de índole inmunosupresiva. Entre las variables inmunológicas que se han visto más consistentemente alteradas por el estrés se encuentran los linfocitos T, los macrófagos y las células Natural Killers.

En la actualidad se reconoce que el proceso inmune es muy complejo, implicando muchos tipos diferentes de anticuerpos, cada uno de los cuales combate proteínas extrañas (incluyendo gérmenes) de un modo diferente, pero defiende presumiblemente contra los agentes extraños de un modo coordinado.

Las situaciones estresantes que se han asociado a alteraciones en la competencia inmunológica son muchas, pero dejando de lado los trabajos experimentales, suelen predominar aquellas situaciones que implican alguna forma de estrés psicosocial (situaciones de pérdida, conflicto marital, cambio laboral, jubilación, nacimiento de un hijo, compra de una casa, sufrir un accidente u otros.

Sin embargo, todavía debe aprenderse mucho sobre el funcionamiento del sistema inmunológico en un organismo vivo, especialmente en uno tan

complejo como el humano, cuya mente debe organizarse para manejar diversas demandas ambientales e influencias sociales y para graficar sus propias necesidades biológicas y psicológicas. (Lazarus, 2000)

5.2 Estrés y enfermedades somáticas

En la investigación sobre la relación entre el estrés y las enfermedades somáticas deberían perseguirse tres objetivos fundamentales dentro del mismo estudio (Lazarus, 2000):

- a) Medir el estrés adecuadamente e identificar las condiciones que la causan. Éste es probablemente uno de los vínculos más frágiles en el estudio del estrés, la emoción y la enfermedad, especialmente a la luz de las ubicuas diferencias individuales.
- b) Mostrar que el estrés aumenta el riesgo de las enfermedades infecciosas.
- c) Demostrar que el estrés debilita el sistema inmunológico probablemente por efecto de hormonas que produce el estrés.

Con respecto al primer punto sobre el agente inmune, en un estudio sueco de Bergmann y Magnusson (1979) se demostraba que el estrés en la escuela superior que puede estar provocado por una combinación de los esfuerzos por el logro alto y la ejecución pobre en los exámenes, lo que produce cambios hormonales que pudieran deteriorar el funcionamiento del sistema inmunológico, debilitando en consecuencia las defensas del organismo contra los gérmenes.

El segundo punto, que se refiere a las pruebas sobre las susceptibilidad a la enfermedad como resultado del estrés, fue estudiado por Kasl, Evans y Niederman (1979) con cadetes que había contraído una mononucleosis infecciosa, a menudo considerada como la enfermedad de los estudiantes por anecdóticamente es común en la vida estudiantil competitiva. Los estudiantes que enfermaban mostraban una combinación peculiar de alta motivación de logro académico y poca ejecución académica en comparación con aquellos que no enfermaron. Por lo tanto, aquí observamos las pruebas que complementan

al estudio de Bergmann y Magnusson, de que el estrés aumenta el riesgo de las enfermedades infecciosas.

El tercer punto sobre la debilidad del proceso inmune también fue contemplado en un estudio de Cohen, Kaplan, Cunnich, Manuck y Rabian (1992). Se observó la conducta social de los monos durante 26 meses, con especial atención en la iniciación de las relaciones sociales, y el grado en que estas relaciones eran estables y relajadas o inestables y estresantes. Se descubrió que las relaciones inestables, que normalmente conllevan el estrés vinculado al rechazo social, se asociaban con la reducción de la actividad inmune de la célula T, uno de los principales agentes del sistema inmunológico. Las células T metabolizan partículas de los gérmenes invasores; entonces se sensibilizan a estos gérmenes como enemigos del organismo y en consecuencia matan y engullen a los invasores.

5.3 Factores de cambio en la terapia de control de estrés y sus principales objetivos

La concepción tripartita de la estructura de la mente (cognición, motivación y emoción) de Platón y Aristóteles, es una estructura que va acompañada de otras dos variables; las condiciones ambientales y la selección de las acciones. Estos temas expresan diferentes concepciones de los objetivos más útiles de la terapia en el control del estrés.

Al respecto existen cuatro formulaciones conceptuales (Lazarus, 2000):

- a) Las emociones modelan el pensamiento y la acción.
- b) Las acciones modelan el pensamiento y la emoción.
- c) El medio modela el pensamiento, la emoción y la acción.
- d) Los pensamientos modelan las emociones y la acción.

Es conveniente recordar estas formulaciones cuando se considera el modo de generar el cambio en las tendencias de valoración y manejo.

También deberían mencionarse la dificultad para generar cualquiera de estos cambios. En definitiva es el paciente quien debe estar motivado para ejecutar los esfuerzos que requieren el cambio.

Cuando el medio se concibe como el principal factor en lo que queremos, sentimos y el modo en que actuamos, entonces debería ser cambiado para que las restantes variables y procesos cambien en consecuencia porque todos ellos son interdependientes.

Si se dice que la conducta o las acciones son los principales responsables de la psicopatología, la persona debería estar dispuesta a adoptar mejores formas de manejo (actuación). Y si, como opinan los cognitivistas, es el modo en que la persona valora los sucesos estresantes y, por lo tanto, cómo los maneja, entonces el cambio de la valoración y del manejo se convierten en las claves de la estrategia terapéutica. (Lazarus, 2000)

Pocos psicólogos presentan atención a los siempre crecientes datos recogidos y presentados en las publicaciones científicas. Los científicos sociales, en general, y los psicólogos en particular, expresan cada vez más insatisfacción ante nuestro escaso avance en el conocimiento de las personas y de sus relaciones sociales.

Desde los comienzos de la psicología como disciplina formal, los psicólogos se sentían obligados a demostrar la comparabilidad de sus investigaciones con las ciencias físicas.

Algunos, como Richard Jessor (1996), han estado solicitando una mayor apertura en los métodos de investigación y teorización como la ola por positivista del futuro, y expresan optimismo al respecto. (Lazarus, 2000)

Ayudados y definitivamente por el conductismo y su correlato filosófico, el positivismo, fueron excesivos los psicólogos que consideraron que el mejor modo de investigar era el experimento de laboratorio y los estudios epidemiológicos a investigar era el experimento de laboratorio y los estudios epidemiológicos a gran escala.

La investigación psicológica fue concebida como un modo de aprobar o desaprobado hipótesis sobre aspectos estructurales de la mente y de la conducta humana. Había poco espacio para la descripción y el estudio del proceso. (Lazarus, 2000)

Cuando se usa la entrevista profunda para la obtención de datos, el autoinforme, los métodos de entrevista, se espera que sean de una calidad excepcional. Cuando se usan inventarios para medir gastos y procesos psicológicos, deben construirse cuidadosamente, con la debida atención a la validación, las cualidades y procesos de la mente que sean importantes en el proceso de adaptación a las condiciones vitales.

La intervención puede tener objetivos como eliminar o aliviar situaciones estresantes y/o modificar características personales relevantes que en cada caso contribuyan a la aparición del estrés o puedan ayudar a controlarlo. (Buceta, 2001) También puede dirigirse, directamente, al control de las respuestas específicas de estrés, mediante estrategias apropiadas en cada caso particular, como lo son; la desensibilización sistemática, el biofeedback, la detención del pensamiento, las autoafirmaciones, las autoinstrucciones, etc.

Una vez que el estrés está presente, la intervención no debe limitarse a eliminar o aliviar sus manifestaciones, sino dirigirse, además, a debilitar las variables situacionales y personales que lo favorecen; y más aún, a desarrollar condiciones ambientales y características personales eficaces y saludables que ayuden a mantener , e incluso a mejorar, los logros de la intervención. (Buceta, 2001)

En estos casos, el análisis conductual del problema debe determinar si el estrés es uno de los factores que contribuyen al mantenimiento e incluso al empeoramiento del mismo, dificultando su tratamiento, deteriorando el bienestar y la calidad de vida de la persona afectada e incrementando la probabilidad de recaídas cuando se produzca algún progreso.

5.4Intervención centrada en las características personales relevantes

De manera menos específica se ha abordado la intervención para potenciar el patrón de conducta dureza (fortaleza mental), o sustituir los estilos de afrontamiento perjudiciales por otros más favorables. (Buceta, 2001)

Por ello en este apartado se revisarán temas relevantes para la intervención de padecimientos, prestando mayor atención a las características personales como son; los patrones de conducta y estilos de afrontamiento; valores,

creencias y actitudes; recursos y habilidades; así como apoyos sociales. Dichas características se consideran factores especialmente importantes para la adquisición y por ende el tratamiento de diversas enfermedades, fundamentalmente las psicosomáticas, como se ha manejado a lo largo de la Tesis.

Cabe mencionar que la primordial propuesta de este estudio, se compone de una visión integral de las enfermedades, para el tratamiento específico de la AR, teniendo en cuenta, entre otros, los factores que se mencionaron anteriormente y que se desarrollarán a continuación.

5.4.1 Patrones de conducta y estilos de afrontamiento

Existe un aspecto destacado de los patrones de conducta o pautas colectivas de comportamiento vigentes en los grupos de cultivadores de las ciencias. La característica más general de los de la medicina moderna, que comparten con las demás áreas científicas, es admitir solamente un conocimiento limitado a los fenómenos y sus interrelaciones, siempre relativo y provisional, descartando un saber sobre la esencia de la realidad, de validez absoluta y definitiva. (López, 2000)

Es frecuente que el desarrollo de los tres componentes del patrón dureza, reto, compromiso y control, constituya uno de los objetivos principales de los programas de intervención para el control del estrés, tiene entre otros propósitos los siguientes (Buceta, 2001):

- Cambiar la percepción de amenaza de las situaciones estresantes por la percepción de que constituyen un reto que puede afrontarse.
- Fortalecer el compromiso del cliente para enfrentarse adecuadamente a tales situaciones estresantes.
- Potencial la percepción de control sobre las situaciones estresantes y sobre el conjunto del proceso de intervención.

Hewitt y Flett en 1996 mencionan que la personalidad determina las estrategias de afrontamiento que utilizará el individuo en situaciones estresantes, éstas otorgarán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación. En este sentido la mayoría de investigaciones se han centrado en el neuroticismo, ya que existe

una relación significativa ante altos niveles de esta entidad, y una adaptación deficiente al dolor crónico; las personas con altas puntuaciones utilizan estrategias de afrontamiento poco eficaces como la catastrofización, siendo éste un factor que media la relación entre el neuroticismo y la intensidad del dolor percibida. (Enríquez, 2010)

Los sujetos con dolor crónico y altas puntuaciones de neuroticismo, utilizan estrategias de afrontamiento pasivas cuya ineficacia queda reflejada por una mayor intensidad del dolor percibido. Los altos niveles de neuroticismo se convierten en predictores de catastrofismo y de la búsqueda de apoyo social, como estrategias de afrontamiento poco eficaces en el contexto del dolor crónico.

La intervención comportamental conlleva la modificación de estilos de negación, evitación o escape de las situaciones estresantes; planificando, ensayando y realizando actividades de exposición, confrontación y manejo adecuados, con el objetivo de desarrollar un estilo de afrontamiento más eficaz y saludable.

5.4.2 Valores, creencias y actitudes

Los valores se definen como metas o fines que generalmente expresan intereses colectivos y/o individuales, son relativos a motivaciones de poder, y seguridad, se evalúan según su importancia respecto a los principios que guían la vida de una persona.

Los valores son principios que permiten orientar nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas. (Martínez, 2010)

Una distinción importante es la establecida por Rokeach (1973) entre lo que denominó valores instrumentales, que expresan una meta final, aunque para conseguir estas metas existen otros valores que marcan la forma en que deben conseguirse estas; por ejemplo la honestidad.

Las creencias aluden a lo que tiene que ver con el conocimiento y con la información que las personas disponemos con respecto a un acontecimiento ya sea concreto o general.

Por último la actitud es la predisposición a responder de una manera consistente ante una clase de estímulos con un tipo de respuestas

En general, el término actitud designa un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. (Martínez, 2010)

Presenta cuatro características:

- Direccionalidad: La actitud implica una relación sujeto- objeto que le da direccionalidad y la diferencia, por ello, del rasgo de carácter o el hábito.
- Adquiridad: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- Durables: Son relativamente durables pero al mismo tiempo son susceptibles de ser modificadas por influencias externas.
- Polaridad afectiva: Desde la aceptación, hasta el rechazo.

En lo que respecta a la modificación de valores, creencias y actitudes que pueden influir en la valoración de las situaciones potenciales estresantes y de los propios recursos para enfrentarse a ellas, son útiles las terapias y estrategias cognitivas propuestas por Beck (1984) y Ellis (1973) al desarrollar la Terapia Cognitiva y la Terapia Racional Emotiva. (Buceta, 2001)

Se considera a la actitud como el producto final del proceso de socialización. Las actitudes son aprendidas en el seno social y condicionarán las respuestas del sujeto hacia determinados grupos, objetos, hechos y situaciones. Se van construyendo y anclando en cada relación interpersonal. Los individuos incorporan valores, hacen atribuciones y actúan en función de ellas. (Martínez, 2010)

Los valores son estructuras más complejas y difíciles de cambiar que las actitudes, las cuales son, a su vez, manifestaciones de diferentes valores en torno a los cuales se agrupan de algún modo jerárquico. La utilización de los elementos que forman parte de estas terapias puede contribuir a aliviar problemas de estrés que estén presentes y prevenir problemas futuros, desarrollando un estilo de funcionamiento cognitivo más eficaz y saludable, con

valores, creencias y actitudes más flexibles y el predominio de valoraciones objetivas basadas en la evidencia de los hechos.

5.4.3 Recursos y habilidades

En la parcela de los recursos y habilidades para solucionar, manejar o aliviar situaciones estresantes, la intervención comportamental puede contribuir, sobre todo, a mejorar el repertorio de habilidades, siendo este apartado el más atendido en la prevención y el tratamiento del estrés.

Con este propósito pueden aplicarse estrategias ampliamente difundidas, como las técnicas para la Resolución de Problemas, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, incluyendo, más específicamente, el Entrenamiento Asertivo o el entrenamiento para hablar en público, y el Entrenamiento en Relajación. (Buceta, 2001)

En menor medida se han utilizado técnicas como la planificación del tiempo, el establecimiento de objetivos, la elaboración de planes de actuación, la anticipación de posibles dificultades interferentes y la preparación de planes alternativos y técnicas cognitivas como autopreguntas, autoafirmaciones y autoinstrucciones dirigidas a aliviar el impacto estresante de situaciones que no se pueden eliminar.

Así mismo, evaluar objetiva y racionalmente las situaciones potencialmente estresantes y los recursos para enfrentarse a ellas, de manera sistemática, también debe considerarse una habilidad eficaz para controlar el estrés.

Se encuentran enumeradas las principales habilidades psicológicas en el deporte de competición, un ámbito con múltiples situaciones potencialmente estresantes, en el que rendimiento y salud tienen una enorme trascendencia.

El dominio de estas habilidades, favorece que los deportistas afronten las situaciones estresantes de manera eficaz y saludable. Y lo mismo podría ocurrir con cualquier otra persona que dispusiese de estos valiosos recursos. (Buceta, 2001):

- Establecimiento de objetivos

- Autoobservación y autorregistro

- Autoevaluación subjetiva del nivel de activación y otras experiencias internas.
- Evaluación objetiva del propio rendimiento.
- Práctica en imaginación
- Habilidades atencionales.
- Aplicación de autoafirmaciones, autoinstrucciones y autorrefuerzos.
- Habilidades para controlar cogniciones disfuncionales.
- Identificación y consecución del nivel de activación óptimo.
- Preparación personal para la actuación en la competición y los entrenamientos.
- Aplicación de habilidades para la autorregulación y el autocontrol en la competición y el entrenamiento.
- Técnicas para la solución de problemas y la toma de decisiones.
- Habilidades interpersonales.

El dominio de habilidades de afrontamiento exige un periodo de entrenamiento específico, previo a su utilización en las situaciones estresantes más críticas. Parte de este entrenamiento, incluye preparar al cliente para que aplique las habilidades pertinentes en la situación y el momento oportunos.

5.4.4 Apoyos sociales

Desde una perspectiva teórico- metodológica, en la literatura internacional sobre apoyos sociales se observan diversas técnicas y perspectivas metodológicas muy distintas. Los conceptos con los cuales se ha asimilado esta dinámica son muy variados, en ocasiones e habla de apoyos institucionales, en otros, apoyos formales: los apoyos familiares a veces también son considerados como informales, pero en ocasiones también pueden ser redes sociales. (Gómez, 2001)

Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto parece que una red social débil se asocia con el peor pronóstico en el curso de las enfermedades. (Novelo, 2010)

La intervención comportamental apenas se ha ocupado de forma específica de los apoyos sociales, aunque si indirectamente con medidas como las siguientes (Buceta, 2001):

- Ayudando a mejorar habilidades sociales que aumentan la probabilidad de obtener apoyos benéficos.
- Modificando cogniciones disfuncionales respecto a la obtención y el mantenimiento de apoyos sociales, y potenciando cogniciones favorables.
- Planificando actividades adecuadas para la búsqueda y el desarrollo de apoyos adecuados.
- Incrementando la independencia de funcionamiento personal y, por tanto, reduciendo la dependencia de apoyos inapropiados.
- Trabajando con las personas cercanas que pueden proporcionar los apoyos sociales adecuados.

Por ello es importante recalcar que dentro de las múltiples intervenciones que deben tenerse en los pacientes con AR también hay que realizar un trabajo terapéutico con familiares y personas cercanas que ofrezcan un apoyo social que facilite el mejoramiento del paciente.

Factores cognitivos en la etiología y remisión de la artritis reumatoide

1. Conclusiones

Se ha apreciado en el transcurso de la Tesis la naturaleza misma de la enfermedad aquí expuesta; la Artritis Reumatoide, enfermedad milenaria y misteriosa de la cual no existe si quiera un diagnóstico pronto y seguro, mucho menos un tratamiento que lleve a la recuperación total, ni tampoco factores etiológicos concisos que expliquen en las diversas poblaciones afectadas por esta enfermedad la causa del padecimiento.

Sin embargo podemos apreciar desde diversas teorías la consistencia que tiene la relación de las características personales cognitivas de los individuos y éste padecimiento en específico, existiendo y denostándose con esto un patrón establecido de comportamiento que resulta en un perfil del enfermo de AR. Teorías que van desde la medicina, la psicología, la reumatología, la psicosomática y la educación para la salud; así como ciencias compuestas como la psicología médica, la medicina psicosomática, la psicología de la salud, etc.

Ciencias que cada vez más toman en cuenta la relevancia que tienen las características psicológicas en la enfermedad antes mencionada, sin embargo, ninguna de estas ciencias incluyendo la psicología ha logrado tener suficiente influencia en la medicina, específicamente en la reumatología, para llevar acabo un tratamiento holístico y multidisciplinario que incluya también el tratamiento de los factores psicológicos que propician la aparición de la Artritis Reumatoide.

Siendo que la salud está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel estado de bienestar físico, “psíquico” y social; por ende, la principal propuesta de la Tesis es el tratamiento de la AR desde el punto de vista de la Psicología con las múltiples herramientas mencionadas en el Capítulo 3.

Ya que todas las herramientas mencionadas en dicho Capítulo son utilizadas de forma individual para el alivio y cambio de diversos comportamientos y estructuras psíquicas que empleadas de manera conjunta podrían ser un factor de cambio determinante en el alivio de los pacientes con AR.

Revisando de manera metódica la importancia del papel del Psicólogo en la intervención de enfermedades como la Artritis Reumatoide, mediante herramientas propias de esta ciencia, así como la labor de respaldar las premisas elaboradas para acercar a la población general a la cultura de la salud física desde la perspectiva psicológica, formando así una cultura de salud y medicina integral, compuesta por la medicina y la psicología, concluyendo con el apoyo social que se les debe brindar a los pacientes para obtener así un bienestar físico, psíquico y social, como lo define la OMS.

Es así como se concluye ésta tesis, invitando a la población de Psicólogos a formar parte del factor de cambio en el tratamiento de múltiples enfermedades, inmiscuyéndose de forma concisa en ámbitos de la salud hasta ahora propios de la medicina, modificando la cultura de la salud reduccionista por una de visión más amplia que incluya también la salud mental.

Referencias:

- ⌘ Álvarez Lario, Bonifacio. (2003). *El libro de la artritis reumatoide*. Madrid: Díaz de Santos.
- ⌘ Anaya, Juan Manuel (2006). *Artritis Reumatoide Bases moleculares, clínicas terapéuticas*. Colombia.
- ⌘ Assmann, Hugo (2002), *Placer y ternura en la educación: hacia una sociedad aprendiente*. Madrid: Narcea.
- ⌘ Buceta, José María (2000) *Intervención Psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Cyskinson.
- ⌘ Buceta, José María (2001) *Intervención Psicológica y Salud: control del estrés y conductas de riesgos*. Madrid: Dykinson.
- ⌘ Caballero Uribe, Carlo Vinicio (2006). *Retos para el diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide en América latina*. Colombia: Uninorte.
- ⌘ Caparrós, Nicolás (2008) *El proceso psicossomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ⌘ Carrascoza Venegas, César Augusto. (2008) *La práctica de la Terapia Cognitivo Conductual: Una guía para su aplicación, Anuario de investigación en adiciones. Modalidades de tratamiento*, 9, 2-5.
- ⌘ Carretero, Mario (2004). *Introducción a la Psicología cognitiva*. México: Buenos Aires.
- ⌘ Castañeda Figueiras, Sandra (2004) *Educación, aprendizaje y cognición, teoría en la práctica*. México: Manual Moderno.
- ⌘ Clegg Brian (2001) *Manejo del estrés al instante*. México: Granica
- ⌘ Crespo, Antonio (2006) *Cognición Humana, mente, ordenador y neuronas*. Madrid: Editorial Universitaria.
- ⌘ De Cristóforis, Oscar (2006) *Cuerpo vínculo lenguaje en el campo psicossomático*. Buenos Aires: Luga.
- ⌘ Doron, Roland (2008), *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid
- ⌘ Enríquez, Blanco. (2010) *Síndrome de Intestino Irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales*. México: Medica Panamericana.

- ⌘ Friedberg, Robert D. (2002) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Londres: Paidós Iberica.
- ⌘ Gil, Roger. (2006) *Neuropsicología*. España: Masson.
- ⌘ Gomez, Cristina (2001) *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Porrúa.
- ⌘ Hernández Lira, Nicolás Alejandro (2007) *Manual de Psicoterapia cognitivo- conductual para trastornos de salud*. Fuente electrónica [en línea] Libros en Red.
http://books.google.com/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&dq=Manual+de+Psicoterapia+cognitivo-+conductual+para+trastornos+de+salud.&hl=es&ei=ITjbTfqjPMbeiALk6Zn8Dw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false [Consulta: 10 mayo 2011]
- ⌘ Hunder, Gene G. (2001). *Guía de la Clínica Mayo sobre artritis*. México: Intersistemas.
- ⌘ John B., Best (2001) *Psicología Cognitiva*. Madrid: Thomson Learnind.
- ⌘ Jores, Rebeka (2008) *Guía de psicología médica*. México: Intersistemas.
- ⌘ Lazarus, Richard S. (2000) *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ⌘ Lega, I. Leonor (2002) *Teoría y práctica de la teoría Racional Emotivo-Contuctual*. España: Siglo XXI.
- ⌘ Llopis, Vicente Mars. *Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la medicina comportamental*. Fuente electrónica [en línea] Psicología Online. <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vmars/medicina.shtml> ,[Consulta: 27 abril 2011]
- ⌘ López Piñero, José María (2000) *Introducción a la medicina*. España: Crítica.
- ⌘ López Ramos, Sergio (2002) *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones*. México: Plaza y verdes.
- ⌘ Martínez Ferrando, Jose (2010) *Teoría y Práctica en Recursos Humanos. Habilidades Directivas*. Germany: GRIN.

- ⌘ Mendoza González, Brenda. (2010) *Manual de autocontrol del enojo: tratamiento cognitivo- conductual*. México: Manual Moderno.
- ⌘ Niembro Ramos, Francisco (2004). *Manual del paciente reumático*. México: Trillas
- ⌘ Novelo Naal, José Francisco. (2010) *Depresión en el Adulto mayor y su riesgo ante la falta de apoyo social* (Tesis de Licenciatura- Universidad Nacional Autónoma de México), [En línea]. Disponible en:http://p8080-132.248.9.195.pbidi.unam.mx:8080/tesdig/Procesados_tesis_2011/reemplazo/0129650/Index.html: [Consulta: 10 mayo 2011]
- ⌘ Oblitas Guadalupe, Luis A. (2000) *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdes.
- ⌘ Pindaro Martínez, Elizondo (2003). *Introducción a la reumatología*. México: Intersistemas.
- ⌘ Rodríguez Martín, José María (2004) *Electroterapia en fisioterapia*. Madrid: Médica Panamericana.
- ⌘ Salazar Linares, Hugo Ismael. (2008). *Artritis reumatoide, una construcción social* (Tesis de Licenciatura- Universidad Nacional Autónoma de México), [En línea]. Disponible en: http://p8080-132.248.9.9.pbidi.unam.mx:8080/tesdig2/Procesados_2008/0626482/Index.html: [Consulta: 23 abril 2011]
- ⌘ Santrock, J.W. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. Madrid: McGraw Hill.
- ⌘ Sarason, Irwin G. Psicopatología. (2006) *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson educación.
- ⌘ Stoltz C, BaimeM, Yaffe K. (1999) *Depression in the patient with rheumatologic disease*. RheumDisClin NA.
- ⌘ Suárez Richards, Manuel. (2009) *La depresión en la vida diaria: guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento*. Argentina: Polemos.
- ⌘ Tobón Sergio, Vinaccia Stefano. (2004) *Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA), Psicología y Salud, 14, 26- 28.*

- ⌘ Uribe Restrepo, Miguel (2006) *Modelos conceptuales en medicina psicosomática. Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35, 8-10.
- ⌘ Weinberg, Robert S. (2007) *Fundamentos de la Psicología del deporte y el ejercicio físico*. Madrid: Medica Panamericana.
- ⌘ Yankura, Joseph (2000) *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos Ilustrados*. Bilbao: Editorial DeseleéeBrouwer.
- ⌘ Zaldívar Pérez, Dionisio F. (2007) *Conocimiento y dominio del estrés*. Ciudad de la Habana: Instituto cubano del libro.