UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL MANEJO DE EMOCIONES NEGATIVAS A TRAVÉS DEL PSICODRAMA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LILIA ADRIANA OSNAYA RIAÑO

DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ

COMITÉ DE TESIS:

MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS
LIC. MARÍA GUADALUPE OSORIO ÁLVAREZ
MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
MTRO. RODOLFO ESPARZA MÁRQUEZ

® Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Octubre, 2016.

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

RECONOCIMIENTOS.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por sembrar en mí el amor, el compromiso, el respeto y la pasión por mi profesión.

A la **Mtra. Yolanda Bernal** por haber accedido a ser mi directora y con su guía contribuir al cierre de este ciclo en mi vida profesional, por su apoyo, paciencia y conocimiento compartido.

A los decanos que dedicaron su tiempo a la revisión y mejora de este trabajo, **Mtra. Margarita María Molina Avilés, Lic. María Guadalupe Osorio Álvarez, Mtro. Jorge Álvarez Martínez y Mtro. Rodolfo Esparza Márquez**.

A la **División de Educación Continua** de la Facultad de Psicología, por su extraordinario programa, al **Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez** con quien en su momento inicie este proceso y a la **Lic. Ana Lilia Hernández Castillo**, con quien lo concluí, gracias por su profesionalismo y apoyo.

AGRADECIMIENTOS.

En este proceso que reanude luego de varios años de haberlo dejado en espera, tengo mucho por agradecer y a muchas personas que fueron mi apoyo y voz de aliento, dándome fuerza y confianza para poder cerrar por fin este círculo.

Este trabajo, en el cual deje un pedacito de mí, es el resultado, y lo dedico con amor y agradecimiento:

Al ser supremo, Dios, vida, universo, por darme el regalo de esta enfermedad que hasta ahora me ha dado más de lo que me ha quitado, la cual me permitió reconciliarme conmigo misma, con la vida, con mi cuerpo, encontrarme, equilibrar mi ser y sanar mi alma. ***"Toda enfermedad es sagrada: nos remite a nosotros mismos, nos obliga a comprender por qué nos la hemos creado" A. Jodorowsky***

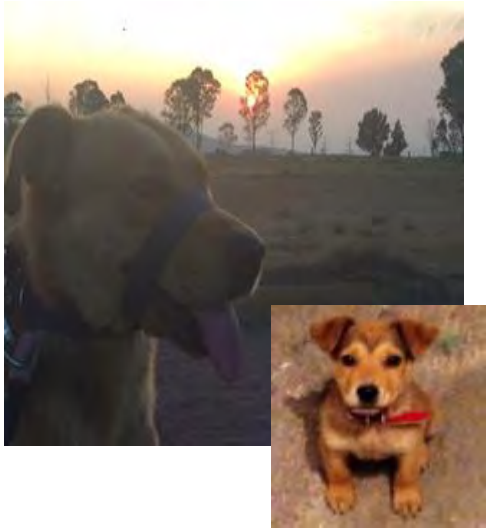
A la **tía "pelucas"**, quien está en cada página de este trabajo, gracias porque con tu presencia física y ahora espiritual me has acompañado en cada paso que doy, porque fuiste más que una tía, fuiste madre, ejemplo, amiga, guía, confidente, alcahueta, maestra, amor, ternura, comprensión, apoyo, modelo a seguir, porque gracias a tu afán de ser siempre una mejor persona, te debo mi primer gran y revelador encuentro con la psicología, así como desafortunadamente también mi primer encuentro con la artritis reumatoide, por eso este trabajo es más tuyo que mío, es nuestra pequeña contribución para evitar que esta enfermedad le haga a otros lo que te hizo a ti. Te amo con todo mi corazón tía pelucas, gracias por esto, gracias por todo, gracias por tanto. "***A algunas personas las amamos toda la vida, a otras aún después… Más allá de su presencia actual o no, siempre ganamos de los encuentros con los otros. Y ganamos por lo que dejan en nuestra vida. Por lo que de ellos vive en nosotros y por lo que de nosotros pervive en ellos" Demian B.***

A **mis padres Elia y Pedro**, por ser los peores padres del mundo, por obligarme siempre a estudiar y trabajar duro para ganarme las cosas en lugar de dármelas, por dejarme siempre resolver mis problemas por mí misma en lugar de resolvérmelos, por dejarme caer siempre que fue necesario en lugar de protegerme, por enseñarme a enfrentar las consecuencias de mis acciones en lugar de alcahuetearme, por contribuir a mi enfermedad y luego a mi sanación, por sembrar en mí a través del ejemplo, valores tan importantes como la responsabilidad, el respeto, la humildad, el trabajo, la honestidad y el amor, porque soy un reflejo de sus actos, sus palabras y todo lo maravilloso que son, acompañándome a cada paso de mi camino, llenándome de amor, protección, valentía, fortaleza, coraje, y humildad; regañándome cuando fue necesario y dándome siempre la mano para el soporte de todo, forjándome lo que soy, infinitas gracias, los amo. ***"No reclames de vuelta todo el amor que has dado a tus hijos. El agua no vuelve a la fuente, pero irriga al mundo".***

A mi **esposo Jorge "tamborcito",** mi pedazo de cielo, mi persona favorita en el mundo, gracias por formar parte del capítulo romántico de mi vida, por dejarme contar contigo de forma incondicional, porque siempre que lo necesito encuentro en tus manos un apoyo y en tus brazos un refugio, porque has sido fortaleza y ternura, por estar ahí conmigo creyendo en quien soy y lo que sé, porque has creído en mí incluso cuando yo no creía en mi misma, por apoyarme, acompañarme y entender mis ausencias en el tiempo que le dedique a este trabajo, porque sin tu apoyo económico y moral esto no hubiera sido posible, por ser amigo, compañero, cómplice, compinche y amante, por elegirme cada mañana para seguir caminado juntos el sendero de la vida, a pesar de todo y de todos, usted no sabe cómo valoro yo, su sencillo coraje de quererme. ***"Que dure lo que tenga que durar, que dure días, meses o años, que dure una vida entera, que dure la eternidad, que dure un segundo, que dure un susurro… Pero que sea contigo… Te amo… Eres el hombre de todas mis vidas"***

A mi querida **hermana "kuinin"**, que en la inmadurez de la infancia fuimos rivales y con la madurez de la vida nos convertimos en amigas, cómplices, alcahuetas, compañeras, confidentes y sobre todo hermanas, gracias por siempre estar ahí, por escucharme, acompañarme, aconsejarme, por reírte conmigo pero sobre todo de mí. Gracias por todo lo que me has dado y apoyado, porque eres mi modelo a seguir y siempre daré gracias a la vida por tener la dicha de contar contigo. ***"Como las ramas de un árbol crecemos en diferentes direcciones, pero nuestra raíz es una sola, así la vida de una siempre será parte esencial de la vida de la otra".***

A mi viejita **"Juanita", GRACIAS** porque tu lenguaje materno de amor, cuidados y ternura obro milagros en mi vida y construyo la mejor parte de mí. Te amo con todo mí ser madre mía.



A mi **Lucas** porque sacrifico sus paseos y atardeceres para que yo pudiera terminar mi trabajo, y lo hizo sin dejarme de querer ni un poquito. ***"Cuando te acaricié me di cuenta que había vivido toda mi vida con las manos vacías" A. Jodorowsky.***

A **mis grandes amigas**, quienes incluso desde la distancia, fueron mi apoyo y mi voz de aliento para continuar, la mayoría de las veces con frases tan alentadoras como “no seas huevona”, “ya ponte a trabajar”, “deja de buscar pretextos”, “ya chíngale”, y otras veces, algunas palabras de verdadero aliento ☺ Denisse (**Carigoma**), Andrea (**Brujita**), Daya (**Doctora infernal**), Mariana, Mimí, Lorelaina, Adriana (Lolipop), Rebeflax (**Bibi**), Faby (**gordita**), Claus, Fer, Dianiux, Monlaferte, Xo (**Quetzalcóatl**).

“Nadie se cruza en tu vida por azar, las personas entran en tu vida por una razón o por una estación y en su caso por una vida eterna”

Un agradecimiento especial a mi jefa y amiga **Guadalupe Urrutia**, por su confianza, por regalarme un tiempo y un espacio para poder concluir este trabajo, por su compañía en largas faenas, pero sobre todo “por romper un hechizo”, eternamente gracias. ***“Nadie llega a tu vida por casualidad, cada encuentro es un proyecto de Dios”***

Al **Dr. José Alberto Hernández**, por ayudarme a encontrar un camino que me condujo a la exitosa conclusión de este trabajo.

A mis terapeutas **Dra. Aida Brener, Dr. Gerber, Dra. Mariana, Dra. Alicia Ocampo** y mi maestra yoguini **Illeana Santos** que han sido el ejército con los que hasta ahora he combatido con milagroso éxito la artritis reumatoide, porque me ayudaron a contactar, expresar y transformar las emociones que me enfermaron.

A todos ellos y a los que sin querer no menciono pero que les debo profundo agradecimiento**. ¡GRACIAS Y MIL GRACIAS!** ¡Por ser, estar y seguir siendo parte de mi vida!

DISEÑO

DE UNA PROPUESTA

DE INTERVENCIÓN

PARA EL MANEJO

DE EMOCIONES NEGATIVAS

A TRAVÉS DEL

PSICODRAMA

EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON

ARTRITIS REUMATOIDE

Lilia Adriana Osnaya Riaño

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I ARTRITIS REUMATOIDE

1.1 ANTECEDENTES
1.2 DEFINICIÓN
1.3 CARACTERÍSTICAS GENERALES
1.4 EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA
1.5 TRATAMIENTO
1.6 FACTORES PSICOLOGICOS

CAPÍTULO 2 EMOCIONES Y FUNCIONAMIENTO CORPORAL. UNA MIRADA PSICOSOMATICA.

2.1 ANTECEDENTES
2.2 DEFINICIÓN
2.3 TEORIAS Y PERSPECTIVAS
2.4 EMOCIONES NEGATIVAS
2.4.1 IRA
2.4.2 TRISTEZA
2.4.3 MIEDO
2.5 EMOCIONES Y SALUD

CAPÍTULO 3 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 DEFINICIÓN
3.2 TIPOS DE INTERVENCIÓN
3.2.1 TERAPIAS PSICODINÁMICAS
3.2.2 TERAPIAS DE CONDUCTA

3.2.3 TERAPIAS COGNITIVAS
3.2.4 TERAPIAS HUMANISTAS
3.2.5 TERAPIAS SISTÉMICAS
3.3 PSICODRAMA
3.3.1 ELEMENTOS DEL PSICODRAMA
3.3.2 FASES DEL PSICODRAMA
3.3.3 TÉCNICAS DEL PSICODRAMA
3.3.4 RECURSOS DEL PSICODRAMA
3.3.5 LO TERAPEUTICO EN EL PSICODRAMA

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL MANEJO DE EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
4.1 JUSTIFICACIÓN
4.2 OBJETIVO GENERAL
4.2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS
4.3 PARTICIPANTES
4.4 ACCIONES PROPUESTA
4.5 MATERIALES E INSTRUMENTOS
4.6 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

5. CONCLUSIONES

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS
Anexo “A” Cuestionario de Salud (HAQ)
Anexo “B” Cartas descriptivas

RESUMEN

La presente tesina es una investigación documental enfocada a realizar una revisión teórica de la artritis reumatoide en la que se analizan sus antecedentes históricos, definición de conceptos, características generales, epidemiología, alternativas de tratamiento pero principalmente los efectos psicosociales que una enfermedad como esta tiene sobre quien la padece.

Desde un enfoque psicosomático se analiza como las denominadas emociones negativas (ira, miedo, tristeza) influyen en el proceso salud – enfermedad del individuo, promoviendo el inicio, mantenimiento y desarrollo de este padecimiento. Desarrollando un taller psicodramático que promueva en el ser humano enfermo, la toma de conciencia de emociones negativas con fines terapéuticos, como un complemento necesario en el tratamiento de la artritis reumatoide.

INTRODUCCIÓN.

En el último siglo se ha producido un importante cambio en cuanto a la prevalencia de las enfermedades, de manera que los padecimientos crónicos que son producto en gran parte de un estilo de vida patógeno han llegado a dominar en el panorama epidemiológico de la sociedad occidental (Oblitas et al., 2010; Taylor, 2007).

De conformidad con lo anterior, es fundamental comprender que no todas las enfermedades son iguales y tampoco lo son las repercusiones que causan en la vida de los afectados, 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 muy distinto 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, lo cual lleva a cruzar por una crisis significativa y existencial (Álvarez, 2003).

Así, el capítulo uno de este trabajo es una aproximación a la artritis reumatoide (AR en lo sucesivo), que es la poliartritis inflamatoria más común, probablemente el más estudiado de los trastornos reumáticos; es una enfermedad articular, multisistémica, autoinmune, inflamatoria y crónica de causa desconocida que afecta a las articulaciones y órganos internos, se caracteriza por el dolor crónico, que produce en los individuos una disminución en la calidad de vida y representa una de las primeras causas de discapacidad grave en los países desarrollados, con las consiguientes pérdidas económicas y sociales (Álvarez, 2003; Yescas, Ascencio, Vargas, Barbosa y Lugo, 2008).

De ahí que, como muchas otras enfermedades crónicas, la AR no solo origina al paciente sufrimiento físico, sino que tiene efectos psicológicos significativos que se suelen manifestar en forma de miedo, estrés, ansiedad, angustia, depresión, ira, etcétera; así como alteraciones en las relaciones interpersonales, familiares,

labores y sociales en general (Ventura, 2011; Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena y Anaya, 2005).

En este marco de referencia, los aspectos psicológicos han empezado a cobrar relevancia, siendo las emociones uno de los aspectos notables para entender más ampliamente el complejo entramado de la salud y la enfermedad (Brannon & Feist, 2001).

Es por eso que en el capítulo dos abordaremos la influencia de las emociones sobre el organismo en general, pero baste señalar en este momento que el funcionamiento de cualquier sistema en el organismo depende del <<talante>> cognitivo-afectivo que impere en una persona en un momento determinado, es decir su capital psicológico y subjetivo, por lo tanto, las emociones no deben ser descartadas para entender cómo una persona mantiene su salud, cómo esa persona enferma, cómo se recupera de su enfermedad y cómo se siente sana (Fernandez –Abascal y Palmero 1998).

Por lo que se examinará cómo estas emociones negativas influyen en el curso de la enfermedad o se ven influenciadas por la misma, pero sobre todo, qué manejo debe dárseles como parte del tratamiento, en beneficio del paciente; sustentándonos en la multiestudiada relación entre mente y cuerpo, lo psicosomático, no desde una perspectiva dualista que reconoce pero separa la mente del cuerpo, sino en una mirada integral que concibe al hombre como una unidad con una estructura de intercompenetración entre lo físico, lo real: el cuerpo; y lo subjetivo, anímico, emocional: la mente; desde esta conceptualización todo es psicosomático en el acontecer humano, incluyendo las enfermedades. (Frenquelli, y Perelló, 2008).

Los modelos psicosomáticos, parten de una concepción multicausal, que considera tanto los aspectos orgánicos como los psicológicos, sociales y culturales; donde la persona constituye un ente global, que enferma o sana en su

conjunto, y no un simple agregado de órganos y sistemas fisiológicos (Ballester, 1998).

Así, a lo largo del desarrollo de este trabajo se indagará en cuestiones psicológicas que se han visto relacionadas con el desarrollo de la enfermedad y que han permitido considerar la existencia de una relación psicosomática; ya que en la literatura es bien conocido el peso de las emociones negativas en la fisiopatología de la artritis reumatoide (Quiceno y Vinaccia, 2011).

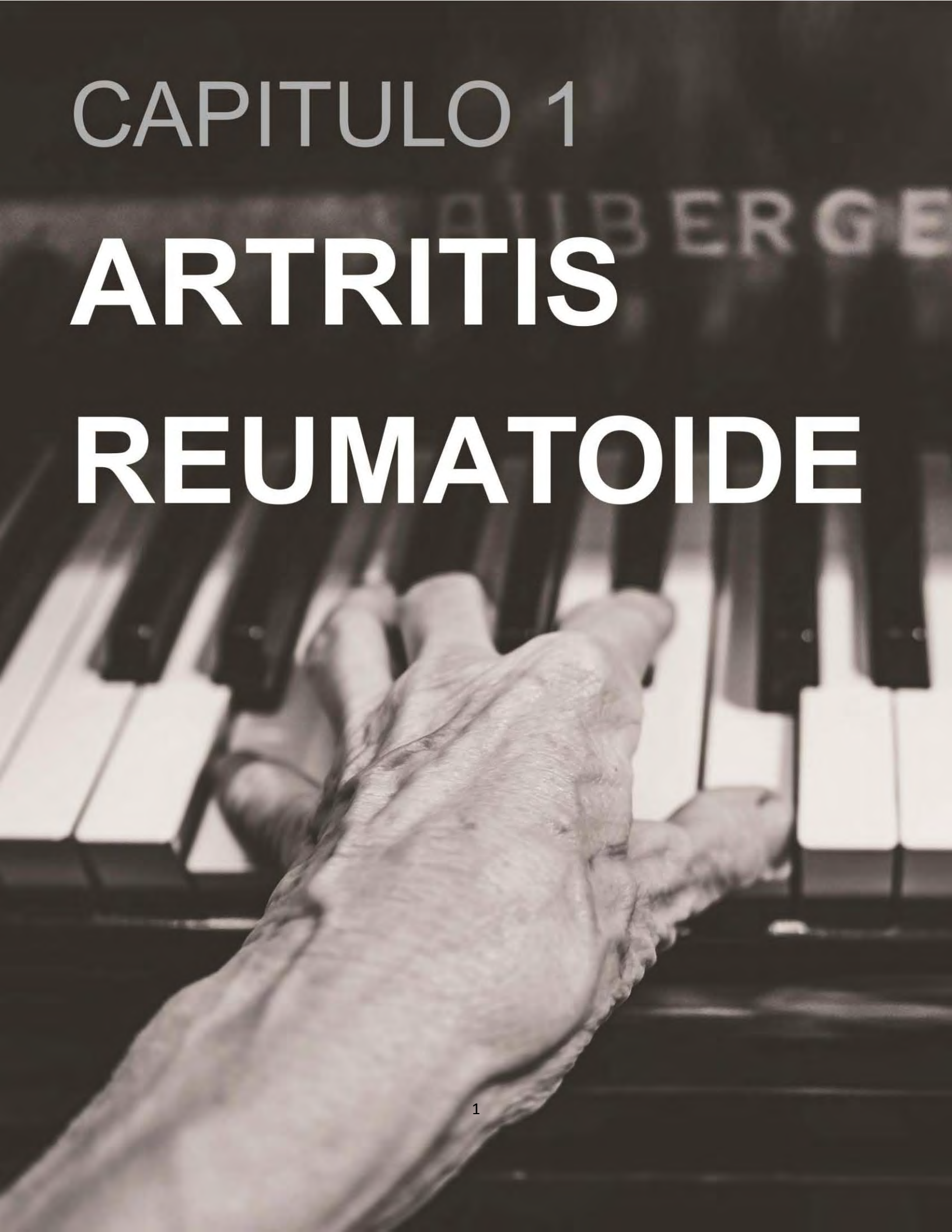
A pesar de que el estudio de los efectos de las emociones sobre el proceso salud–enfermedad ha tenido cada vez más auge, aun no se han logrado aterrizar los conocimientos derivados de los mismos, hacia enfermedades específicas, ni tampoco se han conseguido introducir a la ciencia de la medicina de forma cotidiana para la cura de enfermedades.

La razón es que, en la actualidad, la medicina científica moderna ha dado excesiva importancia a la solución reduccionista y ha llegado a un punto de especialización en que los médicos ya no son capaces de ver la enfermedad como un trastorno de todo el organismo ni de tratarla como tal, se tiende a tratar determinado órgano o tejido, y esto se suele llevar a cabo sin tener en cuenta el resto del cuerpo ni mucho menos considerar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad. Por lo que, mientras la ciencia médica no relacione el estudio de los aspectos biológicos de la enfermedad con la condición física y psicológica del organismo humano y su entorno, esta situación no cambiará (Fernández – Abascal y Palmero, 1998).

De manera que uno de los objetivos del presente trabajo, consiste en sentar las bases que permitan al sistema de salud considerar seriamente incluir el manejo de las emociones como parte fundamental del tratamiento de la artritis reumatoide, considerando todos los beneficios que esto representaría para el paciente; para lo que se requiere la participación de otros especialistas como el psicólogo, dentro

del ámbito salud, para un trabajo multidisciplinario encaminado a la mejora de enfermedades difíciles de abordar, que abarque todos los aspectos de la enfermedad, considerando así al paciente en su totalidad.

Para lo que resulta necesario proponer una intervención terapéutica basada en el manejo de las emociones negativas, que le permita al sujeto tener una visión y percepción diferente de su enfermedad e influir positivamente en la evolución y pronóstico de la misma. La técnica del psicodrama entre otros elementos, permitirá trabajar en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide haciendo énfasis en el componente emocional de esta patología reumática, que se ha infravalorado, en parte por la tendencia del diagnóstico a enfocarse en los aspectos físicos, y en parte porque la depresión, la ansiedad y la ira se consideran reacciones normales de las enfermedades crónicas.



CAPITULO 1

ARTRITIS REUMATOIDE

ER & GLOSS

CAPÍTULO 1
ARTRITIS REUMATOIDE

"La enfermedad es el resultado
de emociones no habladas, no resueltas".
La artritis. Una enseñanza corporal.
Duran (2008)

1.1 Antecedentes

La paleontología, la antropología y la historia son solo algunas de las especialidades que se han usado para poder trazar el origen, la antigüedad y el paso a través del planeta tierra de algunas enfermedades óseas y articulares como la artritis reumatoide (Iglesias-Gamarra, Quintana y Restrepo, 2006).

Existen pocas huellas históricas sobre esta enfermedad, que van desde restos fósiles de vertebrados, hombres mono, hombres de Java, momias egipcias, pasando por los romanos quienes se dice que construyeron gran número de baños 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 (Lee, 1987).

Sin embargo, los investigadores que la han estudiado a través del tiempo, coindicen en documentar que la artritis reumatoide se originó posiblemente en los nativos norteamericanos, encontrando evidencias de que se trata de un padecimiento antiguo, que sugiere su existencia en América desde el 8000 a.C. y en Europa en el siglo VII d.C. (Iglesias-Gamarra et al. 2006).

La primera descripción clínica de la AR se atribuye a Agustín-Jacob Landré-Beauvais, que en 1800 describió a 9 mujeres que tenían una enfermedad que él consideraba como una variante de la gota y que, por consiguiente, denominó

<<gota asténica primitiva>>; no obstante, la AR fue descrita con claridad hasta 1819 por Benjamín C. Brodie, quien resaltó su lenta progresión típica, y su contribución más importante fue el reconocimiento de que la enfermedad empieza como una sinovitis que puede conducir a la destrucción del cartílago articular; por su parte A. B. Garrod fue el primero en acuñar el término <<artritis reumatoide>> en 1858; en 1922, el Ministerio de Salud británico lo adoptó como denominación oficial, un paso que la American Rheumatism Association (ahora el American College of Rheumatology) no hizo sino hasta 1941 (Aguado y Gijón, 1997).

Finalmente, se considera que el precursor de los estudios epidemiológicos modernos de la AR fue Jean-Martin Charcot, quien en su tesis doctoral en 1853, describió 41 pacientes con AR, donde puntualizaba, que esta enfermedad constituía el 5% de los pacientes cojos, inválidos o discapacitados que ingresaban al Salpetriére; además de ser el primero en comentar la edad de inicio de la AR, y describir las secuelas de la misma (Iglesias-Gamarra et al. 2006).

1.2 Definición

Etimológicamente el término artritis deriva del griego artros (articulación) y el sufijo itis (inflamación). De modo que artritis significa literalmente “inflamación de las articulaciones” (Mikuls et al. 2014).

La fundación Norteamericana de Artritis informa que existen más de cien tipos de artritis, y que las más comunes son la osteoartritis, la osteoporosis y la artritis reumatoide (Lynn, 2009).

Por otro lado el término reuma o reúma viene del latino rheuma, y este del griego ῥεῦμα (refma), flujo, corrimiento. La palabra ῥεῦμα está formada del verbo ῥεω (rheó), yo corro, fluyo (Monlau, 1856).

En argot medico griego antiguo, reuma es “flujo de un humor”, la palabra

“reumatismo” designaba un líquido mucoso o catarral considerado maligno que se creía que fluía del cerebro a las articulaciones y otras estructuras del cuerpo, produciendo dolor. (Lee, 1987)

Establecidos los orígenes etimológicos del término, pasaremos entonces a conocer como es definida hoy en día, por algunos expertos en el tema, así como sus síntomas clínicos, causas y consecuencias.

Álvarez (2003) se refiere a la artritis reumatoide como una enfermedad articular inflamatoria crónica que puede afectar a muchos tejidos en todo el organismo, pero las articulaciones están habitualmente afectadas de modo más severo. La causa específica de la artritis reumatoide no es del todo conocida, lo que sí está claro es que se produce una inflamación crónica de la membrana sinovial (el tejido que envuelve la articulación), que se hace mucho más gruesa y produce cantidades anormales de líquido sinovial.

Ventura (2011) la define como una enfermedad sistémica, autoinmune e inflamatoria de causa desconocida que afecta a las articulaciones y órganos internos y se caracteriza por el dolor crónico, que produce en los individuos una disminución en la calidad y esperanza de vida, afectando no solo la salud, sino también el ámbito familiar, psicológico, laboral y social.

Mikuls et al. (2014) la describen como una enfermedad auto inmunitaria sistémica de etiología desconocida que ataca de manera primordial las articulaciones sinoviales; los tejidos sinoviales proliferan sin control y generan la distensión de los tendones y los ligamentos, así como la destrucción ósea, lo que trae consigo deformidades y discapacidad.

Es importante resaltar varios aspectos de las anteriores definiciones, como son: que la artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, es decir, que la propia inmunidad del organismo, en lugar de defendernos contra agresiones externas

como normalmente lo hace, se convierte en un enemigo del paciente; que su causa es desconocida, situación que se torna trascendental por el hecho de que desconocer su etiología dificulta la prevención, la eficacia de los tratamientos y por tanto la cura y finalmente que es un padecimiento crónico, por lo que de manera significativa cambia la vida del afectado, suscitando dramáticas consecuencias sobre la vida de quien la padece, afectando su calidad de vida en diversas formas y dimensiones, como se describe en Ventura (2011):

> La artritis reumatoide es una de las enfermedades que… de no ser tratada a tiempo condiciona limitación física, deformidad de las articulaciones, produce una mala calidad de vida, pérdida de empleo y genera repercusión familiar porque el paciente llega a depender de sus familiares, requiriendo no sólo del apoyo económico, sino de la ayuda para realizar las actividades de auto cuidado, además de generar altos gastos económicos para su tratamiento.

Es decir, además de las limitaciones funcionales, la mitad de los pacientes diagnosticados pierde la capacidad de trabajo dentro de los primeros diez años de evolución de la enfermedad, con consecuencias socioeconómicas mayores que se añaden como factores de deterioro al problema de salud como tal, influyendo también en la calidad de vida, además del hecho de que la AR puede acortar la expectativa de vida en tres a dieciocho años. (Díaz et al. 2005)

Se puede entonces concluir que la artritis reumatoide es una enfermedad articular, autoinmune, sistémica (afecta a todo el organismo), inflamatoria y crónica, que deriva en una condición debilitante y frecuentemente incapacitante, que tiene fuertes efectos a nivel personal, psicológico, social y económico en el paciente, que además eleva morbimortalidad y cuyo origen o causa es incierto.

Siendo todo lo anteriormente descrito, razones suficientes para considerar

indispensable la preponderante tarea del psicólogo dentro del ámbito salud, como parte del tratamiento multidisciplinario que debería tener un paciente diagnosticado con esta enfermedad potencialmente catastrófica; tratamiento que tenga como objetivo disminuir el sufrimiento de la persona detrás de la enfermedad.

1.3 Características Generales

Como ya se menciono reiteradamente la AR se considera una enfermedad autoinmune por la presencia de auto-anticuerpos, que pueden preceder a la manifestación clínica por muchos años, como el factor reumatoide y los anticuerpos anticitrulinados. (Zvaifler, 1987)

El sistema inmunitario tiene como finalidad proteger al organismo de cualquier agente potencialmente amenazador y eventual causante de enfermedad, de manera genérica, los agentes externos y extraños son denominados antígenos, que es una abreviatura de <<generadores de anticuerpos>>. A grandes rasgos, y en condiciones normales, se considera que el sistema inmunitario, junto con otros importantes sistemas, está implicado en el mantenimiento de la homeostasis del organismo; este objetivo se cumple mediante la detección y destrucción de cualquier sustancia ajena o extraña al mismo (Oblitas, Martínez y Palmero, 2008)

Entre las características más importantes del sistema inmunitario se encuentra la capacidad que tiene para distinguir lo propio de lo ajeno, de identificar una amplia serie de agentes agresores y producir reacciones en contra de esos materiales extraños, pero en condiciones anómalas o disfuncionales, puede no reconocer a algunos agentes extraños y peligrosos, o, aún reconociéndolos, puede no ser capaz de destruirlos, o, paradójicamente, puede considerar como agentes extraños y peligrosos a las propias células del organismo, lo que implica la aparición de enfermedad autoinmune, como sucede en la AR (Barguil, Gómez, Ramírez y Zapata, 2012).

Las células del sistema inmune tales como linfocitos y monocitos entran en el espacio articular y liberan sustancias químicas que producen inflamación, tales como: enzimas, citoquinas, óxido nítrico, prostaglandinas que causan dolor y daño a las diferentes partes de las articulaciones como el cartílago y el hueso o inflamación persistente de la membrana sinovial que afecta habitualmente las articulaciones periféricas metacarpofalángicas, metatarsofalángicas, rodillas y codos generalmente (Quiceno y Vinaccia, 2011).

Se considera importante para efectos de este trabajo, no ignorar la relación simbólica que pueda existir en el hecho de que en la artritis reumatoide es el propio sistema inmune del paciente el que ataca las articulaciones, es decir, el sistema inmunológico que está ideado para defendernos de ataques externos como infecciones y otras agresiones del medio ambiente, se altera y ataca, dañando los tejidos sanos propios, es decir, parece actuar en contra de la propia vida del artrítico (Chiozza, 1998; Durán, 2008).

En cuanto a la evolución de la AR puede ser muy variable, desde sólo un proceso oligoarticular (pocas articulaciones) de breve duración y con lesiones articulares mínimas, hasta una poliartritis (múltiples articulaciones) progresiva que evoluciona hasta deformar de manera importante las articulaciones, la mayoría de los pacientes presenta una evolución intermedia entre estos dos extremos. La progresión de la enfermedad va produciendo una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, lo cual produce fuertes dolores y una reducción progresiva de la movilidad. (Úcar, 2006; Vinaccia, Contreras, Restrepo, Cadena y Anaya, 2005).

En la AR se pueden presentar además manifestaciones extra articulares como: 1. la anemia debido a la inflamación crónica, la falta de hierro y posibles hemorragias digestivas; 2. Los nódulos que aparecen en las áreas de extensión de las articulaciones, particularmente en codos y en las manos; 3. Problemas oculares tipo ojo seco, o síndrome de sjógren secundario; 4. Vasculitis, puede

manifestarse en la piel con brotes, úlceras y necrosis digital (disminución de la sangre en los tejidos de los dedos o incluso gangrena); 5. Serositis, inflamación de las membranas que recubren el pulmón (pleura) y corazón (pericardio) causando dolor, dificultades para respirar, fiebre y tos, en algunos casos no se presenta manifestación clínica; 6. Osteoporosis con la pérdida de calcio de los huesos que los vuelve frágiles aumentando la posibilidad de fracturarse aún en pequeños accidentes; por último, se pueden presentar síntomas constitucionales como sensación de fatiga, falta de energía y fuerza, fiebre, cansancio y pérdida de peso sin motivos aparentes (Álvarez, 2003; Quiceno y Vinaccia, 2011).

Por último puntualizaremos los criterios diagnósticos que son actualmente utilizados por los médicos reumatólogos y que fueron establecidos por el American College of Rheumatology, mismos que se encuentran homologados en el total de la literatura revisada:

- Rigidez matinal de al menos una hora de duración, presente durante al menos seis semanas.
- Inflamación de tres o más articulaciones durante al menos seis semanas.
- Inflamación de muñecas, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales (afectación de las articulaciones de las manos) durante al menos seis semanas.
- Inflamación de la misma articulación a ambos lados del cuerpo (simetría).
- Alteraciones en las radiografías características de la artritis reumatoide.
- Presencia de nódulos reumatoides.
- Presencia del factor reumatoide en los análisis de sangre.

Los médicos basan habitualmente el diagnóstico de artritis reumatoide en la presencia de al menos cuatro de los criterios anteriores. (Álvarez, 2003)

1.4 Epidemiologia y Etiología

La epidemiología estudia la distribución relativa a todas las variables y factores que condicionan la salud y la enfermedad en grupos y comunidades. Su apoyo es la información existente sobre la historia natural de enfermedades y la estadística de población, de mortalidad y de morbilidad confiables, así como la investigación directa posible (López, F., 2003).

Los aspectos epidemiológicos de la Artritis Reumatoide (AR) son de suma importancia porque nos permite conocer cuántas personas en México y en el mundo se encuentran afectadas, y así dimensionar la población que se podría ver beneficiada con propuestas novedosas de tratamiento.

La artritis reumatoide tiene una distribución mundial con una prevalencia global estimada entre 0.3 y 1.2% de la población, las mayores tasas de prevalencia de AR se han documentado en nativos de Alaska y en poblaciones asiáticas. Sin embargo en algunas poblaciones de África la prevalencia suele ser muy baja (Pineda-Tamayo, 2006).

Lo anterior podría deberse al hecho de que se ha encontrado que la enfermedad es menos severa en pacientes de raza negra, quizá en parte porque estos pacientes no tienen genes de susceptibilidad que tienen las personas de raza blanca y mestiza (Quiceno y Vinaccia 2011).

De acuerdo con Mikuls et al. (2014), la artritis reumatoide se encuentra hasta en 1% de los adultos y es casi tres veces más frecuente en mujeres que en varones. Las mujeres tienen una incidencia creciente de artritis reumatoide hasta cerca de los 50 años, la cual, posteriormente, alcanza una meseta.

El grupo de estudio de Nuevas Terapias en Enfermedades reumáticas (GENTE) de la Facultad de Medicina de la UNAM hace referencia al mismo porcentaje de

población afectada por esta enfermedad, cuando mencionan que la AR es una enfermedad que afecta aproximadamente a 1% de la población adulta, en la edad en la que se alcanza la madurez y el crecimiento; se presenta dos a tres veces más en las mujeres que en los hombres (Díaz, et al. 2005).

Aunque Álvarez (2003), delimita su dato a la población española, coindice con el porcentaje de prevalencia, al mencionar que entre un 0.5 y un 1% padece artritis reumatoide.

Las estimaciones de la prevalencia, basadas en los criterios de 1958 de la ARA (American Rheumatology Asociation), indicaban que entre el 1 y 2% de la población adulta en cualquier parte del mundo está afectada por AR definida o clásica. Posteriormente los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1987 generaron estimaciones similares de prevalencia (Aguado y Gijón, 1997).

Nos encontramos hoy día con que las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con diferentes enfermedades crónicas se han incrementado a ritmo acelerado en muchos de los países desarrollados y en desarrollo. En el caso concreto de México, las enfermedades crónicas se encuentran ubicadas dentro de los cinco primeros lugares como causas de mortalidad general (Piña, 2011).

Asimismo se estima que la AR será cada vez más frecuente dado el envejecimiento progresivo de la población, ya que tanto la incidencia y la prevalencia aumentan progresivamente entre los 45 y 75 años de edad, especialmente en mujeres (Velásquez, Pizarro, C., Pizarro, P. y Massardo, 2002).

Por otro lado, es concordante la información encontrada a lo largo de la literatura revisada, con respecto al carácter desconocido de la etiología de la enfermedad, coincidiendo también respecto a posibles causas multifactoriales como son:

Factores genéticos: La presencia o ausencia de genes HLA (human leukocyte

antigen, son una especie de grupos sanguíneos con los que se nace y que se heredan), como el HLA-DR4 y HLA-DR1. Aunque la artritis reumatoide no es una enfermedad hereditaria en sentido estricto, los genes no causan la enfermedad, pero incrementan el riesgo de desarrollarla. Es probable que otros genes, aún no identificados, también intervengan en el riesgo de padecer la enfermedad.

***Factores Infecciosos*:** Los investigadores sospechan que infecciones por bacterias o virus pueden ser factores desencadenantes.

Factores ambientales de riesgo: Fumar cigarrillos, tipos específicos de alimentos y el estrés, son considerados factores de riesgo para la artritis reumatoide.

Factores predisponentes: El sexo femenino juega un papel importante en la predisposición de la artritis reumatoide. Recientemente se ha encontrado incremento en la expresión de receptores de estrógenos en el tejido sinovial inflamado, lo que sugiere que los esteroides sexuales juegan un papel muy importante en la inflamación. Las mujeres tienen tres veces más probabilidades que los hombres de desarrollar la enfermedad.

Factores hormonales: La mayor frecuencia de la enfermedad en mujeres, la mejoría clínica que a veces se produce durante el embarazo, con exacerbación postparto, la frecuente aparición de síntomas durante la menopausia y la existencia de estudios que indican que la nuliparidad, es decir la ausencia de partos en una mujer, es un factor de riesgo para la AR y que los anticonceptivos orales disminuyen el riesgo de padecerla, hacen sospechar una relación hormonal con la enfermedad.

1.5 Tratamiento

Como ya se puntualizó, actualmente no existe una cura para la artritis reumatoide,

no obstante existen algunos tratamientos que minimizan los síntomas y limitan el deterioro de la enfermedad alcanzando una disminución de la inflamación, proporcionándole una mejor calidad de vida al paciente, siendo el objetivo de cualquier tratamiento la remisión de la enfermedad (Ventura, 2011).

Es indispensable considerar como ya se dijo, que la artritis reumatoide es una enfermedad potencialmente catastrófica que requiere de un manejo enérgico una vez que se ha diagnosticado, poniendo en juego los mejores recursos terapéuticos disponibles y todo el esfuerzo médico, centrado en lograr la “remisión de la enfermedad”, es decir, en paliar o minimizar el deterioro y alcanzar la disminución de la inflamación por medio de diferentes fármacos (Quiceno y Vinaccio, 2011).

Para combatir este padecimiento es importante el inicio temprano y agresivo del tratamiento; por lo que diversos estudios han señalado que el tratamiento combinado tiene mejores resultados que la monoterapia. En la actualidad, la medicina alópata, considera que los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), entre los que se encuentran el metotrexato, cloroquina, hidroxicloroquina, leflunamida, sulfasalacina, azatioprina y sales de oro, son el tratamiento más adecuado y eficiente en la artritis reumatoide y que el retraso en el empleo oportuno de estos, se asocia comúnmente con la más rápida progresión del daño articular y con un desenlace poco favorable a mediano y largo plazos, sin embargo, también se sabe que el tratamiento con FARME, aun combinado, puede lograr el control de los signos y síntomas de la enfermedad, pero no es suficiente para inhibir el daño articular estructural; por eso es importante considerar el uso de un nuevo grupo de medicamentos conocido como terapia biológica, entre los que se encuentra anakinra, adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab y abatacept, que ya han demostrado ser eficaces no sólo para el control de los signos y síntomas, sino también para disminuir e incluso inhibir el daño, al ser sustancias que actúan bloqueando una molécula que induce inflamación articular, conocida como factor de necrosis tumoral alfa (FNTa) (Guzmán, 2003; Ventura, 2011; Díaz, et al. 2005; Álvarez, 2003).

No obstante los diferentes fármacos en dosis altas y durante tiempo prolongado pueden producir diversos efectos secundarios. Los antiinflamatorios (AINES), como por ejemplo el ibuprofeno, voltaren, ácido acetil salicílico pueden producir toxicidad a nivel del tracto gastrointestinal, renal y cardiovascular. Los corticoides (esteroides) incrementan las infecciones, las afecciones en la piel producen efectos sobre el metabolismo, incrementan el colesterol y la glicemia y favorece la osteoporosis. Los medicamentos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad (FARME) pueden causar problemas digestivos, hepáticos, cutáneos y oculares. Y por último, los medicamentos biológicos anti FNT, pueden generar riesgo de infecciones, alteraciones cutáneas, daños en el sistema inmune (Ventura, 2011; Díaz, et al. 2005; Álvarez 2003; Guzmán, 2003).

Lo arriba descrito ha originado que las personas que padecen esta enfermedad se den a la tarea de buscar métodos alternativos de tratamiento que les permitan controlar la AR sin tener que sufrir las consecuencias adversas de los medicamentos; algunos tratamientos no farmacológicos con poco costo y sin riesgo para el paciente, son complementos útiles a la farmacoterapia en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas. **(**Smyth, Stone, Hurewitz & Kaell, 1999)

Algunos ejemplos de medicina alternativa son la acupuntura, aromaterapia, digitopresión, campos electromagnéticos, homeopatía, masajes terapéuticos, quiropráctica, orinoterapia, aromaterapia, picaduras de insectos, oxígeno hiperbárico, hierbas y cualquier otro tipo de tratamiento holístico cuyo enfoque se base en tratar al paciente y no a la enfermedad, al considerar al ser humano como una unidad: cuerpo, mente y espíritu.

Ventura (2011) afirma que las terapias alternativas, que son aquellas no convencionales donde los métodos para sustentarla se basan en la autocuración, basadas en la filosofía de que el cuerpo humano posee la capacidad de restablecer por sí mismo el equilibrio de sus fuerzas y recuperar la salud, siempre

han sido un recurso importante en el tratamiento de muchas enfermedades crónicas y no solamente las reumáticas, a pesar de que la medicina convencional (alopática) ha tenido importantes avances que han permitido que varias enfermedades reumáticas crónicas se puedan controlar satisfactoriamente.

El pronóstico a largo plazo de la AR ha mejorado dramáticamente después de la introducción de medicamentos altamente eficaces como son los fármacos modificadores de la enfermedad, sin embargo, las comorbilidades (depresión, ansiedad) pueden acortar la duración de la vida de los pacientes con esta enfermedad (Hernández, 2015).

1.6 Factores psicológicos

Después de entender la fisiopatología de la artritis reumatoide y sus fatales consecuencias podemos empezar apenas a concebir lo que vive un paciente con este padecimiento, afectado en numerosas e importantes áreas de su vida; ya hemos descrito como el paciente se enfrenta a la pérdida de un gran número de funciones cotidianas como bañarse, desplazarse, autocuidarse, así como el trabajo y otras actividades sociales, ahora veremos un poco los factores psicoemocionales que también se ven implicados.

Como se ha mencionado reiteradamente, la artritis reumatoide no solo afecta la salud física de quien la padece sino que además tiene un impacto adverso en la esfera biopsicosocial, afectando al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental desde el momento en que recibe el diagnóstico (Ventura, 2011).

Con los primeros síntomas la persona comienza un proceso de asimilación psicológica de la pérdida de su salud y un proceso de duelo anticipado por la amenaza de pérdidas futuras (Yescas et al. 2008).

Posteriormente, todas las características de la AR la convierten en una situación

eminentemente estresante para el paciente, que va a experimentar una marcada emocionalidad negativa (Redondo, Miguel y Cano, 2005).

El papel de las emociones ha sido reconocido durante siglos como un ingrediente fundamental del proceso salud-enfermedad (Van Middendorp, Greenen, Sorbi, Van Doornen & Bijlsma, 2005; Quiceno y Vinaccia, 2011).

La relación entre las emociones y los trastornos en general es un hecho constatado, el propio saber médico reconoce la importancia de los factores subjetivos en el origen y evolución de la enfermedad, la sugestión, el efecto placebo y las remisiones espontáneas son algunos ejemplos de este reconocimiento, a pesar de que desde ciertos foros de la medicina ortodoxa se ha venido cuestionando el hipotético papel de las emociones para desencadenar y agravar un trastorno, así como para perturbar el proceso de recuperación tras una enfermedad, la evidencia empírica es concluyente (Fernández –Abascal y Palmero, 1998; Bárcena-Sobrino, 2007).

Una de las variables ampliamente estudiadas y que al parecer interactúa con otros factores psicológicos implicados en la experiencia de la artritis y su afrontamiento, es la percepción del dolor. Asimismo el dolor es uno de los síntomas más frecuentes, que aparece en prácticamente la totalidad de pacientes con AR, junto con la fatiga, rigidez articular y trastornos psicológicos, por ello, algunas personas con AR sufren de dolor persistente y presentan discapacidades que no siempre coinciden con lo que podría esperarse en función de la enfermedad, lo que pone de relieve la importancia de los factores psicosociales que afectan o modulan la percepción del dolor (Vinnacia, Contreras, Palacio, Marín, Tobon y Moreno, 2005).

La experiencia de dolor crónico, asociado a la incapacidad funcional que se caracteriza por ser permanente o recurrente, no ceder a los tratamientos médicos convencionales y generar importante disfunción y sufrimiento en el individuo, es considerada como algo subjetivo, una experiencia perceptual compleja que se

asocia con estados emocionales y atribucionales por parte del paciente. Además, la percepción de que la enfermedad es crónica y el dolor persistente causa depresión y ansiedad en los pacientes y esto conduce a que refieran más dolor y temor hacia la movilización, lo que complica aún más la situación del paciente crónico (Redondo, León, Pérez, Jover y Abasolo, 2008).

Siendo evidente que tanto en el dolor crónico como en la propia naturaleza de la artritis reumatoide, las emociones negativas se presentan como variables relevantes. (Pérez, Miguel, Cano y Jover, 2001).

En un estudio realizado por Escalante & Del Rincón (1999) para categorizar las causas de la discapacidad en pacientes con AR basándose en el modelo según el cual la patología conduce al impedimento, a la incapacidad funcional y finalmente a la discapacidad, encontraron que de un 59% de la discapacidad en estos pacientes, un 26% podía atribuirse a factores psicológicos, a síntomas depresivos y a otros modificadores externos, mientras que el 33% podía atribuirse directamente a la enfermedad.

Es decir, el bienestar psicológico en pacientes con AR se encuentra afectado y se asocia de forma significativa con el grado de discapacidad funcional, esto se debe a que la presencia de dolor, inmovilidad articular y fatiga, propios del trastorno favorecen la aparición de consecuencias emocionales negativas, tristeza/depresión, miedo/ansiedad y enojo/ira, que afectan al dolor y al curso del propio trastorno (Pérez, et al., 2001; Redondo, et al., 2008; Chico, Carballar, Esteves del Toro, García-Viniegras y Pernas, 2012).

Encontrándose así que las emociones negativas, parecen estar presentes de forma más marcada en los pacientes con AR que en la población sana, siendo además predictores significativos del dolor (Redondo et al. 2008).

Así, De Garay (2011) argumenta que la depresión es muy frecuente en los

pacientes con artritis reumatoide debido a diversos factores presentes como el sentimiento intenso de pérdida de la salud, la sensación de ya no ser autosuficiente, la apreciación de las limitaciones funcionales, el temor por el pronóstico de la enfermedad, la impresión de desventaja en relación con los demás, así como la percepción de que los familiares no los comprenden; lo que hace que el paciente considere que la enfermedad ha modificado su estilo de vida, menoscabando su independencia, lo que los lleva a sentir aflicción, desazón, pesimismo, desesperanza y pérdida paulatina de sus objetivos de vida.

Álvarez (2003) coincide, al detallar que la mayoría de enfermos con artritis reumatoide requiere una adaptación psicológica importante ya que algunos factores como el deterioro funcional, el dolor crónico, las deformidades, las dificultades en el trabajo o en la vida diaria y la pérdida de independencia representan fuentes constantes de estrés psicológico, que predisponen a los pacientes a alteraciones depresivas, afectando con ello el proceso salud – enfermedad, ya que la depresión afecta de modo importante a la evolución de la artritis reumatoide, sobre todo en cuanto al dolor y a la capacidad funcional, al disminuir la capacidad para sobrellevar el dolor, lo que incrementa el dolor, el estrés y el cansancio; este círculo vicioso de dolor, depresión y estrés puede impedir al paciente disfrutar de su vida, por lo que un adecuado manejo de las emociones puede ayudarle a romper ese círculo vicioso.

Al respecto, se sabe que, la depresión afecta aproximadamente a un 5% de la población general; en la artritis reumatoide los porcentajes de afectación por un cuadro depresivo son mucho más altos, llegando hasta un 20-30%; una variable que se ha asociado con la depresión es el dolor, ya que aumenta la depresión y la depresión aumenta el dolor. La depresión puede aparecer como consecuencia del cuadro doloroso crónico pero, en realidad, parece que la influencia mayor es al contrario: la depresión tiene más influencia sobre el dolor que viceversa, un dolor aceptable se puede convertir en insoportable si hay una depresión asociada o se vive con angustia (Velásquez et al. 2002; Yescas et al. 2008; Barguil et al. 2012;

Hernández, 2015).

En otro estudio con pacientes de AR se encontró que el dolor aunque es parcialmente influido por el estado de la enfermedad y las variables demográficas, es más afectado por los estados emocionales positivos y negativos, por tanto, se plantea la importancia de trabajar a nivel de intervención día a día sobre la regulación emocional positiva y negativa en estos pacientes, ya que es clave para entender la experiencia de dolor (Connelly et al. 2007).

En esta misma línea, Álvarez (2003) destaca que la depresión, y en general los factores psicológicos, tienen más importancia para predecir la aparición de discapacidad que las medidas tradicionales de actividad de la enfermedad, lo cual indica la importancia de valorar estos factores, en cualquier estudio de discapacidad. La percepción del paciente de su capacidad funcional puede estar muy alterada en presencia de un estado de ánimo depresivo; los pacientes con artritis reumatoide con historia de depresión y un estado ánimo muy bajo tienen más dolor, cansancio e incapacidad que los que no tienen historia de depresión, de igual modo que ocurre con el dolor, la depresión y la incapacidad actúan en ambas direcciones.

Los efectos de la depresión se extienden más allá del dolor y la incapacidad, los pacientes con depresión tienen una percepción de su enfermedad más severa de lo que es en realidad, y esta percepción se mantiene aunque la enfermedad esté aceptablemente controlada. Los pacientes con AR y depresión suelen quejarse de más síntomas físicos, tienden a utilizar más los servicios médicos y, curiosamente, es probable que sean peores cumplidores de los tratamientos prescritos (Velásquez, et al. 2002; Yescas et al. 2008; Barguil et al. 2012; Hernández, 2015).

Es decir, en pacientes que padecen AR la depresión es un factor de mal pronóstico vital y funcional (Velásquez et al. 2002).

Otro aspecto del estado de ánimo que se encuentra alterado en las enfermedades reumáticas es la presencia de ansiedad, la cual es cuatro veces más frecuente en los pacientes con AR que en la población general (Álvarez, 2003).

Estos pacientes muestran ansiedad como consecuencia de la vulnerabilidad física, psicológica y social que experimentan a causa de su enfermedad (Yescas et ál., 2008).

La literatura existente también permite afirmar que niveles altos de sintomatología ansiosa, se relacionan con mayores niveles de dolor en pacientes con patología articular (Pérez et al. 2001).

El complejo <<ira-hostilidad>> también se encuentra implicado en el trastorno de artritis; la ira, especialmente en su dimensión represiva, parece ser la emoción que más connotaciones negativas posee para este trastorno, de hecho, parece confirmada la existencia de un factor en sangre que es el responsable de la artritis, sin embargo, en estas personas genéticamente predispuestas puede no desarrollarse la enfermedad si permanecen emocionalmente equilibradas. Es decir, si existe esa predisposición genética y la persona en cuestión experimenta con frecuencia emociones muy intensas, la probabilidad de desarrollar la enfermedad artrítica es muy elevada (Pérez, Redondo y León, 2008; Fernández – Abascal y Palmero, 1998).

Aunque son significativamente pocos los estudios realizados en relación a la ira en la población de pacientes con AR, las investigaciones revisadas muestran consenso a la hora de afirmar que los pacientes con dolor crónico en general presentan niveles más altos de ira que la población sin dolor , además de estudiar medidas generales de rasgo, muchos de estos estudios se han centrado en la evaluación de los estilos de expresión de esta emoción, poniendo de manifiesto que la expresión de ira hacia dentro (ira interna) es mayor entre los individuos con dolor crónico que en la población normal sana (Chico et al. 2012).

También hay estudios que muestran cómo la expresión intensa de la ira, ya sea interna o externamente, y por tanto el bajo control de la misma, favorece mayores niveles de dolor (Burns, Bruehl & Quartana, 2006).

Por su parte Duran (2008) afirma que la emoción que domina en los artríticos, generalmente es la ira, siendo la emoción que más contienen en su historia de vida.

De todo lo anterior se concluye que existe apoyo sustancial de la existencia de una asociación significativa entre el dolor de los pacientes con enfermedades del aparato locomotor y la depresión, la ansiedad y la ira, pudiendo haber también una relación causal recíproca entre el dolor y la afectividad negativa, en la que el dolor conduciría a la depresión, la ansiedad y la ira, y viceversa.

Asimismo, existen rasgos de personalidad asociados con estados emocionales; así, por ejemplo, se suele pensar en personas que son alegres, tristes, miedosas, rabiosas, cariñosas, etcétera. Es decir, en la medida en que una emoción caracteriza el comportamiento de una persona, puede pasar a construir un rasgo de personalidad (Bisquerra, 2009).

En la literatura se pueden encontrar diversos estudios encaminados a encontrar características específicas de personalidad en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, no obstante, hasta la fecha no se han obtenido resultados concluyentes en cuanto a tipos o rasgos de personalidad particulares; sin embargo, como ha quedado claro, coinciden en la prevalencia de emociones negativas presente en estos pacientes, causadas por factores como la concepción de la enfermedad, la severidad de la misma, el grado de incapacidad que presentan, el dolor, el tratamiento, el tiempo de padecerla, el impacto de esta en su estado de vida y la mala adherencia terapéutica, que tiene que ver en como el paciente responde al tratamiento y las indicaciones del médico.

Por consiguiente, si asumimos que los pacientes con AR presentan mayores niveles de emocionalidad negativa que la población sin dolor, resulta lógica la necesidad de intervenir en este punto que está restando la calidad de vida del paciente. (Hernández, 2015)

Por otra parte, Taylor (2007) argumenta que en pacientes con AR en comparación con grupos control sanos, la respuesta inmunológica es más fuerte frente al estrés, afectándose las funciones homeostáticas, esto puede explicar en parte el deterioro de la enfermedad.

De manera que el estrés en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas como la AR es común y estimula mecanismos proinflamatorios afectando la salud física en general; lo que pueden conducir a una mayor sensibilización del dolor y aún más, a los efectos de los sistemas de respuesta del estrés, es decir, el círculo vicioso del estrés, el dolor y la inflamación (Cutolo & Straub, 2006; Straub & Kalden, 2009).

Es por todo lo anteriormente descrito, que en los trastornos de carácter crónico degenerativo como la artritis reumatoide, ha adquirido un protagonismo cada vez mayor, la intervención psicológica, que no ha de centrarse solo en los síntomas considerados fundamentales asociados a la enfermedad: el dolor y la discapacidad, sino debe hacer énfasis en el manejo de los altos niveles de emocionalidad negativa (miedo/ansiedad, tristeza/depresión y enojo/ira) que son frecuentes en los que padecen esta enfermedad (Pérez et al. 2001; Redondo et al. 2008).

Sin embargo, cabe aclarar que las reacciones emocionales son completamente normales y la ausencia de ellas se asocia con una recuperación más lenta y problemática, por lo que es fundamental trabajar no en la eliminación o represión, sino en la expresión y manejo adecuado de las mismas.

La alexitimia palabra que etimológicamente significa “sin palabras para los afectos” y que se conoce como la incapacidad para identificar y expresar emociones, este déficit emocional se considera el principal causante de las alteraciones psicosomáticas (Labiano, 2009).

Estudios prospectivos en poblaciones saludables y enfermos crónicos, incluyendo cáncer, enfermedad cardíaca coronaria y VIH, aunque no en AR, han demostrado que los aspectos de la regulación emocional pueden predecir el cambio del estado de salud. La expresión emocional fue relacionada con la mejora de la salud y el bienestar psicológico, mientras que reprimir las emociones se relacionó con progresión de la enfermedad; así mismo en otros estudios experimentales demostraron que la salud mejoró cuando se disminuyó la alexitimia (dificultad en identificar y describir emociones) y se fomentó la expresión emocional (Van Middendorp et al. 2005).

Ahora bien, en la literatura es bien conocido el peso de las emociones negativas en la fisiopatología de la artritis reumatoide, pero hay poca información empírica del impacto de variables psicosociales positivas sobre esta enfermedad (Quiceno y Vinaccia 2011).

Vinnacia, Contreras, Palacio, Marín, Tobon y Moreno (2005) en su estudio para determinar el papel de los factores psicológicos en la adaptación del paciente a la enfermedad, confirmaron el peso significativo que tienen variables psicológicas como personalidad resistente, autoeficacia, estilos de afrontamiento y autorregulación emocional sobre la AR y que tenerlas en cuenta podría modificar potencialmente la experiencia de la enfermedad, pues los pacientes con peores recursos psicológicos presentan mayor grado de dolor, fatiga e incapacidad.

Asimismo, estudios en los que se ha evaluado el dolor corporal causado por la enfermedad, han hallado que los efectos positivos de la resiliencia en relación con el dolor resultan del incremento del bienestar personal, y también de los cambios

en la evaluación cognitiva de autoeficacia que promueven otras nuevas formas de afrontamientos al dolor (Strand et al. 2006).

Por su parte, Van Middendorp (2005) en su estudio sobre regulación emocional, como predictor de cambios en la percepción de la salud, en 338 pacientes ambulatorios con artritis reumatoide, encontró que los pacientes difieren en su uso de estrategias de regulación emocional dependiendo de la carga de su enfermedad y estas diferencias individuales en la capacidad de reconocer, describir, experimentar, controlar, orientar y expresar las emociones tienen implicaciones en la salud percibida.

Redondo, Miguel y Cano (2005) encontraron que existe una relación positiva y significativa entre las estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas y el ajuste de los pacientes con AR a su enfermedad, esta relación se da con el dolor, frecuencia e intensidad, la discapacidad, y sobre todo con las emociones negativas.

También la adaptación a la enfermedad crónica depende de una multiplicidad de factores, como la edad, género, status social, apoyo social, educación, creencias religiosas, autoesquemas, patrones de personalidad, inteligencia, habilidades sociales, estilos de afrontamiento y demás. Todos estos factores pueden permitir en algunos casos, o no hacerlo en otros, encontrar un sentido a la enfermedad y mantener la esperanza (Yescas et al. 2008).

Esto es significativo, ya que la percepción de la enfermedad tiene importantes implicaciones en la adaptación a la enfermedad y compensa los efectos del estado de la enfermedad sobre la depresión, la función física y el dolor. (Quiceno y Vinaccia, 2011)

Del examen anterior se advierte que aunque no existe evidencia determinante sobre el hecho de que factores emocionales causen la artritis reumatoide, si es

concluyente la forma en que estos influyen sobre la sintomatología, el curso de la enfermedad, los procesos de dolor y la calidad de vida del paciente, por tal motivo parte del manejo de esta problemática debe ser de orden afectivo, es aquí donde se empieza hacer clara la postura de integralidad, ya que para muchas personas el manejo de la artritis reumatoide solo implica el tratamiento farmacológico, pero al incluir otras áreas de la salud es posible realizar una intervención más eficaz de esta problemática (Durán, 2008).

De ahí que este trabajo pretenda preponderar el papel que desempeña el estado emocional en la condición de salud del individuo, con la finalidad de estructurar tratamientos multidisciplinarios para los pacientes diagnosticados con este padecimiento, en los que el psicólogo juegue un papel determinante, identificando factores de riesgo para estas alteraciones psicológicas y desarrollando estrategias preventivas y de tratamiento.

CAPITULO 2

EMOCIONES Y FUNCIONAMIENTO CORPORAL. UNA MIRADA PSICOSOMATICA.

CAPÍTULO 2
EMOCIONES Y FUNCIONAMIENTO CORPORAL.
UNA MIRADA PSICOSOMATICA.

> "Éstas son nuestras historias, las acciones notables que hemos ejecutado en nuestra jornada de las emociones, entre el espíritu y el cuerpo, hacia la enfermedad".
>
> La artritis. Una enseñanza corporal.
>
> (Duran, 2008)

2.1 Antecedentes

La psicología actual ha recibido una importante herencia del pensamiento filósofico, la biología y concretamente el evolucionismo y la fisiologia, cuyas aportaciones han sido fundamentales para la comprensión actual de la emoción (Fernandez-Abascal, García, Jimenéz, Martín y Domínguez, 2010).

El estudio de la emoción ha interesado a los pensadores de casi toda las épocas, mucho antes de que la psicología empezara a andar su propio camino al margen de la filosofía y la fisiología, la doctrina hipocrática, la filosofía platónica o la teoria humoral galénica constatan que la emoción- los motus animorum (movimientos del alma) – y sus perturbaciones, han inquietado al hombre desde los inicios de la historia (Ruselló y Revert, 2008; Bisquerra, 2009).

Históricamente se han contrapuesto la razón y la emoción; en la edad media y el cristianismo medieval se consideraba a las emociones como negativas y perturbadoras de la razón (Grzib, 2007).

Siendo el racionalismo la concepción que prevalecio a lo largo de los siglos en los grandes sistemas filosóficos y religiosos que dominaron el pensamiento occidental y que se remontan a Platon (428 -348 a.c.) y Aristóteles (348-323 a.c.), en donde las emociones no tenían lugar, ya que se le otorgaba a la razón humana el factor

predominante en la determinación de la conducta del hombre, dentro de ésta concepción se asumía que la emoción representa un papel jerárquicamente inferior con relación a la razón, por ser más primitiva, menos inteligente, más animal y, por tanto, más peligrosa, por lo que se creía que debía ser controlada por la razón (Fernandez Abascal et al., 2010).

La obra seminal sobre la que se asienta el interés científico por el estudio de las emociones es “La expresión de las emociones en el hombre y los animales” de Charles Darwin (1872/1998), cuya tesis principal sostiene que los valores funcionales de la conducta juegan un papel decisivo en la adaptación, con lo que se destierra la creencia sobre el valor disfuncional de las emociones que se mantenía desde el pensamiento clásico (filosofía, ciencía y religión); ya Darwin consideraba la emoción como multidimensional, entonces el los describia como : hábitos útiles asociados, antítesis, acción directa del sistema nervioso.

Especial repercusión tuvo también su obra “las pasiones del alma” en la que describe las emociones como el fruto de la interacción entre alma y cuerpo, dualismo que ha impregnado el pensamiento occidental hasta nuestros días, el alma al interactuar con el cuerpo, produce la agitación de los llamados “espiritus animales”- pequeñas particulas sanguíneas- que podían mover los músculos y producir las emociones y sus manifestaciones físicas (Fernandez-Abascal et al., 2010).

Por otra parte, Vigotsky (1931/2004), destaca que desde Aristóteles, poseemos una literatura casi ilimitada sobre los efectos físicos de las pasiones o, al menos, sobre ciertos fenómenos relacionados; desde las primeras teorías que intentaban explicar el significado y función de las emociones, han resaltado el hecho de que éstas, se acompañan de profundas modificaciones orgánicas, considerando las manifestaciones corporales de las emociones como parte integrante de cualquier proceso emocional, es decir que históricamente se ha reconocido que las emociones tienen importantes efectos sobre el estado físico del cuerpo.

En la actualidad se reconoce la importancia de las emociones por el impacto que desempeñan en la formación de la personalidad, y a su vez, sobre la salud física y mental de cada individuo; así, tanto la medicina de Oriente como de Occidente admiten el impacto que la mente tiene sobre el cuerpo (Ramos, 2014).

2.2 Definición

La definición del concepto de emoción desde un punto de vista científico, es una tarea dificil, la existencia de multiples modelos teóricos, cada uno analizando las emociones desde perspectivas diferentes y parciales, ha dificultado encontrar una definición consensuada, ya que cada enfoque ha desarrollado su propia terminología, metodología y principios explicativos en los que se fundamentan; como consecuencia no existe una definición teórica que abarque toda la complejidad de la emoción (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Incluso Fernandez-Abascal (2010) hace una analogia para referirse a las aportaciones de la psicología al estudio de la emoción calificandola como “la torre de Babel”, debido a la diversidad terminológica y conceptual en la que su estudio se encuentra inmerso.

Fehr y Russell (1984 en Reeve, 2010) expusieron que el problema con las emociones es que todo mundo sabe lo que son, hasta que se les pide que las definan.

En ese mismo sentido, Wenger y Jones (1962 en Fernandez-Abascal et al., 2010) refirieron que “casi todo el mundo piensa que sabe lo qué es una emoción, hasta que intenta definirla, en ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla”.

Es decir, aunque por la experiencia todos sabemos qué es la emoción, científicamente por la pluralidad de enfoques teóricos, la delimitación del concepto

resulta problemática.

El término emoción etimológicamente viene de <<emotio-onis>> y significa estar agitado. Inicialmente se utilizó para significar movimientos como la migración, es decir, movimientos de un lugar a otro; posteriormente el significado se amplió para designar un movimiento o una agitación en sentido físico, y se extendió a las agitaciones políticas y sociales, finalmente, el término llegó a significar un estado agitado o excitado en un individuo (Young, 1978).

Watson (1924 en Grzib, 2007), define la emoción como un conjunto de respuestas hereditarias que ocurren con cierta constancia y regularidad ante un estímulo excitatorio; de esta concepción cabe resaltar dos aspectos: 1) los patrones de reacción emocional básicos son innatos; 2) las emociones tienen un efecto de desorganización de la conducta.

Para Izard (1977), la emoción es un fenómeno subjetivo, biológico y social.

Plutchik (1987), las define como reacciones del organismo a los problemas de la vida para una mejor adaptación, son eventos subjetivos, personales e idiosincrásicos por lo que resultan tremendamente difíciles de definir y medir.

Para Martínez (2008), la emoción representa complejos estados psicológicos y fisiológicos.

Reeve (2010) concibe el término emoción como un constructo psicológico que coordina y unifica aspectos subjetivos, fisiológicos, funcionales y expresivos de la experiencia.

Bisquerra (2009) define la emoción como un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción; las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno; un

mismo objeto puede generar emociones diferentes en distintas personas. La emoción es un concepto multidimensional que se refiere a una variedad de estados, muchos de ellos solapados pero con distinto contenido; por eso se habla de emociones, en plural.

Fernández-Abascal et al., (2010) refieren que la emoción es un proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno, favoreciendo con ello la supervivencia. La emoción como proceso implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional).

Ramos (2014) las define como manifestaciones físicas de un proceso hormonal con implicación y agravante psicológico.

Del examen anterior se advierte que existen diversos intentos por definir las emociones, sin embargo su carácter complejo y multidimensional ha hecho complicada esa tarea; no obstante podemos concluir que, independiente de las dificultades que existen para definir las emociones, lo que es determinante en la literatura, y en lo que coinciden la mayoría de los estudiosos del tema, es que cualquier definición de emoción implicara por los menos tres aspectos: lo psicológico, lo fisiológico y lo conductual.

Es decir, las emociones tienen un carácter multidimensional, el componente cognitivo-experiencial aporta el estado afectivo, lo que representa una experiencia subjetiva que tiene significancia y significado personal, otorgando a la emoción su estado de sentimiento; la dimensión biológica está tan unida a la emoción que es casi imposible imaginarse la una sin la otra, ya que le proporciona a la emoción su reacción fisiológica y la preparación corporal para enfrentar una situación específica; el componente funcional brinda un aspecto motivacional, conforme la emoción crea deseos y propósitos que canalizan la conducta adaptativa, así como

el aspecto expresivo que es un componente conductual y social (Reeve, 2010).

Finalmente es importante resaltar que las emociones afectan la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos; su papel va desde funciones evolutivas (sobrevivencia y adaptación), sociales, motivacionales, hasta prepararnos para responder en formas exitosas a las tareas fundamentales de la vida, pero para que las emociones sean adaptativas, necesitan regularse y controlarse (Chóliz, 2005).

2.3 Teorías y Perspectivas

Actualmente, no solo carecemos de una definición consensuada del término emoción; sino también de una teoría completa y unificada capaz de contemplar todas las condiciones y procesos que se ponen en funcionamiento durante el proceso emocional (Plutchik, 1987; Martínez, 2008).

Es decir, existen diferentes enfoques teóricos para tratar de explicar las emociones, cada uno ha aportado una perspectiva diferente dependiendo del énfasis que ponen en uno u otro componente de la reacción emocional, ya sea conductual, biológico o cognitivo; cada teoría ha estudiado aspectos parciales de la emoción desde perspectivas diferentes, por lo que han llegado a conclusiones diferentes, propias de los principios que las sustentan y al nivel de análisis de cada una de ellas (Fernández y Abascal et al., 2010).

Sin embargo, es importante subrayar que la especialización de las teorías de las emociones en determinados aspectos del proceso emocional, no significa que sean contrarias o que plantean hipótesis contrapuestas, sino más bien son teorías complementarias, cada una aportando algo a un aspecto concreto del proceso emocional (Grzib, 2007).

Bisquerra, (2009) menciona 7 grandes tradiciones en el estudio de la emoción:

1. *Evolucionista*, con Darwin como principal punto de referencia y de la cual deriva la tradición biológica.
2. *Psicofisiológica*, iniciada por William James.
3. *Neurológica*, cuyos desarrollos teóricos arrancan de Cannon.
4. *Psicodinámica*, iniciada por Freud.
5. *Conductismo*, que enfatiza procesos de condicionamiento, como Watson pusiera de manifiesto a princios de siglo.
6. *Enfoques cognitivos*, desarrollada a partir de los experimentos de Schachter y en la actualidad una de las más representativas.
7. *Construccionismo social*.

Ya que sería imposible para efectos de este trabajo abordar todas las teorías existentes, solo dejaremos la referencia de las principales perspectivas de estudio y nos centraremos unicamente en la perspectiva psicodinámica, sobre la que se sustenta lo psicosomatico.

Hay una teoría, explícita o implícita, en los escritos psicoanalíticos sobre los "instintos" o pulsiones, afectos, etapas de desarrollo emocional, fijaciones o aberraciones de desarrollo, conflictos, mente y personalidad; las ramificaciones son tan extensas que se encuentran claramente más allá del alcance de este trabajo.

Aunque Sigmund Freud (1856-1939) no propuso una teoría explícita de las emociones, se ocupó de ellas en abundancia por la influencia que tienen en las perturbaciones psíquicas de las personas. El psicoanálisis, más que una teoría de la emoción es una teoría de los trastornos emocionales y una terapia para su curación; en concreto, sus ideas sobre la emoción están basadas en su teoría de las pulsiones y en ella se encuentran los fundamentos para la interpretación psicoanalítica de la ansiedad y la depresión (Fernandez y Abascal et al., 2010).

Freud (1915/2012), (1915a/2006) y (1926/2010) propuso que los afectos eran básicamente una forma de energía que requería alguna clase de expresión directa o indirecta; si existía represión o inhibición de afecto, entonces la energía de la emoción tenía que expresarse en la forma de mecanismos de “desborde” neurótico, como las fobias, las obsesiones o los rituales compulsivos; es decir concibió los afectos como los arquetipos normales de los ataques histéricos.

Para comprender las emociones, Freud desarrolló el constructo del inconsiente y conceptos como “represión”, en este marco, la mente relega al inconsciente las emociones traumáticas, a esto se le denomina “mecanismos de defensa”; estableciendo la premisa de que la emoción rara vez se encuentra en estado puro; cualquier emoción tiene una historia compleja con elementos que pueden remontarse a la infancia, por ello, escrutar en las emociones de la infancia que han sido reprimidas, es una parte del psicoanálisis (Fernandez-Abascal et al., 2010).

Para Freud (1915a/2012) la verdadera finalidad de la represión es la sofocación del afecto, impedir su desarrollo.

Es por eso que la solución que ofrece la psicoterapia al bloqueo de afectos, la “cura por la palabra”, es que el lenguaje puede obrar como sustituto de la acción, lo que abre para el afecto una solución alternativa para ser abreaccionado (catarsis). Freud expone en ese tiempo tres destinos del afecto bloqueado: conversión somática (histeria de conversión), desplazamiento (la histeria de anguatia o fobias y la neurosis obsesiva) y permutación en angustia o en sus equivalentes (las neurosis actuales) Yildiz (2006).

Es así como Freud (1894/2006) revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad, en su teoría acerca de las emociones afirma que las que no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas, postulado que subyace a sus estudios clásicos de la histeria de conversión.

Derivado de la visión de Freud de las emociones, surge la primera formulación teórica sobre la alteración psicosomática. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga, además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico; el histérico desplazaría la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico (Chiozza, 1998).

Freud se atrevió a leer en las transformaciones del cuerpo físico los signos de un lenguaje arcano, deformado y críptico, similar al de los sueños (Chiozza, 1998a).

Barcena-Sobrino (2007) afirma que la enfermedad es el último recurso del sujeto para escuchar su cuerpo, para hacerse cargo de él.

Así, desde que Freud pusiera de manifiesto la relevancia de la represión emocional en la génesis de alteraciones psicosomáticas, la inhibición de las emociones ha sido considerada como una de las variables principales que inciden en la enfermedad. No obstante, debemos decir que la inhibición por sí sola no causa indefectiblemente alteraciones somáticas, ni es inherentemente insana, de hecho en ocasiones puede ser un mecanismo adaptativo. Sólo en el caso que confluyan otras características, como una excesiva activación somática, o interferencia con las estrategias de afrontamiento adecuadas, la inhibición puede ir en menoscabo de la salud y ser un agente etiopatogénico de envergadura. Así pues, las relaciones significativas que se han constatado en ocasiones entre inhibición emocional y trastornos psicofisiológicos posiblemente sean debidas al hecho de que la inhibición es un proceso activo que, lejos de disminuir la activación autonómica, la incrementa durante periodos de tiempo prolongados, interfiere con los procesos cognitivos implicados en la asimiliación del problema y estrategias de resolución, al tiempo que produce con facilidad condicionamiento de las reacciones de inhibición (Chóliz, 2005).

La medicina psicosomática, que se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgió para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional. El psicoanálisis jugó un papel importante en el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad, pues elaboró un enfoque psicobiológico más integrativo (Fernandez-Abascal et al., 2010)

Desde que se generó la idea de que las enfermedades específicas son producto de los conflictos inconscientes e individuales fue perpetuada por los trabajos de Flanders Dunbar en la década de 1930 y por los de Franz Alexander en la década de 1940. Distintos a Freud, estos investigadores relacionaron patrones de personalidad, y no conflictos aislados, a enfermedades específicas. Los trabajos de Dunbar y Alexander permitieron dar forma al surgimiento del campo de la medicina psicosomática al ofrecer perfiles de padecimientos particulares los cuales se cree que son de origen psicosómatico - eso es, padecimientos físicos causados por conflictos emocionales: úlceras, hipertiroidismo, artritis reumatoide, hipertensión, neurodermatitis (padecimiento cutáneo), colitis y asma bronquial (Zapata, 2002).

Alexander (1950 citado en Frenquelli y Perelló, 2008) señaló entre las enfermedades psicosomáticas más importantes: el asma, la neurodermatitis, la úlcera del duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión arterial esencial y la diabetes.

Luego entonces, la medicina psicosomática es una orientación que pretende incluir en cada juicio clínico, y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en las distintas vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad, ya que toda enfermedad es, como lo es la salud, biopsicosocial (Marín, 2012).

Se deben conceptualizar los trastornos o los problemas en todos los niveles de organización (bioquímico, celular, orgánico, psicológico, interpersonal o social) y considerar la relación, etiológica o no etiológica entre ellos; ya que de nada sirve reducir la enfermedad a un único agente, ya sea orgánico o psicológico (Ballester, 1998).

El cuerpo es una unidad mocrocósmica que no tiene por qué ser fragmentada para comprenderla (Margulis y Dorion, 2008).

2.4 Emociones Negativas

Los estados afectivos, al menos dentro de los márgenes normales, son respuestas naturales a las ganancias y pérdidas que se desarrollan durante el curso de la vida; estas reacciones varían con la personalidad del individuo y la estructura genética (DeCatanzaro, 2001).

Así como en el origen, definición y teorías de las emociones no hay acuerdo, tampoco respecto al número de emociones que existen, sin embargo, a pesar de esta diversidad de opiniones, ninguna lista variaría tanto como para no incluir seis emociones consideradas primarias que son el miedo, la ira, la repugnancia, la tristeza, la alegría e interés (Reeve, 2010).

La consideración de una emoción como básica se fundamenta en aspectos teóricos, se caracterizan por una expresión facial universal, se trata de reacciones innatas no aprendidas, o se relacionan de forma directa con determinadas conductas vitales para el individuo y la especie (Reevy, Malamud & Ito, 2010).

En general se puede distinguir entre emociones positivas y negativas, se trata de una clasificación en función de la valoración del estímulo que activa la respuesta emocional (Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Chóliz, 2002).

Emociones negativas: son el resultado de una evaluación desfavorable

(incongruencia) respecto a los propios objetivos, se refiere a diversas formas de amenaza, frustración o retraso de un objetivo o conflicto entre objetivos; incluye miedo, ira, ansiedad, tristeza, culpa, vergüenza, envidia, celos, asco, etcétera.
Emociones positivas: son el resultado de una evaluación favorable (congruencia) respecto al logro de objetivos o acercarse a ellos; incluyen alegría, estar orgulloso, amor, afecto, alivio, felicidad.

Para efectos del presente trabajo nos centraremos en la ira, la tristeza y el miedo por ser las emociones negativas más estudiadas en relación al proceso salud-enfermedad, ya que cuando estas dejan de ser adaptativas, volviendose intensas y habituales, pueden provocar trastornos de la salud, tanto mental: trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etcetera, como física: trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcetera (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Conviene tener presente que “emociones negativas” no significa “emociones malas”, a veces se ha establecido erróneamente una identificación entre negativo igual a malo y positivo igual a bueno; lo cual puede llevar a pensar que “soy malo puesto que tengo emociones malas (ira, rabia, miedo)”, por lo que la inevitabilidad de experimentar emociones negativas cuando se presentan obstáculos en nuestro camino no tiene nada que ver con maldad (Bisquerra, 2009).

Las emociones negativas se experimentan ante acontecimientos que son valorados como una amenaza, una pérdida, una meta que se bloquea, dificultades que surgen en la vida cotidiana. Las emociones positivas, en cambio, se experimentan ante acontecimientos que son valorados como un progreso hacia los objetivos personales, como son, asegurar la supervivencia y progresar hacia una meta (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Por lo que, cuando nos referimos, en el presente trabajo a emociones negativas no hablamos de un aspecto malo o dañino, sino de aquellas que por hacernos

sentir algo desagradable, rechazamos o tratamos de evitar, de reacciones emocionales que surgen ante sucesos poco agradables para la persona, es decir estados en los que predomina una fenomenología negativa.

No obstante, en su sana expresión, todas las emociones son benéficas, ya que dirigen la atención y canalizan la conducta a donde es necesario, dadas las circunstancias que uno enfrenta, al hacerlo, cada emoción proporciona una disposición única para responder a una situación particular, lo que las convierte en organizadores positivos, funcionales, propositivos y adaptativos del comportamiento (Plutchik, 1987).

A pesar de que las emociones son respuestas adaptativas, pueden llegar a convertirse en elementos perjudiciales para la adaptacion, para la integración y para la propia vida; las funciones adaptativas y de supervivencia de las emociones tienen connotaciones de ayudar a solucionar problemas, de evitar peligros, etcétera, es lógico encontrar que entre las emociones básicas predominen aquellas comúnmente denominadas emociones negativas, que no tienen por qué ser negativas si su ocurrencia es homeostática y parsimoniosa, pero que devienen peligrosas para la salud física, mental y social de una persona cuando su ocurrencia es excesiva en frecuencia, intensidad o duración (Piqueras et al. 2009; Oblitas, et al. 2008).

2.4.1 Ira

La ira es una de las emociones consideradas básicas o primarias, esto es, tiene un carácter innato, está presente en casi todas las especies y culturas y, además, presenta una manifestación expresiva universal, lo cual subraya su utilidad adaptativa; la experiencia o dimensión subjetiva de la emoción de ira, es decir, el sentimiento, es de carácter negativo o aversivo, pues se asocia a la perdida de algo positivo (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Además es una emoción generalizada y muy frecuente, ya que cuando a la gente se le pide describir su experiencia emocional más reciente, la ira es la que con más frecuencia viene a la mente, y es además la que más trabajo le cuesta dominar al cuerpo-sujeto (Durán, 2008; Reeve, 2010).

El término de ira ha tendido múltiples significados en la investigación psicológica, al igual que en el lenguaje cotidiano, refiriéndose tanto a sentimientos, como a reacciones corporales o fisiológicas, o como actitudes hacia otras personas, una conducta agresiva o violenta; en términos generales, la ira se asocia con la rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad, ultraje, cólera, indignación, fastidio, hostilidad y, en extremo, con la violencia y el odio patológicos (Pérez, Redondo y León, 2008; Palmero et al., 2002).

Una definición es la propuesta por Izard (1977), que describe la ira como una emoción primaria del organismo al verse éste bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

Una definición más genérica sería la que hace referencia a la ira como una emoción consistente en un estado afectivo de indignacion y rabia provocadas por el daño o la ofensa inflingidos a nosotros o a nuestros seres queridos y que genera, siquiera momentáneamente, sentimientos de odio y deseos de venganza (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Como podemos advertir, esta emoción, surge de la experiencia de la restricción, como en la interpretación de que los planes y metas de uno fueron obstaculizados por cierta fuerza externa (barreras, obstáculos, interrupciones); situación que además se considera injusta o ilegítima; cognitivamente, implica realizar valoraciones de tener algo importante en juego y luego perderlo en una forma inmerecida a manos de un agente externo (Reeve, 2010; Sherer, 1997 citado en Pérez et al. 2008).

Cuando las circunstancias cambian de lo que no debería ser (injusticia) a lo que deberían ser (justicia), la ira experimentada se desvanece (Lerner y Tetlokc, 1998 citado en Reeve, 2010).

De esta forma, se puede decir que, por un lado, la ira es la emoción potencialmente más peligrosa, puesto que su propósito funcional es el de <<destruir>> las posibles barreras del ambiente; sin embargo, por otro lado, se puede decir que la ira resulta altamente beneficiosa, puesto que proporciona la motivación necesaria para superar los obstáculos, movilizando recursos fisiológicos, hormonales y musculares para lograr una meta o propósito particular (Pérez et al. 2008; Reeve, 2010; Plutchik 1987).

Para ampliar un poco el concepto de esta emoción, explicaremos brevemente lo que se conoce como complejo AHA: Agresión (Aggression), Hostilidad (Hostility) e Ira (Anger), propuesto por Spielberger (1985); dentro del complejo, la ira constituye el componente emocional, su intensidad varía, yendo desde una irritación o enfado, hasta la rabia y la furia; la ira incrementa, tanto la probabilidad de que se desencadene una conducta de agresión, como la probabilidad de experimentar y mostrar actitudes hostiles; la hostilidad constituye el componente cognitivo del complejo, existen multitud de definiciones acerca de esta variable; sin embargo, todas hacen referencia al conjunto de creencias y actitudes con matiz negativo y de destrucción que guían los comportamientos de un individuo, tales actitudes entrañan odio, rencor y resentimiento hacia los demás, al tiempo que conllevan una preferencia por hacer evaluaciones negativas de los individuos, del entorno y de los sucesos que ocurren y por último la agresión, constituye el componente conductual manifiesto del complejo, generalmente estas acciones implican: ataque, destrucción o daño, según su principal finalidad, puede ser: agresión colérica, dirigida a hacer daño, o agresión instrumental, dirigida a la obtención de logros (Chóliz, 2005; Pérez et al. 2008; Palmero et al., 2002).

Las principales funciones de la ira están relacionadas con la auto-protección, la

regulación interna y la comunicación social (Piqueras et al. 2009).

En cuanto a los desencadenantes de la ira, como ocurre en la mayoría de las emociones, no se pueden establecer de forma precisa; cualquier estímulo o evento, según la valoración que se realice sobre el mismo, puede desencadenar esta emoción, aún así, la percepción de una situación como algo injusto, el dolor, la intensidad estimular, la frustración que produce la interrupción de la conducta dirigida hacia una meta, y la perdida del control físico, son factores que, por su especial peculiaridad, desencadena con mayor facilidad la ira o influye en el modo más o menos adaptativo en que se manifiesta (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Se han señalado tres formas de afrontar la ira, la supresión de sentimientos intensos de enfado, los cuales no se manifiestan externamente, sino que se tiende a inhibirlos; expresión manifiesta de los sentimientos de enfado con una mayor o menor intensidad; y control que es la utilización de estrategias que permitan afrontar la reacción emocional de una forma más adaptativa, expresando o no, según convenga al individuo. Asimismo, es conveniente distinguir entre la experiencia y la expresión de la ira, ya que si bien la expresión denota experiencia, la no expresión no significa necesariamente la ausencia de experiencia (Carpi et al., 2008).

En cuanto a la forma de afrontar esta emoción, es de gran relevancia la apropiada canalización de la misma, ya que, de no ser así, puede acarrear serias consecuencias para la salud y el bienestar del individuo (Fernandez-Abascal y Palmero, 1998).

2.4.2 Tristeza.

La tristeza (o aflicción) es la emoción más aversiva y negativa, surge sobre todo de experiencias de separación, perdida y fracaso, real o probable, de una meta valiosa, entendida está como un objeto o una persona, es decir cuando la

valoración realizada ante un determinado acontecimiento lleva a la conclusión de que un individuo ha perdido algo importante para su propio bienestar, se produce la emoción de tristeza (Reeve, 2010).

Una de las funciones esenciales de la tristeza tiene connotaciones sociales, de tal suerte que la expresión de dicha emoción es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad; de esta forma, se incrementa la cohesión social y la unión entre los miembros de un grupo, fomenta la conducta de ayuda o conducta altruista; otra función importante de la tristeza tiene connotaciones personales, ya que, siendo la emoción más reflexiva que existe, permite que una persona haga introspección, realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general (Cuervo e Izzedin, 2007; Chóliz, 2005; Palmero et al., 2002).

La tristeza es consecuencia de alguna pérdida, cuando la tristeza se intensifica y se hace persistente da paso a la depresión. La depresión es una reacción emocional caracterizada por una tristeza excesiva e injustificada ante los acontecimientos del entorno (Cornejo y Brik, 2003; Piqueras et al. 2009).

La percepción de una situación ambigua, con incertidumbre, caracterizada por la gran probabilidad de que ocurran consecuencias negativas, da lugar a la experiencia de ansiedad; más tarde, cuando la incertidumbre desaparece y el individuo constata que el daño y las consecuencias negativas son reales, la ansiedad se convierte en miedo, si sus conductas consiguen superar la situación, ahí acabará la emoción de miedo, si, por el contrario, el individuo descubre que no puede solucionar la situación, se produce un cambio importante en el individuo, dando lugar a la impotencia o indefensión, produciendo efectos importantes, desde un punto de vista afectivo, ya que aunque el miedo sigue presente, comienza a experimentarse también la emoción de tristeza; la percepción de que nada puede hacer cambiar la situación, y que de forma irremediable el final será negativo, da paso a la aparición de la desesperanza; en estos momentos, la

actividad conductual motora desaparece por completo, el miedo puede desaparecer, y la tristeza evoluciona negativamente para convertirse en depresión (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total; es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto (Baena, Sandoval, Urbina, Juarez y Villaseñor, 2005).

Como se ha podido observar, más que la tristeza como tal, los estudios en general han estado más enfocados a ciertas alteraciones afectivas relacionadas con la tristeza, como es el caso de la depresión; en este sentido la tristeza ha sido considerada como el preludio o parte de la depresión, ya que, aunque en dicho trastorno también pueden influir otras varibles como el miedo y la ansiedad, la tristeza destaca en su desarrollo (Power y Tarsia, 2007; Palmero et al., 2002).

Diversos estudios han demostrado la influencia de la tristeza y su patología, la depresión, sobre el sistema inmunitario, en general, los resultados de las investigaciones enfatizan el papel de la tristeza y la depresión sobre la salud (Bisquerra, 2009).

2.4.3 Miedo

La emoción de miedo es la más antigua y primitiva de las emociones, encontrándose asociada a la principal característica o finalidad de todo ser vivo, la supervivencia; el miedo actúa como un poderoso motivador de la conducta, generalmente es empleado para referirse a la anticipación y la evitación del daño que pueda ocurrir (Chóliz, 2005; DeCatanzaro, 2001).

Las situaciones más comunes que activan el miedo son las que provocan que un

individuo anticipe daño físico o psicológico, la vulnerabilidad al peligro o una expectativa de que las habilidades de enfrentamiento de uno no podrán adaptarse a las circunstancias por venir (Bandura 1983 citado en Reeve, 2010).

Carpi, Guerrero y Palmero (2008) coinciden en que la emoción de miedo se produce cuando existe un estímulo, evento o situación que, tras la valoración realizada por un individuo- sea consciente o no consciente-, resulta significativamente relacionada con la amenaza física, psíquica o social al organismo así como a cualquiera de las metas valiosas que éste persigue; o lo que es lo mismo: relacionada con la posibilidad más o menos probable y certera de que perderá algo <<valioso>> para él.

Además, tal situación o evento desencadenante de la emoción de miedo se valora como muy desagradable, creyendo el individuo que le afecta de manera muy importante a su bienestar físico, pues conoce las consecuencias negativas del estímulo en cuestión, en cuanto a la experiencia o dimensión subjetiva del miedo, es de carácter aversivo, siendo además una de las emociones más intensas y desagradables, produce sentimientos de desconfianza, preocupación y malestar; asimismo, produce una característica sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia seguridad, salud o integridad, que suele ir acompañada de la sensacion referida de pérdida de control (Carpi, Guerrero y Palmero, 2008).

Miedo y ansiedad son dos conceptos pertenecientes a la esfera afectiva, con diversas características en común y que en ocasiones se han tratado indistintamente; sin embargo, son distintos, incluso pertenecen a diferentes categorías dentro de los procesos afectivos, por lo que conviene tener presentes los principales aspectos diferenciales entre ambos.

La principal diferencia entre ansiedad y miedo se encuentra en la existencia o no de un objeto con el que se encuentra asociada la emoción, es decir, la emoción de

miedo se produce ante un peligro real, un objeto o desencadenante concreto que la provoca y la reacción es proporcionada a éste, mientras que en la ansiedad ese objeto no existe, no es algo determinado y concreto, llegandose a definir como <<un miedo sin objeto>> y su reacción es desproporcionadamente intensa con la supuesta peligrosidad del estímulo (Chóliz, 2005).

La ansiedad tiene que ver con lo que ocurre cuando la conducta de escape asociada al miedo resulta bloqueada, es decir, la ansiedad es una forma de miedo que no se puede solucionar; una importante activación no dirigida como consecuencia de la percepción de una amenaza.

El miedo y la ansiedad quizá sean las emociones que han generado mayor cantidad de investigación y sobre las que se han desarrollado un arsenal de técnicas de intervención desde cualquier orientación teórica en psicología. El componente patológico son los trastornos por ansiedad que están relacionados con una reacción de miedo desmedida e inapropiada, es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos (Piqueras et al., 2009).

Del examen anterior se observa que, las emociones negativas en general se producen cada vez que el individuo percibe que una meta importante se ha perdido, se está perdiendo, o se perderá, se encuentran asociadas al riesgo de perder la salud, fundamentalmente si las mismas se producen con excesiva frecuencia, intensidad y duración; el resultado es obvio: la excesiva experiencia de emociones negativas disminuye la calidad de vida de los individuos (Kail & Cavanaught, 2011).

2.5 Emociones y Salud.

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 psicosomático- (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 (Labiano, 2009; Delgadillo, 2011).

Del mismo modo, en la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, es decir, como un equilibrio biopsicosocial.

En su momento esta definición tuvo gran impacto en el ámbito de la sanidad, ya que por primera vez aludía no sólo al área física del ser humano sino también a la esfera de lo mental y lo social, es decir, se asumía que un ser humano sano es aquel que puede mantener un estado de completo bienestar no sólo en su cuerpo, sino también en su mente y en sus relaciones con los demás (Ballester, 1998).

Aunque a través de la historia de la psicología, se ha tomado en cuenta la influencia de la “mente” sobre el cuerpo, se ha subestimado la capacidad que puede tener la influencia del pensamiento, procesos cognitivos y emociones sobre las funciones sanas o enfermas del cuerpo humano (Oblitas et al., 2010; Brannon y Feist, 2001).

En la actualidad se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y la enfermedad, el actual modelo reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos (Oblitas, Martínez y Palmero, 2008).

El enfoque psicosomatico sería la manera integradora con que se trataría de visualizar la problemática multifacética de un ser que sufre, que padece enfermedades, que está enfermo; ya que conceptualiza la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción al mismo nivel de factores biológicos, psicológicos y sociales, que deben tenerse en cuenta a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento (Frenquelli y Perelló, 2008).

La premisa implícita en la mayoría de las investigaciones que durante décadas se han centrado en la relación entre la emoción y la salud es sencilla: se sostiene que los estados afectivos negativos influyen negativamente sobre la salud, mientras que, por el contrario, los positivos pueden contribuir a preservarla (Oblitas, Martínez y Palmero, 2008; Brannon y Feist, 2001; Taylor, 2007).

Es decir, todo lo que la persona piensa, dice y hace tiene un impacto significativo, los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la autoeficacia, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, el realizar ejercicio, la calidad del sueño, el sentido del humor, los pasatiempos, las actividades culturales, etcétera, tienen un impacto significativo en el bienestar, la salud y la calidad de vida. Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos como la ansiedad, la depresión, la tendencia a reaccionar con ira y coraje, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo, vivir un estilo de vida estresante, etcétera, contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas y crónicas (Labiano, 2009).

La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. En primer lugar, en establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones (ansiedad, ira, depresión, etcétera) con trastornos psicofisiológicos específicos (trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales, o del sistema inmunológico, por ejemplo). En segundo lugar, en el papel que ejerce la expresión o inhibición de la emociones en la salud y el enfermar (Chóliz,

2005).

Las emociones negativas, sobre todo las “tres grandes” (miedo, ira y tristeza) y sus derivadas, están asociadas a la génesis, el mantenimiento y el desarrollo de diversas patologías, ya que cuando se presentan con excesiva frecuencia, intensidad o duración producen reacciones fisiológicas que afectan a órganos, tejidos del organismo, sangre y secreciones glandulares, que a medio o largo plazo desencadena la aparición de trastornos de todo tipo e importancia, incluso el sistema inmunitario puede resultar perjudicado en su capacidad funcional para contrarrestar los efectos nocivos de las situaciones de amenaza o desafío (Bisquerra, 2009; Oblitas, Martínez y Palmero, 2008).

Luego entonces, un estilo de vida tenso y acelerado, con tendencia a la ira y la hostilidad, así como la tendencia a la depresión, el resentimiento y la desesperanza, son variables perjudiciales para la salud, ya que afectan el funcionamiento del sistema inmune, haciendo vulnerable el organismo a las infecciones y a los virus (Burns, Bruehl & Quartana, 2006).

Para entender el mecanismo de acción que permite explicar cómo un evento psicológico/conductual puede repercutir directa o indirectamente sobre la salud, hay que aludir a la predisposición biológica y a la debilidad estructural o funcional de alguno de los sistemas de un organismo, ya que dependiendo de la fortaleza/debilidad de cada sistema, así serán los efectos que la respuesta del organismo produce en ellos, como, por regla general, cada persona posee algún sistema que es especialmente más susceptible que otros, ése será el que más sufra las consecuencias negativas de la respuesta del organismo a las situaciones de estrés y de intensa emocionalidad, de tal suerte que no es de extrañar que a medio o largo plazo comiencen a observarse los efectos del enfrentamiento a dichas situaciones (Fernández –Abascal y Palmero, 1998).

La psicología, y el sentido común, nos llevan a defender que el hecho de expresar

y compartir las emociones contribuye a su afrontamiento adaptativo. Un creciente número de investigaciones ha permitido demostrar que la inhibición de acontecimientos emocionales significativos induce una marcada hiperactivación fisiológica, provoca inmunodepresión y efectos adversos en la salud a medio y largo plazo; además, induce sesgos cognitivos sobre el procesamiento de la información emocional, a la vez que dificulta los procesos de afrontamiento adaptativo (Martínez, 2008).

Los procedimientos terapéutivos que han incorporado técnicas de expresión emocional de forma similar a este paradigma han comprobado sus efectos beneficiosos, por ejemplo, en las tasas de supervivencia de pacientes con cáncer de mama, así como en la evolución de diversas enfermedades crónicas, como el asma y la artritis reumatoide (Smyth et al. 1999 citado en Oblitas, Martínez, y Palmero 2008).

Se han realizado más de veinte estudios experimentales controlados sobre el impacto de la expresión emocional oral o escrita en diversas poblaciones, cuyos resultados confirman la existencia de una significativa relación entre la expresión emocional y diversos índices de bienestar psicológico y somático (Pennebaker, 1997).

Sin embargo si la noción del acontecimiento se centra sobre la descripción situacional del hecho traumático, excluyendo la descripción del impacto emocional experimentado (sentimientos, reacciones físicas, etcétera), no contribuye a la recuperación emocional ni a una mejora significativa en la salud (Pennebaker & Beall, 1986).

Progresivamente se ha ido delimitando un mayor número de efectos cognitivos y sociales, que demuestran que revelar nuestro estado emocional a los otros produce un significativo efecto positivo que facilita la reconceptualización de la magnitud del acontecimiento y facilita la recepción del apoyo social (Davison,

Pennebaker y Dickerson, 2000).

Se puede concluir que cuando los sujetos hablan o escriben en torno a sus experiencias personales emocionales, experimentan mejoras significativas en sus niveles de salud física y mental, facilitándose el afrontamiento del malestar emocional; poniendo en relación la inhibición emocional y la enfermedad, pues la inhibición requiere un trabajo fisiológico que influye negativamente sobre la salud; estos efectos se han mostrado consistentes entre diversas culturas (Baikie & Wilhelm, 2005).

De todo lo anterior, resulta necesario concluir que cuando se habla de enfermedad no podemos eludir la relación entre los procesos emocionales, el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunitario, <<el sistema inmunitario mediante una estrecha, compleja y determinante interacción con el sistema nervioso central y con el sistema endocrino, teniendo como objetivo último la defensa integrada del organismo>> (Oblitas, Martínez, y Palmero 2008).

Como sabemos actualmente que los procesos emocionales ejercen su acción sobre el sistema inmunitario, podemos plantear que existe una clara relación entre aspectos psicológicos (básicamente, procesos emocionales) y enfermedades fisiológicas en general, e inmunitarias en particular (Fernández –Abascal y Palmero, 1998).

En este contexto, las clasificaciones diagnósticas más actuales aceptan que los aspectos psicológicos estan implicados en diversos niveles, en la etiología y desarrollo de todo tipo de trastornos y enfermedades, así como consideran que cualquier trastorno orgánico puede ser a su vez psicofisiológico, en consecuencia, desaparecen los listados de trastornos e incluso la categoría específica de trastornos psicofisiológicos, que es sustituida por una categoría más general denominada factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones medicas, (DSM-IV) definida ésta no sólo como estado físico con patología orgánica

demostrable, sino también como alteración de un proceso fisiológico sin la concurrencia de patología orgánica o física, tal y como ocurre con frecuencia en migrañas, asma, etcétera (Piqueras et al. 2009).

Avanzando un poco más, el DSM-IV-TR (2002) especifica seis tipos de factores psicológicos que pueden afectar a la salud (a la condición médica), a saber: trastornos mentales de los ejes I o II; síntomas psicológicos; rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento; conductas desadaptativas relacionadas con la salud (consumo de sustancias, sedentarismo, comer en exceso); respuestas fisiológicas asociadas al estrés y otros factores no especificados (características demográficas y culturales). Aun más, también establece las posibles vías por las que estos factores pueden ejercer su efecto sobre las condiciones médicas: 1) alterando el curso de la enfermedad; 2) interfiriendo en su tratamiento; 3) constituyendo un factor adicional de riesgo para la salud, y 4) precipitando o agravando los síntomas de la condición médica.

La amplia consideración de esta categoría y su grado de especificación en el DSM-IV frente a las clasificaciones anteriores de la APA, mucho menos precisas en este punto, viene a ser reflejo de la importancia creciente de los trastornos psicofisiolóficos desde el punto de vista de la psicología y las ciencias de la conducta (con la trasformación de la propia disciplina y la aparición de ramas de estudio especificas como la medicina conductual y la psicología de la salud), y de las nuevas concepciones médicas que aceptan la multicausalidad de los trastornos y la importancia de factores no estrictamente <<orgánicos>> en la etiología y desarrollo de diversas enfermedades o disfunciones orgánicas y fisiológicas (Ballester, 1998).

Aunque en la actualidad son pocos los profesionales de la salud que disputan la importancia del funcionamiento emocional en el comportamiento social y en las interacciones humanas, los mismos reconocen que las descripciones de algunas alteraciones clínicas son insuficientes (Ramírez y Cortés, 2007).

Como en el caso de la artritis reumatoide, donde ya quedo establecido que a pesar de ser un padecimiento antiguo y minuciosamente estudiado, no se ha encontrado una etiología específica, es decir no se ha identificado un agente externo que sea el causante de la enfermedad, ni tampoco se ha hallado una cura, aunque se han esbozado posibles factores de riesgo para padecerla, entre las cuales, se encuentran los factores psicológicos (emocionales) del paciente, los cuales han recibido más atención en los últimos años, incluso se estudia la tesis de la psicogenia, ya que un gran número de personas han desarrollado artritis reumatoide después de enfrentarse a un evento que les causó un alto impacto emocional como la pérdida de un ser querido, una crisis económica, una condición social, familiar o ambiental desfavorable (Durán, 2008).

Podríamos concluir este apartado sobre emoción y salud diciendo que existen sólidas evidencias epidemiológicas y clínicas que apuntan que:

- Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud.
- Las emociones negativas afectan los hábitos de salud.
- Pueden agravar ciertas enfermedades.
- Pueden distorsionar la conducta de los enfermos: la percepción de la propia enfermedad, principalmente si es crónica o grave (Bisquerra, 2009).

Por lo que todas las enfermedades y principalmente las más graves y crónicas pueden y deberían ser tratadas desde una vertiente clínico-médica y psicoterapéutica (inclusive las que siguen un curso fundamentalmente somático), es decir bajo un contexto psicosomático, con el aporte de varias disciplinas, básicamente de aquellas que tienen como objetivo aliviar, curar si es posible, el sufrimiento humano en sus diversas manifestaciones y que cuentan con variados y diferentes recursos (Frenquelli y Perelló, 2008).

CAPITULO 3

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

CAPÍTULO 3
INTERVENCIÓN TERAPEUTICA

3.1 Definición

Como sucede con las emociones al no poder definirlas por su complejidad y multifactorialidad, así como por el hecho de que son estudiadas desde diversas perspectivas cada una haciendo enfasis en un aspecto determinado de la emoción, nos encontramos con una problemática similar al tratar de definir la intervención terapeutica ya que por la naturaleza compleja y caótica del propio campo y por ser producto de múltiples elementos de interacción, pueden darse tantas definiciones como enfoques terapéuticos y autores existen, es decir tampoco existe una definición consensuada por la comunidad científica (Ávila, 1994; Rosa, Olivares y Méndez, 2004).

Las psicoterapias y las técnicas de intervención pueden ser descritas, definidas y clasificadas de acuerdo a diversidad de criterios; cada forma de entender el comportamiento y sus alteraciones supone una serie de conceptos y principios que conforman la estructura teórica de referencia del terapeuta, en esta estructura teórica se incluye la explicación de qué es el comportamiento, por qué nos comportamos de cierta manera, por qué emitimos un comportamiento en lugar de otros posibles, de que variables depende la conducta, qué es un comportamiento normal o ajustado, qué produce la anormalidad comportamental y, lo más intereseante en este contexto, cómo conseguir que el comportamiento cambie en la direción deseada (Gavino, 2004).

Los tratamientos psicológicos han sido diseñados y confeccionados para promover el cambio que conduzca a una mayor felicidad, competencia y satisfacción personal, y son aplicados por psicológos que utilizan técnicas especializadas de evaluación y tratamiento cuya eficacia haya sido constatada en diversas

investigaciones (Oblitas, 2008).

Frank (1982 en Rosa, Olivares y Méndez 2004) défine la psicoterapia como una interacción planificada, cargada de emoción y confianza entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre; durante esta interacción, el sanador busca aliviar el malestar y la discapacidad del sufridor mediante comunicaciones simbólicas, principalmente palabras, pero también a veces mediante actividades corporales. El sanador puede implicar o no a los familiares y a otras personas significativas del paciente en los rituales de curación; a menudo, la psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como aspecto inevitable de la vida que puede ser utilizado como una oportunidad de crecimiento personal.

La intervención terapeutica implica una relación pero es una relación diferente a las cotidianas, la relación profesional es unilateral una persona demanda ayuda y la otra la brinda, es sistemática, con objetivos claramente delimitados que guían la relación y limitada, en tanto que no se establece como relación duradera sino terminal (Gavino, 2004).

Ávila (1994) define la psicoterapia como un conjunto de sistemas teórico-técnicos aplicados, de carácter multidisciplinar en cuanto a sus objetivos y multiprofesional en su práctica, derivados de modelos teóricos y de investigaciones de diferentes ciencias, que tiene como finalidad principal la resolución por medios psicológicos de trastornos del comportamiento y/o la inducción de cambios estables en los diferentes niveles de expresión de la conducta en orden al logro del bienestar biopsicosocial de los individuos en sociedad.

El objetivo de toda intervención terapeutica o psicoterapia es aumentar el bienestar, disminuir algún padecimiento o eliminar algun sintoma y todas lo consiguen a base de generar cambios. Las diferentes terapias, o mejor los diferentes terapeutas, tienen algunos otros elementos importantes en común y

probablemente más cuanta más experiencia clínica se acumule. Pero las líneas de actuación básica, los conceptos de “trastorno”, de cambio y el procedimiento de intervención son diferentes según los modelos (Alonso, 2012).

3.2 Tipos de intervención

Derivado de la pluralidad de enfoques en psicología, el término psicoterapia abarca formas muy diversas de intervención, tales como la psicoterapia de grupo, terapia familiar, terapia de juego, el psicodrama, además de las psicoterapias individuales más conocidas <<psicoanalíticas, existenciales, cognitivas, conductuales, humanistas etcétera>> (Avila, 1994).

Incluso algunos estudios han dado cuenta de más de 400 tipos de intervención (Martorell, 2004).

Existen diversas maneras de clasificar las psicoterapias, puede ser por el tiempo de duración, como las llamadas psicoterapias breves que se pretenden en general con objetivos limitados o con focos definidos o largas psicoterapias con diván y altísima frecuencia como el psicoanalisis; por el hecho de a quien o quienes va dirigida, terapia individual, de pareja, familiar, de grupo etcétera; por el sustento teorico sobre el que se basan; asi como si se centran en el síntoma o en las condiciones del psiquismo que lo provocan (Ricón, 2005).

Por lo que las técnicas y procedimientos que usa el terapeuta se derivan de los propios conocimientos y experiencia en la psicología (Alonso, 2012).

3.2.1 Terapias psicodinámicas

Los fundamentos generales de estas terapias hacen referencia a que el comportamiento humano está determinado (principio de determinismo) y depende fundamentalmente de factores intrapsíquicos en su mayoría inconscientes tales

como impulsos, deseos, motivos y conflictos internos, así como por la historia de desarrollo de la persona; se destaca la importancia del papel del conflicto en el desarrollo de los síntomas neuróticos (Rosa, Olivares y Méndez, 2004).

El ejercicio fundamental de este tipo de terapias consiste en descubrir la relación entre los síntomas actuales y su fuente lejana en la historia vital, por medio de técnicas como la asociación libre, la interpretación de los sueños, la transferencia y contratransferencia. El psicoanalisis sostiene que el proceso de curación consiste esencialmente en la vivencia controlada, con el terapeuta como coordinador, del proceso fallido en el pasado, se trata por lo tanto de volver a experimentar de forma correcta y en un escenario clínico las vivencias tempranas que en su momento dieron origen a los conflictos (Alonso, 2012).

Existen teorías diferentes dentro de la aproximación psicodinámica o de "psicología profunda", que comparten postulados generales pero difieren en supuestos concretos y en procedimientos, cada una tiene sus propias reglas y metodología. Sus principales representantes son: Sigmund Freud, Eric Fromm, Karen Horney, Harry S. Sullivan, Malanie Klein, D.W. Winnicott, Fairbairn, Anna Freud, Eric Erikson, John Bowlby, N. Ackerman, J. Lacan y Carl G. Jung (Martorell, 2004).

Dentro de este tipo de psicoterapia se encuentran el tradicional psicoanalisis, la psicoterapia psicodinámica breve, psicoterapia familiar psicodinamica, psicoterapias de grupo (psicodrama, grupos psicoanaliticos etcétera).

3.2.2 Terapias de conducta.

El punto de partida de la terapia de conducta, es la consideración de que la mayor parte de la conducta, incluyendo la conducta inadaptada, es aprendida y, por tanto, los principios derivados de las teorías del aprendizaje son aplicables a los tratamientos (Martorell, 2004).

El conductismo ha proporcionado a la psicología clinica una valiosa colección de técnicas muy eficaces para el cambio puntual de ciertos modos de comportamiento, a esto se le suele llamar “modificación de conducta”. El trastorno se define por sus componentes conductuales, que son aquellas conductas inapropiadas, indeseadas o que de algún modo generan malestar. Su origen y su eliminación responderán a procesos analizables desde las leyes del aprendizaje, aplicando técnicas derivadas de estas leyes (contracondicionamiento, reforzamiento, castigo, modelamiento, moldeamiento, extinción, etcetera), pudiendo eliminar las secuencias de conducta no deseadas e instaurar pautas nuevas (Alonso, 2012).

Las aportaciones fundamentales que sustentas este tipo de intervención terapeutica, son el condicionamiento y la reflexología de Pavlov y Bechterev, el conductismo de Watson, la psicología del aprendizaje de Thorndike, Tolman o Hull, el condicionamiento operante de Skinner, el modelado de Bandura y las aplicaciones de Wolpe o Eysenck (Martorell, 2004).

Entre sus técnicas principales podemos encontrar: desensibilizacion sistemática de Wolpe, el entrenamiento asertivo, técnicas de relajación de J. Schultz, inundación e implosión de Stampfl, condicionamiento encubierto de J. Cautela, terapia aversiva, el modelado de Bandura y biofeedback, entre otras (Oblitas, 2008).

3.2.3 Terapias cognitivas

Algunas terapias de este modelo se denominan tanto cognitivas como cognitivo-conductuales. El concepto básico de este enfoque es el de cognición, es éste un término que incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etcétera, girando todo ello en torno al concepto de significado, y especialmente de cómo se construye ese significado (Martorell, 2004).

La idea angular de este tipo de terapia es que el bienestar psicológico depende de la forma en que percibimos, explicamos o en definitiva procesamos psicológicamente el mundo que nos rodea, es decir: lo que me ha ocurrido no es el problema, sino la importancia que yo le doy a lo que me ha ocurrido, por tanto el objetivo en terapia es averiguar la forma en que el interesado estructura su experiencia del mundo, para después llevar a cabo una reestructuración (Alonso, 2012).

Dobson y Block (en Martorell, 2004) proponen tres puntos comunes básicos a las terapias de este enfoque: 1. la actividad cognitiva afecta a la conducta, 2. la actividad cogitiva puede ser controlada y alterada, 3. el cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Las terapias cognitivas no tienen un aglutinador único (un creador único o una escuela unificada) sino que se han desarrollado a partir de las aportaciones de terapeutas independientes, que si bien tienen los suficientes puntos en común como para englobarlos en el mismo modelo, mantienen su propio acercamiento personal a la psicoterapia (Martorell, 2004).

Es el caso de G. Kelly con la terapia de los constructos personales, A. Ellis y la terapia racional-emotiva, así como A. Beck con la terapia cognitiva, quienes son considerados los más importantes representantes de las terapias cognitivas (Oblitas, 2008; Martorell,2004).

3.2.4 Terapias humanistas.

Bajo el título de psicoterapias humanístico-existenciales se han agrupado los enfoques que nacieron como alternativa al psicoanálisis por un lado, y a las corrientes conductistas por otro; de aquí que se les haya denominado <<la tercera fuerza>> de la psicología (Rosa et al., 2004; Martorell, 2004).

Aunque el nombre pueda llamar a confusión, pues las demás escuelas terapéuticas no pueden calificarse de “no humanistas”, lo cierto es que lo que caracteriza a éstas, es su interés en la persona como ser completo (el ser humano) que se encuentra en un proceso continuo de crecimiento hacia su pleno potencial, es por eso que a este tipo de modelo psicoterapéutico también se conocen como enfoque centrado en la persona (Alonso, 2012).

Algunos de los autores más representativos dentro del movimiento humanistico-existencial son: Bingswanger, May y Laing con el análisis existencial; Abraham Maslow y la psicología del ser; Carl Rogers con la psicoterapia centrada en el cliente, Fritz Pearls y la psicoterapia gestáltica, Victor Frankl y la logoterapia, Alexander Lowen y la bioenergética, Eric Berne y el análisis transaccional y Jacob Moreno con el psicodrama (Martorell, 2004).

Tanto la diversidad de enfoques como la aglutinación de diferentes influencias hacen que haya que hablar más de un movimiento que de una escuela formalmente constituida, sin embargo, a pesar de carecer de una unidad de escuela, la característica común a los enfoques agrupados en este movimiento, es que ven al ser humano como un ser superior a la suma de sus partes, concebido globalmente: sentimiento, pensamiento y acción, forman un todo integrado (Rosa et al., 2004).

El intento de división del sujeto en partes analizables de forma independiente (la psique, o las cogniciones, o el sistema nervioso, o el comportamiento) lo desvirtúan, tanto por ser parciales como por extraerlo de su contexto, que es la tendencia a la autorrealización plena (Alonso, 2012).

3.2.5 Terapias sistémicas.

La principal aportación de los modelos sistémicos es proponer trasladar la acción terapéutica del ámbito de lo intrapsíquico o lo individual, donde tradicionalmente

se la situaba, para llevarla al ámbito de los patrones de interacción interpersonal (Rosa, et al., 2004).

El concepto básico de este tipo de terapias es el sistema, y el marco conceptual fue proporcionado por Ludwing von Bertalanffy con su Teoría General de los Sistemas, este autor define un sistema como un complejo de elementos en interacción (Oblitas, 2008).

En ese contexto, su actuar se basa en la idea de que los sistemas (uno o más elementos ligados entre sí) se autorregulan por medio de mecanismos de retroalimentación (feedback), gracias a los cuales mantienen sus parámetros básicos de funcionamiento; de modo que al cambio en el estado de un elemento del sistema seguirá un cambio en el estado de otros elementos del sistema; tal cambio irá seguido de un nuevo cambio en el elemento primeramente modificado, y así sucesivamente. (Martorell, 2004).

Los modelos sistémicos se han desarrollado históricamente aplicados a la terapia de familia, modalidad que tiene un auge y una aceptación muy importante en nuestros días; aunque, dentro del enfoque sistémico hay aplicaciones en el ámbito de la terapia individual (Ricón, 2005).

Algunos de los autores de más impacto dentro de este enfoque son Bateson y su escuela interaccional; Salvador Minuchin con la escuela estructural y estratégica; Mara Selvini-Palazzoli y la escuela sistémica de Milán; De Shazer y su enfoque ecosistémico. (Martorell, 2004).

Además han surgido terapias que integran o combinan las tendencias actuales en busca de mejores resultados, a las que se les ha denominado terapias integradoras o eclecticas.

A pesar de la fortaleza, o rigidez, del sistema de escuelas que ha caracterizado la

historia de la psicoterapia, la realidad es que no ha sido posible demostrar una inequívoca mayor eficacia de unas escuelas frente a otras, la cuestión de fondo parece ser la imposibilidad de dar respuesta, plenamente y para todos los casos individuales, desde una escuela determinada a la multiplicidad de problemas que presenta el ser humano, lo que no implica que no haya técnicas o modos de afrontar determinados problemas concretos más eficaces o adecuados que otros. (Martorell, 2004).

Aunque ninguna es gratuita, ni absurda, ni carente de sentido, contando con la eficacia que sea, lo que se enfatiza es que ninguno de los grandes sistemas de psicoterapia (psicodinámico, humanista, sistémico, cognitivo-conductual o integrativo) ha mostrado ser la panacea para el universo de cuestiones a resolver dentro del ambito de la psicología (Pérez, 2014).

Por lo tanto, el dilema fundamental parece ser el hecho de elegir la técnica correcta ante una problemática determinada.

3.3 Psicodrama

Iniciaremos con una cita de Moreno quien es uno de los principales exponentes de este enfoque:

> …Un encuentro de dos: ojo a ojo, cara a cara.
> Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos
> Y los colocaré en el lugar de los míos,
> Y tú arrancarás mis ojos.
> Y los colocarás en el lugar de los tuyos.
> Entonces te miraré con tus ojos.
> Y tú me mirarás con los míos…
> Invitación a un encuentro, J.L. Moreno, Viena, 1914.

Ese encuentro al que hace referencia Moreno significa algo más que la reunión de dos personas, están en el espacio con todas sus virtudes y debilidades en una aproximación más intensa que la comunicación; es improvisado, sin estructurar, se desarrolla en el “aquí-ahora” del momento (Espina, 1995).

El psicodrama es una técnica de intervención psicoterapéutica que halla su origen en el año 1923 cuando el médico rumano Jacobo Moreno artícula lo que llamaría la acción terapéutica de la representación, visualizando el psicodrama como “la ciencia que explora la verdad de los seres humanos o la realidad de las situaciones por métodos dramáticos” (Herrera, 2009).

Así, Jacob Levy Moreno (1966/1995) definió el psicodrama como un método para sondear a fondo la verdad del alma a través de la acción, el psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos; es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento.

En su poética sostiene que el drama tiende a purificar también a los espectadores, excitando artísticamente ciertas emociones que ocasionan una especie de alivio de sus pasiones egoístas (Montero, 2005).

El primer objetivo del psicodrama era solo la espontaneidad <<como la respuesta adecuada a una situación nueva o la respuesta nueva a una situación vieja>> y la creatividad, posteriormente se transformo con fines terapeuticos, al observar las posibilidades curativas que existen en la liberación de situaciones conflictivas anímicas al representarlas, el vivirlas activa y estructuradamente. (López y Población, s.f.; Perazzo, 2012; Montero, 2005).

El psicodrama constituye principalmente, una técnica psicoterapéutica, es una forma de abordar el inconciente en un escenario de representación teatral, escenario que hace posible darle un lugar material y dinámico a los conflictos

psíquicos que causan malestar en los sujetos. Un lugar heterotópico*[1] que posibilita la resignificación del pasado restituyendo en los sujetos la historia que el síntoma interrumpe (Lemoine & Lemoine, 1980).

Para Espina (1995), es una terapia profunda de grupo, empieza donde termina la psicoterapia de grupo y la amplía para hacerla más efectiva. No basta la discusión sino que configura las experiencias internas y externas y además otorga un contenido a las expresiones y sentimientos de los participantes en el grupo. En el curso de sesiones de grupo típicas, verbales e interactivas sucede con frecuencia que un miembro del grupo vive su problema con tal intensidad que las palabras resultan insuficientes, este miembro siente la necesidad de vivir la situación, construir un episodio y a menudo estructurarlo cuidadosamente, más de lo que permitiría el mundo externo real fuera de la sesión. Esta suerte implica también a otros individuos del grupo, por lo que se precisa que se abra un “espacio” en el que se desarrolle y despliegue la acción.

Cornejo, S. y Brik, L. (2003) lo describen como un método que consiste en la actuación de escenas de la vida cotidiana, sueños y fantasías del individuo para lograr expresar emociones no expresadas, ensayar diferentes alternativas de la conducta habitual, o descubrir nuevos insights a la problemática que trae el paciente.

Por su parte Bello (2004) lo define como un método para coordinar grupos a tráves de la acción, creado a partir de y para los grupos humanos, su cuerpo de teoría básico es la sociometría que puede ser definida como la ciencia de las relaciones interpersonales.

López y Población (s.f.) señalan otros elementos y nos indican que es aquel método que sondea a fondo la verdad del alma mediante la acción; la catarsis que provoca es por eso mismo una “catarsis de acción”.

1* Heterotópico es un concepto que en psicodrama designa un lugar diferente, una alteridad.

Para Montero (2005), el psicodrama es una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada, pone al paciente en un escenario, donde puede exteriorizar sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es un metodo de diagnóstico tanto como de tratamiento; uno de sus rasgos característicos es que la representación de papeles se incluye orgánicamente en el proceso de tratamiento. Se lo puede adaptar a todo tipo de problemas, personales o de grupo, de niños o de adultos.

El psicodrama cumple todos los requisitos de un método: (Obst 2001, en Descalzo, 2011).

- Es un camino para arribar a un objetivo
- Es un conjunto de procedimientos que pueden sistematizarse en pasos, tecnicas y recursos dramáticos.
- Ofrece una trama básica secuenciada (caldeamiento, dramatización, compartir y procesamiento o conceptualización), que le da consistencia
- Se deriva de una teoría con la cual es coherente

Esta técnica es aplicable ya sea sobre un individuo, un grupo pequeño, un gran grupo, una institución o una comunidad. Sea cual fuere su aplicación es impensable hablar de psicodrama sin que intervenga el discurso del cuerpo (Del Cueto, 1999).

Los temas que pueden ser tratados en el psicodrama, cubren un amplísimo abanico: el odio, la ambivalencia, la angustia, la cólera, los celos, la tristeza, el conflicto, el miedo, las relaciones, etcétera; asimismo se puede representar el pasado, el presente y el futuro (Descalzo, 2011).

Cada ser o cada acto se origina en un entorno concreto (matriz), ocurre en un lugar concreto (locus) y tiene un desarrollo temporal (status nascendi). Sin embargo, sólo podemos percibir nuestra existencia desde este momento y este

lugar, osea que todo ocurre aquí y ahora. La filosofía del momento, es el concepto filosófico clave de la obra de Moreno, que se refleja en el psicodrama como método; todo instante vivido es un entrecruzamiento entre nuestra historia y la accion presente, que son inseparables (Bello, 2004).

En ese contexto, el psicodrama reconoce la existencia del inconsciente y la historia personal del paciente pero su enfoque es en el “aquí y ahora” en el momento de espontaneidad y creatividad de la persona (Cornejo y Brik, 2003).

En el psicodrama terapéutico, no se va al pasado en busca del origen de los obstáculos presentes, sino que se despejan del presente, los fantasmas del pasado (Bello, 2004).

La teoría de los roles es el núcleo teórico más conocido de la obra de Moreno, que establece que los roles se van desarrollando como unidades de conducta, desde las conductas más simples hasta las más complejas, y simpre en relación con otro u otros, es decir, es una teoría de las relaciones humanas y da cuenta de los vínculos y las interacciones (Boria, 2001).

López y Población (s.f.) consideran el rol como un sistema compuesto de componentes biológicos, instintivos, afectivos, emocionales, actitudinales, conductuales y valores.

Los roles se dividen en: roles psicosomáticos, psicodramáticos y sociales, los primeros describen conductas ligadas a los procesos fisiológicos indispensables para la superviviencia (el sujeto que come, que duerme y que respira); los segundos a procesos psicológicos (dioses, fantasmas, hadas y roles imaginados) y los terceros a procesos sociales (como los de padre, policía, doctor, etcétera). Tienen una dinámica ligada con este desarrollo, los psicosomaticos, son tomados (role taking) porque la contraparte del rol los impone de cierta manera), los roles psicodramáticos son jugados o desempeñados (role playing) y esto implica una

mayor plasticidad, los roles sociales tienen posibilidad de ser creados (role creating) a partir de normas culturales y sociales, dentro de un estilo personal y relacionado con la propia historia. Como los roles se desarrollan siempre en relación con otro u otros, cada rol tiene su complementario. (López y Población, s.f.; Bello, 2004; Zuretti1995; Ramírez, 1997).

Moreno (1959/1987) señala que, cuando está afectada nuestra espontaneidad, nuestros roles se vuelven rígidos o esteriotipados y limitados; al desarrollarse nuestra espontaneidad, esto nos va a permitir desempeñar nuevos roles, o creativizar nuestros roles sociales.

Por ende, las técnicas psicodramáticas inciden sobre la dinámica del sistema y facilitan su cambio estructural, de lo que es importante resaltar dos puntos: 1.- son técnicas activas, incluso porque puede utilizarse la palabra y también la palabra es una actividad y 2.- inciden en el sistema procurando un cambio, porque siempre van a implicar alguna movilización, sea porque se introduce el sujeto en el escenario, porque existe una movilidad o un contacto corporal, porque obliga a otro modo de interacción, etcétera; siempre está ahí el cuerpo, cuerpo en algún modo de acto (López y Población, s.f. ”a”).

Ya que el psicodrama no es solo una técnica basada en la analogía teatral, sino un sistema terapéutico que abarca las técnicas psicodrámaticas, la terapia de grupos y la sociometría como su cuerpo de teoría básico, la cual puede ser definida como la ciencia de las relaciones interpersonales (Descalzo, 2011).

Es por lo anterior, que el psicodrama representa el punto decisivo en el paso del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupo, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción (Montero, 2005).

El trabajo de Moreno estuvo siempre en grupos, por una razón muy sencilla:

porque el hombre vive, trabaja, aprende, juega y se divierte en grupos. Es en el grupo, entonces, donde debe facilitarse el desarrollo de la espontaneidad para que surja la creatividad en todos los niveles de la vida. Y la vida, para Moreno, es accion (Bello, 2004).

Además de la conciencia cognoscitiva o reflexiva, el psicodrama, al situarse en el presente, introduce también la dimensión corporal y afectiva incrementando el insight, pues éste emerge de la situación y está mucho más cerca de lo perceptivo que de lo verbal (Descalzo, 2011).

En psicodrama los cuerpos hablan, producen, impregnan de sentido la escena dramática, nos dicen el cómo y el porqué, nos hablan de la historia personal, grupal, social; de la actualidad, del futuro (Del Cueto, 1999).

Es decir, en el psicodrama se pone en juego todo lo que constituye a un individuo y que por consecuencia tiene que ver en como enfermo: el cuerpo (lo físico), lo psicologico y los otros (lo social), es por eso que se considero como la técnica idonea para esta propuesta.

3.3.1 Elementos del psicodrama

El psicodrama recrea la vida, y para hacerlo, debe tomar lógicamente los elementos de la vida misma. (Bello, 2004).

a) El protagonista es aquel sobre el que se centra la acción dramática. En un grupo, el protagonista es aquel en quien se da el entrecruzamiento entre la temática grupal y la propia historia, es el portavoz dramático, es capaz por eso de representar, a través de la escena de su vida, algo que involucra a todos.

b) El yo auxiliar, por lo general, es un miembro del grupo de psicodrama, o

indistintamente un miembro del equipo coordinador, sin que esto comporte una diferencia fundamental, que ayuda al protagonista en su dramatización, representando un personaje significativo de su vida (persona, animal u objeto) o representando al protagonista o a una parte de él.

c) El director es el que lleva la secuencia dramática, implementa las técnicas y los recursos del psicodrama, hace de nexo entre el grupo y el protagonista y coordina el espacio de compartir o sharing. Normalmente esta función la desempeña el psicoterapeuta o el coordinador de grupo, que son a su vez psicodramatistas. Aunque el término de director es también herencia del teatro y no describe demasiado bien la función.

d) El escenario o espacio dramático es el espacio físico donde se realiza la dramatización, pero también es mucho más que eso, es el lugar del "como si" dramático: como si ésta fuera mi casa, como si este fuera mi padre, como si ésta fuera la época de mi adolescencia. Todo espacio vacío puede convertirse en espacio dramático.

e) La audiencia o público es simplemente la parte del grupo que no está participando directamente durante una dramatización, algunos autores le llaman grupo, es la población que por un momento queda fuera del área del espacio dramático, pero que está siempre participando, aun desde el silencio, y vierte luego esta participación en el momento de compartir o sharing. Los espectadores deben asumir un rol activo, cumpliendo el papel de una "caja de resonancia" del hecho.

3.3.2 Fases del psicodrama.

El psicodrama consta de tres partes que se relacionan estructural y dinámicamente una con otra (Ramírez, 1997).

Consituyen el procedimiento secuencial del psicodrama como método, dan el orden temporal de la acción. La secuencia consiste en prepararse para actuar, en el sentido de vivenciar algo dentro del marco del “como sí”, dramatizar, poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos despertados por la acción dramática y luego elaborar conceptualmente o sea “hablar de” (Bello, 2004).

Esta secuencia tiene que ver con la naturaleza del psicodrama: “El sujeto dramatiza sus conflictos en lugar de hablar de ellos”… “Aun cuando se haga interpretación, la acción está primero. No puede haber interpretación sin una acción previa” (Zerka Moreno, 1974 en Bello, 2004).

Primero se da el caldeamiento , calentamiento, atemperación o warming up, que es el momento de preparación para la acción. Dado que el psicodrama se inspira en la vida, reproduce en la acción dramática algo que se da también en la vida: para cualquier acción que vayamos a realizar, se necesita una preparacion previa. En el psicodrama el caldeamiento puede realizarse a través de muy variados recuerdos y técnicas: juegos dramáticos, psicodrama interno (fantasías dirigidas), recursos auxiliares como la música o la expresión corporal y hasta puede ser verbal, y su objetivo es promover una mayor espontaneidad para la acción, centrar el interés en el tema, crear el clima adecuado para dramatizar y establecer canales de comunicación dentro del grupo.

Posteriormente viene la dramatización o acción propiamente dicha, que puede estar centrada en el grupo (cuando trabajamos a nivel sociodrámatico o sociométrico), en un individuo, cuando trabajamos con psicodrama, centrado en protagonista, o en varios (por ejemplo en los trabajos de encuentro, o en el psicodrama de pareja o familia). En el nivel sociodramático, a veces la acción se centra en uno u otro protagonista, pero en general el centro es el grupo o el tema que se está trabajando, las escenas individuales se entrelazan, se multiplican y se grupalizan.

Y finalmente la fase de compartir o sharing que es el momento de poner en palabras los sentimientos y recuerdos que ha evocado cada uno durante la acción dramática. Para el protagonista es el momento de recibir, para el grupo de adquirir nivel protagónico. Zerka Moreno describió esta etapa muy poéticamente diciendo que es el momento en que “habla el corazón”.

3.3.3 Técnicas del psicodrama

Se entiende por técnicas psicodramáticas aquellos medios de que se vale el director de psicodrama para integrar a todos los miembros del grupo y movilizarlos hacia una mayor participación, actuación e involucración en los problemas personales. Las técnicas pueden ser visuales, auditivas o activas. No son una panacea, su efectividad depende de su adecuación al director, al protagonista y al grupo (Ramírez, 1997).

Sobre este punto hay grandes divergencias en la literatura psicodramática, Schutzenberger (1970) en el capítulo que dedica a técnicas en su Introducción al Psicodrama y que denomina “Sesenta técnicas clásicas de psicodrama” nos dice que “según J.L. Moreno, Pierre Renouvier y Raymond Corsini, existen 350 técnicas distintas de psicodrama”, agregando en una nota a pie de página que nunca las ha visto descritas conjuntamente.

Sin embargo, para efectos del presente trabajo, nos centraremos solo en las clásicas, sabemos que es importante conocer bien la aplicación de algunas fundamentales y partir de una claridad conceptual del significado y finalidad de otras y experiencia en su aplicación; pero también sabemos que es más importante el principio de espontaneidad-creatividad aplicado a una de las técnicas, en función del momento grupal. Desde estos parámetros entendemos que es preciso estar preparado para utilizar un número casi ilimitado de posibilidades (Perazzo, 2012).

De la teoría del desarrollo del niño surgen tres técnicas, que representan las funciones que cumple la madre como yo auxiliar para el niño y son las básicas (Bello, 2004), haremos una breve descripción de las mismas:

Doble.- el yo auxiliar hace o dice lo que el protagonista no puede decir por sí mismo, como la madre para el niño en la primera etapa del primer universo.
Espejo.- el yo auxiliar le devuelve al protagonista una imagen de sí mismo, como la madre en un segundo momento del desarrollo; a nivel de la dramatización, es la posibilidad de verse a uno mismo, y tener un panorama más completo de lo que está sucediendo en acción; consiste en que el protagonista elija un yo auxiiar que lo represente en la situación que está dramatizando, para poder él ver "desde afuera" lo que esta pasando. La función del espejo psicodramático pueder ser también confrontar dos épocas o dos momentos de la vida del protagonista.

Cambio o inversión de roles.- el yo auxiliar, desempeñando en la escena el papel de otro significativo del protagonista, intercambia papeles con él, permitiéndole así experimentar el lugar del otro, como la madre en la primera etapa del segundo universo. Esta es la técnica central del psicodrama, que representa en términos técnicos el encuentro, tal como lo describió Moreno en su "lema", porque permite al protagonista ver la situación desde los ojos del otro, verse a sí mismo desde la perspectiva del otro, y al yo auxiliar le da material para "entrar" en el personaje que debe representar (ponerse en los zapatos del otro).

3.3.4 Recursos del psicodrama

La escena es la "unidad dramática" del psicodrama. En la escena hay un lugar, un tiempo y una acción, así ésta consista en algo tan simple como una mirada que se cruza, o un momento de reflexión. La dramatización simple de una escena se utiliza en general cuando el objetivo es compartir o mostrar algo (Bello, 2004).

Dramatización.- recurso por excelencia del psicodrama, es la recreación en el

espacio dramático de situaciones vividas por el protagonista, se dramatiza en el aquí y ahora, con la ayuda de los yo auxiliares que designa el protagonista, siendo fiel a su recuerdo, mas que a una pretendida realidad objetiva; la realidad dramática va construyéndose paso a paso en el espacio dramático, en lo posible, sin un relato previo, como si "nos metiéramos en la situación". Se plantean distintos tipos de dramatización que describiremos en lo general:

Dramatización completa.- son aquellas dramatizaciones clínicas o terapéuticas que ponen en juego el mecanismo de catarsis de integracion y siguen un proceso que va de la periferia al centro, desde el nivel más superficial hacia un núcleo conflictivo. Algunos psicodramatistas le llaman a estas dramatizaciones, simplemente un psicodrama. Siguen un camino que va en general y dependiendo del estilo de dirección desde:

- Un contrato con el protagonista y el grupo donde se plantea un conflicto o problema a investigar
- Una primera escena actual o del pasado inmediato que presente este problema (o en otros términos que nos muestre el locus del rol en conflicto)
- Una o varias escenas regresivas, que siguen algo así como la pista del contrato, en una búsqueda detectivesta ahora del status nascendi del rol en conflicto
- Una escena nuclear o nodal, que da sentido a todo lo anterior y que se plasma en general en:
    - Una imagen nuclear, un sociograma básico, estructural en acción, que puede corresponder a muchas escenas diferentes y constituir la matriz del rol en conflicto
    - Una resolución simbólica del conflicto, que consiste habitualmente en una reparación dramática: liberar el afecto (catarsis), entender, perdonar a través del saneamiento del rol del otro en conflicto y del propio en la situación y visualizar una posibilidad de cambio.
    - Regreso a la primera escena, donde se ensaya el cambio en forma

de un nuevo rol psicodramático, “una respuesta nueva a una situación vieja”

En la opinión de Bello (2004) este proceso dramático reproduce en pequeño un proceso terapéutico, convirtiendo al psicodrama en una psicoterapia breve por excelencia. Esto no quiere decir que una dramatización pueda sustituir a un proceso terapéutico, sin embargo, en situaciones en que no hay posibilidad de hacer más que una o pocas intervenciones, el psicodrama es un camino indicado, porque este modelo puede interiorizarse y seguir actuando terapeuticamente en la vida.

Viñeta.- se conoce como dramatización corta, es una condensación de una dramatización completa, donde en lugar de hacer un recorrido regresivo por varias escenas, se trae a la actual los elementos más importantes del pasado que están determinando la conducta del protagonista en el presente.

Dramatización de sueños.- consiste en explorar dramáticamente la escena onírica. Es importante aclarar que el sueño no es interpretado sino que los contenidos oníricos se toman como historia o suceso a dramatizar. Su eficacia es producto del aprovechamiento de la capacidad insconsciente de simbolización del protagonista, es otra vía para la identificación de sentimientos profundos. Las figuras de un sueño o pesadilla, alucinación o fantasía dirigida pueden interactuar entre sí con el uso de métodos psicodramáticos para esclarecer la naturaleza de los complejos – los conglomerados de actitudes, imágenes y emociones- del protagonista.

Dramatización de duelos.- . la capacidad del psicodrama de recrear lo ausente en el espacio dramático lo hace especialmente válido como camino para la elaboración de duelos. Representa también, como la dramatización completa, un proceso en pequeño, un modelo de trabajo de duelo con todas las etapas: negación, rebeldía y enojo, aceptación, gratitud, despedida e incorporación de lo vivido. Como modelo tiene además la estructura de una ceremonia ritual: es la

ceremonia de la muerte y las separaciones.

Dramatización de imágenes.- a diferencia de la escena, la imagen no tiene un tiempo, un lugar o una acción determinada, la imagen es simbólica; su acento no está puesto en la acción, como en la escena, sino en la configuración, en la estructura. En la dramatización de imágenes, los mensajes sustituyen el diálogo que habitualmente se da en las escenas; los mensajes tiene la misma capacidad de condensación en el nivel verbal, que las imágenes en el nivel visual. Si ponemos en palabras solamente los mensajes que recibe el protagonista, estamos trabajando en un nivel diagnóstico, si permitimos que sea él el que da los mensajes, o que consteste los mensajes que recibe, estamos en un nivel elaborativo. Como puede apreciarse, la dramatización de imágenes es especialmente útil en la etapa diagnóstica, porque permite condensar una serie de elementos presentes en una situación, por ejemplo: todos los elementos en juego para tomar una decisión, o los distintos aspectos de un problema.

Juegos dramáticos.- lo lúdico es propio del psicodrama, el juego se centra en el grupo y son especialmente útiles en la etapa de caldeamiento.

Psicodrama interno.- Son fantasías dirigidas. La imaginación es en este caso el espacio dramático, puede utilizarse como calentamiento, como trabajo en sí para grupos numerosos, o como sustitución del psicodrama en acción para protagonistas que no pueden moverse.

Todo lo que dramatizamos corresponde al átomo social, la representación dramática del conjunto de personas signficativas que rodean al protagonista, sus redes vinculares. Se trata de su átomo social perceptual, dado que lo que vamos a ver en el espacio dramático es la vivencia que él tiene de su entorno social, mediante los roles que desempeña en relación con éste (Bello, 2004).

3.3.5 Lo terapéutico en el psicodrama.

Kellerman en (Bello, 2004) dice que la autorrevelación en un grupo continente, la validación existencial, permite que el psicodrama sea “un laboratorio no punitivo para aprender a vivir”

En el psicodrama, todas sus técnicas, el proceso de dramatización, el juego, la realidad suplementaria, el saneamiento del rol y el grupo (único atomo social real), son agentes de cambio, ya que permiten verse desde los ojos del otro, verse desde afuera, detenerse en lo que en la realidad no hubo tiempo de hacer, etcétera (Bello, 2004).

Saneamiento del rol consiste en poder darse el protagonista a si mismo una explicación desde el rol del otro: sanar, limpiar, entender profundamente la situación existencial del otro en relación con todas sus circunstancias. El saneamiento del rol permite tener un conocimiento nuevo sobre el rol complementario patológico, “despatologizándolo”, permite reparar internamente como diría Melanie Klein, los objetos internos dañados, permite perdonar y liberar la posibilidad de desempeñar nuevos roles.

Adicionalmente, todo el psicodrama ofrece, por medio del “como si” dramático, una realidad suplementaria, un lugar donde el sujeto pueda actuar “su verdad” como él la siente y la percibe. Pero más específicamente, se le llama realidad suplementaria a aquellas representaciones de algo que nunca sucedió: los diálogos con el ser querido que ya murió, el abrazo jamás dado, las palabras nunca dichas.

Por otro lado, la reparacion interna tiene que ver con dos sentidos, arreglar algo que está dañado, esto se hace por medio del saneamiento de roles, y dar una reparación a alguien: agradecer lo que se recibió a pesar de todo y perdonar, en la realidad suplementaria.

Freud (1915a/2015) (1926/2010) describió comó lo reprimido tiende a retomar siempre al presente “como alma en pena”, a través de los sueños, los síntomas y las conductas repetitivas, por lo que la cura psicoanalítica consiste en rememorar, repetir en transferencia y trabajar elaborativamente estos contenidos.

El psicodrama tiene como instrumento privilegiado de repetición la dramatización de las escenas vividas, la repetición se convierte en un instrumento terapéutico, en virtud de que se repite representando lo vivido en un espacio diferente, “como si” se tratara de la situación real; toda esta sofisticada explicación está resumida en la frase de Moreno de que “la seguna vez libera de la primera” (Bello, 2004).

A su vez, por medio de la descarga emocional (catarsis) la actuación, el protagonista puede reencontrarse con muchas dimensiones de su experiencia personal, muchas veces núcleos patógenos, otras de desarrollo de la creatividad, el humor, el movimiento corporal, el contacto físico y la comunicación no verbal (Descalzo, 2011).

Breuer y Freud (1895) retoman este término para indicar el efecto benéfico de la abreacción, o sea de la descarga emocional con la que el individuo se libera del afecto vinculado al recuerdo de un evento traumático.

Sin embargo, para Moreno (1959/1987) (1972) el término psicodramático catarsis no es el mismo que el de abreacción, como una simple descarga emocional, sino como un proceso integrador que comporta una reconstrucción: el “yo tiene la oportunidad de encontrarse y volver a ordenarse”, recomponer los elementos que fuerzas malévolas habían disociado, integrarlos en un todo y lograr así un sentimiento de poderío y alivio, una catarsis de integración una purificación mediante el complemento, que proporciona al sujeto equilibrio y paz interior.

Por lo tanto, hace referencia a cuatro direcciones de la catarsis:

1. somática: la vieja idea de la catarsis física es revivida por el psicodrama

que vuelve a integrar al cuerpo en la acción terapéutica y del aprendizaje.

2. mental: según moreno, la catarsis aristotélica, y la catarsis de la que habló en sus comienzos el psicoanálisis son puramente mentales. Él retoma el concepto y la clasifica en tres formas diferentes de catarsis mental: a. la del autor, creador y paciente del drama privado, b. la del actor que lo anima y c. la del público que co-experimenta los acontecimientos
3. invididual
4. grupal.

La catarsis de acción no es puramente individual, es una catarsis de integración en varios sentidos:

- Porque integra al individuo con su grupo, público, comunidad
- Porque involucra no sólo la mente y el nivel psicológico, sino también el cuerpo
- Y porque la descarga emocional se produce en un clímax de la acción, en “el momento en que ocurre su peripecia” .

Por otro lado, el psicodrama al poner en escena el conflicto, es una herramienta que acelera y favorece el insight, (“mirada al interior”, “darse cuenta de pronto”) ya que al activarse la acción muscular exterior, los centros del cerebro, la imaginación y la memoria, por la acción psicodramática, se produce el insight espontáneamente (Descalzo, 2011).

De ahí que en psicodrama no haya interpretaciones, confrontaciones verbales, consejos ni instrucciones morales. La dinámica y fuerza terapéutica viene de la actuación misma en que participan espontáneamente y al unísono el cuerpo, los sentimientos, las emociones, la imaginación, la memoria y la búsqueda intelectual de la mejor solución a la situación conflictiva (Ramírez, 1997).

Del mismo modo es importante resaltar que el psicodrama de Moreno hace

constante hincapié en la integración del hombre en su totalidad –cuerpo, sentimiento, voluntad y pensamiento, cuando se enfrenta a la vida en sus variados matices y múltiples manifestaciones con todo su ser, está obrando espontáneamente y su obra será siempre creadora (Ramírez, 1997).

Cuando la espontaneidad y la creatividad está ligados, las emociones, los pensamientos, los gestos, los movimientos y los procesos del hombre podrán aparecer al principio caóticos y carentes de forma; pero pronto se verá claro que todos están unidos íntimamente como las líneas de una melodía. El desorden aparente es sólo superficial; por dentro hay una fuerza constante que dirige todo el proceso, una habilidad plástica, una urgencia de infundir una forma definida. El principio creador se une a la razón y juntos realizan la intención de producir algo nuevo (Moreno, 1966/1995).

Finalmente Pablo Población (1997) resume de manera adecuada las bondades y cualidades que encontramos en el psicodrama, que nos dispusieron a elegir esta terapia de intervención sobre cualquier otra, para desarrollar el presente trabajo:

1. Se suma el lenguaje corporal y gestual, al verbal.
2. El sujeto no relata algo sobre sí mismo sino que todo su ser habla por él y de él.
3. Se establece una comunicación entre los planos racionales, emocionales y corporales que se conectan en el aquí y ahora.
4. Pasado, presente y futuro se funden en un presente inmediato, el momento terapéutico, que elimina el tiempo cronológico y hace surgir el tiempo intemporal del psiquismo.
5. El espacio deja de ser el longitudinal del relato para pasar a ser el tridimensional de la escena vivida.
6. La relación del protagonista con los otros miembros de su átomo social es revivida y observada en el aquí y ahora.

7. El “como sí” de la acción psicodramática establece un nexo fluido entre lo imaginario, lo real y lo simbólico, suprime las barreras que los separan y los unifica en una realidad más completa.

8. Hace que se desmorone la defensa a través de la palabra, pues la obliga a acompasarse al lenguaje del cuerpo.

9. Las tensiones corporales defensivas son puestas al descubierto y traducidas en emoción y palabras.

10. El sujeto se convierte en el verdadero e inevitable protagonista de su labor terapéutica.

11. La acción, por sí misma, produce una movilización de los potenciales creativos del sujeto. Es el desarrollo de la espontaneidad creadora a través del juego no estereotipado, lo lúdico como creativo.

Si la “puesta en escena” de un drama fuera sólo eso: la puesta en escena de un conflicto libre de afectos, no habría diferencia entre teatro y psicodrama, podríamos homologar el juego de roles en psicodrama a los roles que un actor tiene que jugar en la puesta en escena de una obra teatral; pero en psicodrama el que juega la escena pone en escena su propio drama, su vida, es él y es el otro, él, que se juega a sí mismo en el “como sí” de una escena dramática, plagada de afectos, la escena es así, diferente y cualitativamente distinta que la puesta en escena de una obra teatral (Del Cueto, 1999).

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL MANEJO DE EMOCIONES NEGATIVAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

PROPUESTA

4.1 Justificación

El cuerpo nos habla todos los días de muchas maneras, usa un lenguaje de síntomas relacionados con emociones y recuerdos del pasado y del presente. Podemos aprender a interpretar esos síntomas, del mismo modo que aprendemos a leer las señales en las relaciones con los otros y en muchos aspectos de nuestra vida. Toda persona tiene problemas con su vida, los cuales se reflejan en el cuerpo y, en el caso de un padecimiento crónico, el cuerpo habla cada vez más fuertemente (Schultz 1999 citado en Durán, 2008).

Es decir, es como si la enfermedad fuera un mensaje o un requerimiento concreto del cuerpo que el paciente tendrá que decodificar.

Culturalmente se nos enseña a reprimir las emociones y no expresarlas, particularmente la ira, el miedo y la tristeza, por considerarlas emociones negativas, en el sentido que connota algo malo, sin saber que la manifestación de estas y todas las emociones es benéfica física y psicológicamente; esta falta de educación y de conciencia sobre el manejo de emociones en el cuerpo ha gestado nuevas enfermedades de difícil tratamiento o incurables, por lo que las enfermedades crónico degenerativas como la artritis reumatoide (AR), son una realidad que se impone en los consultorios (López, 2003).

Ante esto, la prevalencia de la visión biomédica ante las enfermedades o los intereses económicos de las políticas de salud, favorecen a los laboratorios farmacéuticos antes que a los cuerpos-sujetos enfermos (Duran 2008).

Olvidándose de que el hombre es psicosomático por definición y que si se refiere a enfermedades, todas lo son porque comprometen al ser en su conjunto, por lo

tanto en su enfermar siempre habrá participación de ambas vertientes <<cuerpo y psique>> (De Cristóforis, 2006).

Aunque en el último cuarto de siglo existe un creciente interés por restituir la importancia que poseen los procesos afectivos como promotores de salud y/o enfermedad, donde la psicología clinica ha encontrado importantes relaciones entre desórdenes psicológicos y de la salud y tipos de experiencia emocional; al final infortunadamente sigue prevaleciendo aquella visión biomédica; por lo que poco o nada aportan en la practica diaria de diagnostico y tratamiento de este tipo de enfermedades, más alla del discurso que se plasma en papel (Fernández-Abascal y Palmero, 1998).

Para el caso particular que nos ocupa, ha quedado consistentemente demostrado que los factores psicológicos, principalmente emocionales, desempeñan un papel decisivo en la historia natural de la Artritis Reumatoide (AR).

Por ende los problemas emocionales que se presentan en los enfermos crónicos en general y en la AR en particular, merecen tratamiento per se, debido a que su adecuado manejo además de colaborar a la recuperación, reduce el riesgo de mortalidad y favorece la adherencia a los tratamientos médicos (Quiceno y Vinaccia, 2011).

En vista de que se ha encontrado suficiente fundamentación en la literatura revisada anteriormente que sustenta que el manejo inadecuado o la inhibición de la expresión de las denominadas emociones negativas son un factor de predisposición para el desarrollo de la enfermedad, favoreciendo el curso de la misma, agravando la discapacidad, así como intensificando uno de sus síntomas principales que es el dolor, luego entonces, resulta obvia la importancia de desarrollar y aplicar intervenciones psicológicas eficaces, diseñadas especialmente para pacientes que cursan con este padecimiento.

Considerando substancialmente significativo para el caso de la artritis reumatoide, una intervención de carácter psicológico, basada en la comprensión, expresión, control y manejo de la afectividad negativa, mediante el propio contacto con las emociones, para lo cual se requiere un tipo de intervención que aborde el padecimiento desde la unidad del organismo, haciendo énfasis en la interrelación de los aspectos somáticos y psíquicos del desencadenamiento y evolución del proceso de enfermar de estos pacientes.

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

Sin embargo, el objetivo de este trabajo es ir un poco más allá, aportar una nueva estrategia de tratamiento centrada en el afecto negativo, mediante el diseño de un taller basado en la teoría y metodología del psicodrama clásico, para ofrecer una intervención integral que por medio de la enérgica expresión corporal de los sentimientos humanos y de la actuación grupal espontánea de situaciones conflictivas, libere al individuo de las prisiones y restricciones que le impiden expresar su emotividad, que promueva el bienestar psicológico y la salud en lo que se refiere a la progresión de la enfermedad, que proporcione mejoras tanto en la actuación terapéutica como en la atención al paciente con esta enfermedad.

Teniendo como intención principal, que el paciente se transforme en “agente de salud” mediante el adecuado manejo de sus emociones.

Diversos autores (Palmero et al., 2002) han puesto de manifiesto la relación entre la comunicación social y la salud, las personas que han sufrido acontecimientos traumáticos o situaciones altamente estresantes tienen más probabilidades de enfermar física y mentalmente si posteriormente no expresan sus emociones. La

inhibición de las emociones induce a un estado de hiperactivación fisiológica, provoca inmunodepresión y otros efectos adversos para la salud a largo plazo. En contrapartida se ha observado que enfrentarse activamente a los problemas, expresando abiertamente las emociones, reduce la activación fisiológica asociada al hecho traumático y contribuye a su afrontamiento eficaz. Compartir las emociones socialmente favorece la adaptación. Se ha demostrado que expresar por escrito acontecimientos estresantes vividos con anterioridad reduce los síntomas de pacientes con asma y artritis.

Cada quien introyecta las emociones en que se ve inmiscuido por diferentes rutas al interior del cuerpo que llevan a la enfermedad, como en el caso de los artríticos que introyectan las emociones a partir de un proceso personal y corporal particular: y aquí es donde muchos se quedan o atoran con un hecho, un acontecimiento, un reclamo, un odio, un rencor, etcétera, pues no resulta fácil dar el salto; el impedimento es grande, y entenderlo con la razón no es garantía de cambio, ya que la cognición es un momento donde se puede ver el problema, pero no transformarlo (Durán, 2008).

Los problemas emocionales sólo pueden curarse a través del acceso de la emoción y del significado, y los métodos puramente racionales, aunque en ocasiones resulten útiles, muy a menudo no curan la emoción problemática. La razón nunca ha tenido éxito en el control de la pasión, la simple expresión de la emoción no corregirá las situaciones, en lugar de ello necesitamos leer el mensaje que la propia experiencia emocional aporta y utilizarlo para guiar de este modo una acción constructiva. Las emociones nos organizan para la acción y para la construcción de estructuras adaptativas nuevas (Greenberg y Paivio, 2000).

La mayoría de nuestras emociones están tan estrechamente relacionadas con sus expresiones, que difícilmente existen si el cuerpo permanece pasivo, la libre expresión de una emoción mediante signos exteriores la intensifica. Por otra parte, la represión, hasta donde es posible, de todos los signos externos suaviza

nuestras emociones. Estos resultados se producen por la íntima relación que existe entre casi todas las emociones y sus manifestaciones exteriores, por lo que aún la simulación de una emoción tiende a activarla en nuestras mentes (Plutchik, 1987).

Por consiguiente se requiere una intervención en la que el cuerpo se instale en el proceso terapéutico en forma masiva y que pueda convertirse en un canal de comunicación, de contacto y de decodificación de esa forma primitiva de lenguaje corporal, que le permita traducir eso biológico en psicológico, donde el reencuentro con esta dimensión subjetiva del paciente –cuyo cuerpo no es reducible a órganos y funciones, ni sus vicisitudes son únicamente efecto de las condiciones biológicas en las que se desenvuelve– implique la recuperación, revaloración, reformulación y desarrollo de concepciones y prácticas referidas a su salud, en las que el propio sujeto se reconozca (Bárcena-Sobrino, 2007).

Es por todo lo anterior que se vislumbra un gran potencial sobre la técnica psicodramatica, considerándola como el modelo idóneo de intervención para cumplir con el objetivo propuesto, ya que el psicodrama es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. Hay terapias que se concentran en la parte corporal, como la terapia psicomotora y muchas variedades de grupos de encuentro; hay otras que hacen enfasis sobre las emociones y sentimientos, como la terapia centrada en el cliente, y hay formas que dependen exclusivamente de la comunicación verbal, como la psicoterapia tradicional. El psicodrama integra los tres aspectos con un énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones (Ramírez, 1997).

En este tipo de terapia “activa”, se incluyen aquellos modos en que el cuerpo está presente en las terapias verbales, pero se amplía con el acting terapéutico de la acción corporal individual e interpersonal, inciden en el sistema procurando un cambio, obviamente esto es lo que se trata de lograr con cualquier intervención terapéutica, incluido el silencio o la inacción (Población, 1997).

A través de la acción psicodramatica, se intensifican los sentimientos y las emociones utilizando movimientos del cuerpo apropiados para este fin, al mismo tiempo se reaviva la imaginación hablando y determinando el lugar y el tiempo en que acaeció la situación conflictiva. El pensamiento trabaja al unísono por el uso del lenguaje y las intervenciones del doble que expresa verbal o no verbalmente lo que el protagonista sugiere con su comunicación no verbal: tono de voz, gestos, ademanes y postura corporal; de esta manera se restablece la integración del individuo: los movimientos corporales reavivan emociones, la memoria y la imaginación; a su vez, la exposición verbal del protagonista, reforzada por las sugerencias del doble, reactiva los centros motores y hace más intensa la acción.
En resumen, el psicodrama estimula al hombre integral corrigiendo terapéuticamente la disociación del organismo humano, causa de enfermedades (Ramírez, 1997).

Moreno sostuvo que se tienen más probabilidades de hacer descubrimientos personales a través del riesgo a mostrarse, a ver y ser visto, que limitándose a hablar sobre el asunto (Bello, 2004).

El método psicodramático combina los procedimientos del análisis cognitivo con las dimensiones de la esfera vivencial y participativa. La “ejecución” real de la interacción, con la intervención del cuerpo y la imaginación propios, como si la situación se estuviera desarrollando en el momento presente, traslada a la conciencia un sinnúmero de ideas y sentimientos por lo general inaccesibles a través de la simple recreación verbal de esa situación. Los elementos no verbales de la comunicación no sólo ejercen efectos interpersonales, sino también representan señales internas. Una conducta agresiva o sobresaltada, por ejemplo, suscitará la toma de conciencia de emociones que quizá de otra manera habrían permanecido reprimidas (Blatner, 2005).

Los métodos de acción son especialmente útiles en la terapia y no sólo con pacientes de limitada capacidad para la exploración intelectual y verbal (como

niños, psicóticos y delincuentes), sino también con quienes tienen a sobreintelectualizar sus experiencias. Una de las ventajas más significativas del psicodrama es que guía el impulso del participante a la “actuación” hacia el cauce, más constructivo, de la “dramatización” (Blatner, 2005).

Otra fuente dinámica de la fuerza terapéutica del psicodrama viene del grupo, se fue aceptando esta idea, no sólo como una forma más económica en tiempo y dinero para los pacientes, sino también como una forma más dinámica por la participación activa del grupo. Los pacientes pueden actuar como egos auxiliares, tomando el papel de las personas que forman la trama del problema del protagonista, tal como en el psicodrama clásico, éste escoge las personas que han de representar los personajes de su drama. La razón de esto la funda moreno en su idea de tele: el protagonista intuye quiénes han experimentado situaciones semejantes a las suyas. Los que han practicado el psicodrama durante miles de horas quedan sorprendidos por lo acertado de las elecciones del protagonista; casi siempre son personas que viven o han vivido el problema de las personas cuyo lugar ocupan. De esta manera, al mismo tiempo que ayudan al director y al protagonista como asistentes terapéuticos, son también pacientes trabajando en su problema (Ramírez, 1997).

4.2 Objetivo General

Promover en el ser humano enfermo, la toma de conciencia de emociones negativas con fines terapéuticos, poniendo en práctica los recursos internos que ayudan a afrontarlas y que permitan su regulación y reestructuración, a través de las técnicas del psicodrama como un mecanismo de acción y transformación, en un entorno seguro y de contención, en el que se consolide una relación de apoyo y vínculo empático que le permita expresar voluntariamente y sin censura sus emociones, donde el paciente sea el actor principal y el terapeuta solo un observador privilegiado.

4.2.1 Objetivos específicos

- Poner en acción las emociones en un espacio dramático.
- Favorecer la expresión de la emotividad, a través del cuerpo, de los gestos, de las expresiones emocionales, de las asociaciones verbales, etc.
- Focalizar con ayuda del terapeuta, los conflictos emocionales (las emociones negativas, para así reconocer, comprender y validar sus sentimientos dolorosos).
- Permitir y favorecer en el paciente el darse cuenta del "cómo" de la experiencia emocional y conocer los procesos internos que afectan su salud.
- Fortalecer la alianza terapéutica, como manera de acceder al componente afectivo de la experiencia problemática.
- Intentar junto con el paciente la recuperación de lo lúdico del juego, creando un espacio que posibilite la emergencia de la creatividad y la espontaneidad como pilares fundamentales del cambio psicoterapéutico.
- Brindar al paciente la posibilidad de acceder a experiencias emocionales alternativas más positivas

4.3 Participantes

Pacientes adultos que hayan sido diagnosticados con Artritis Reumatoide, que se encuentren interesados en complementar su tratamiento farmacológico con una alternativa novedosa que aborde la parte psicosocial de la enfermedad.
Cada grupo deberá estar integrado por 10 participantes como mínimo y 15 participantes como máximo.
El único requisito es que cuenten con la mayoría de edad (18 años en adelante).
Sin restricciones de género, grado escolar o nivel socioeconómico.

4.4 Acciones propuestas

Una enfermedad que no tiene etimología definida y que no tiene cura, debe entonces ser tratada a través de la magia, algo mágico como el psicodrama, con su varita mágica del “como si”, donde el espacio dramático se transforma en mil lugares, los integrantes del grupo en mil personajes, el día de hoy en cualquier época pasada o futura: “como si esta fuera la casa de tu infancia”, “como si ella fuera tu mama”, “como si fueras chico”.

Es por eso que la propuesta consiste específicamente en un taller psicodramático, conformado por 10 sesiones, en las que se posibilite un juego sanador de posibilidades, de construcción y creatividad, en una sucesión de escenas.

Para enriquecer y guiar de manera adecuada la acción dramática, es indispensable que el director sea especialista en psicodrama. Deberá tener estudios en psicología con especialidad en esta psicoterapia.

En cada sesión el objetivo será la representación de la emotividad, el director del psicodrama no evadirá la expresión de lo negativo, partiendo de la base de que los problemas se originan precisamente en la represión, un primer paso es dejar que surja aun violentamente toda la represión con el fin de eliminar el daño que ésta ha causado. Se provocara la intensificación de los sentimientos negativos así engendrados, a fin de que el protagonista empiece a desarrollarse, crecer y expresar los sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia los demás que se habían sofocado por la negación o la represión.

Con la finalidad de ser congruentes con las características de la técnica utilizada, la intención es que las sesiones se lleven a cabo con espontaneidad, dependiendo de las necesidades de cada grupo particular, (sin que esto se confunda con falto de reglas o desorganizado), porque un psicodramátista parte de la base de que no sabe nada de su protagonista, cada dramatización abre un mundo desconocido,

todo lo que creemos saber es interferencia, los conocimientos y experiencia son instrumentos pero no sustituyen la atención y disponibilidad en el “aquí y el ahora”, por lo que la habilidad y creatividad del director serán factores determinantes para tratar de establecer en cada caso concreto (y en cada persona de forma individual) cómo contribuyen los distintos factores a la aparición, mantenimiento o desarrollo de esta enfermedad y cual técnica es la adecuada para alcanzar los objetivos establecidos.

No obstante lo anterior y debido a que se conoce de antemano algunas características específicas del grupo con el que se va a trabajar, y en cierta medida la situación emocional de los pacientes, esto nos permite plantear algunas ideas concretas para desarrollar de forma más precisa las sesiones, pues se podrá planear con anterioridad cómo se llevarán a cabo las representaciones, mismas que se encuentran detalladas en las cartas descriptivas adjuntas en el anexo “B” del presente trabajo, sin que ello implique rigidez; existiendo de antemano la libertad del director para modificarlo o adaptarlo a las necesidades del grupo.

Toda vez que en psicodrama cualquier espacio puede convertirse en escenario dramático, en cuanto a sus funciones, seguirá la propuesta moreniana: espacio cerrado, bloqueo de luz y sonido ajenos al lugar que permita a los pacientes localizar su “aquí y ahora” de manera precisa.

Al inicio de cada sesión se llevara a cabo lo que en psicodrama se denomina caldeamiento, a través de actividades lúdicas, técnicas de relajación y movimientos corporales específicos.

Posteriormente como lo marca la metodología del psicodrama se llevara a cabo la dramatización, donde el sujeto sobre el cual se enfocará la sesión psicodramática puede ponerse o ser elegido por el director.

Durante la etapa “del individuo”, como la denominó Moreno, los demás participantes tendrán el rol de audiencia; siguiendo el esquema tradicional psicodramático. Esto no quiere decir que queden excluidos de la interacción psicoterapéutica ya que el observar la escena que realice otro participante puede crear una relación télica audiencia-protagonista; es decir, se reforzará el lazo de familiarización entre los participantes.

Esto es importante, considerando que una sesión psicodramática exitosa, gira alrededor de una relación télica positiva, cuando existe un alto grado de tele positivo en un grupo psicodramático, las sesiones fluyen fácilmente en cualquiera de sus etapas: caldeamiento, dramatización y fase de compartir o sharing.

La audiencia conservará dos de las funciones que Moreno le atribuyó inicialmente: podrá participar del psicodrama reaccionando ante las conductas del protagonista; es decir, que en el transcurso de la acción dramática, la audiencia podrá exteriorizar sus reacciones sin interrumpir el curso natural de la terapia; por otro lado, la audiencia podría sentirse en libertad de animar al protagonista a enfrentar el conflicto a través de frases que le ayuden a superarlo.

Adicionalmente, los demás miembros del grupo son también asistentes terapéuticos y pacientes mientras el protagonista presenta espontánea y dramáticamente su situación; los demás estarán revisando sus propios problemas al presenciar la actuación del protagonista.

Durante la última etapa de la sesión, la audiencia conservará su facultad de retroalimentación para el protagonista, estableciéndose que deberán atenerse a la regla moreniana de siempre hablar de uno mismo.

El director, además de participar durante las opiniones al final de la representación dramática, conservará las funciones diseñadas por Moreno, es decir, será el encargado de dirigir las interpretaciones y de resguardar la integridad emocional

de los participantes.

En caso de que existan problemas de expresión por parte de algún paciente, el director podrá recurrir a la técnica de entrevista, al utilizar este método, el guía psicodramático podrá facilitar y encaminar al protagonista hacia la concretización de emociones; obteniendo así, un mejor proceso de exteriorización.

Es importante mencionar que esta propuesta se sugiere como terapia alternativa para todo tipo de paciente, independientemente del grado de avance y daño de la enfermedad. Para los casos más avanzados, donde la enfermedad ya haya afectado la movilidad del paciente se utilizará psicodrama interno (fantasías dirigidas donde la imaginación es el espacio dramático), como sustitución del psicodrama en acción para protagonistas que no pueden moverse.

El último punto a mencionar son aspectos técnicos de las sesiones. Uno de ellos es su duración la cual está prevista de una a dos horas, la propuesta es que el protagonista sea diferente en cada sesión, el hecho de alternarlo, permitirá una atención personalizada para cada uno de los participantes y, con ello, una mejor respuesta al taller, por lo que las técnicas propuestas descritas en el anexo “B”, también serán alternadas dependiendo de las necesidades del protagonista en cada sesión.

La frecuencia de las mismas será semanal, siguiendo los lineamientos del psicodrama clásico.

Al finalizar el taller se espera que el paciente comprenda su proceso emocional, que pueda reconocer, aceptar y manejar sus afectos, para que con ello logre detener el círculo vicioso <<emociones negativas - dolor- deterioro – emociones negativas>>, y mejorar con ello su calidad de vida de manera significativa y detener incluso el curso de la enfermedad.

4.5 Materiales e Instrumentos

- Espacio cerrado.
- Mesa o escritorio
- Sillas entre 10 y 15 según el tamaño del grupo
- Almohadas o cojines, una para cada participante
- Tapetes para yoga, uno para cada participante
- Grabadora
- Música relajante y para bailar
- Burbujas de jabón
- Cuestionarios de salud (HAQ)
- Plumas
- Pañuelos desechables

4.6 Criterios de Evaluación

Con la finalidad de contar con un parámetro para evaluar el impacto del taller en la salud del participante, así como conocer el daño que la enfermedad ha provocado en cada paciente, se valorara la función física mediante la aplicación del cuestionario de evaluación de la salud (HAQ, Health Assessment Questionnaire), a manera de pretest-postest, por considerarlo un método sencillo, rápido, fácil de aplicar y económico. Anexo “A”.

El HAQ es un cuestionario autoaplicado de 20 ítems que evalúan el agrado de dificultad física autopercibida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: a) vestirse y asearse (2 ítems), b) levantarse (2), c) comer (3), d) caminar/pasear (2), e) higiene personal (3), f) alcanzar objetos (2), g) prensión (3), y h) otras actividades (3).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1= con

alguna dificultad, 2= con mucha dificultad, 3= incapaz de hacerlo. La puntuación final del HAQ es una media de las 8 áreas, por lo que su recorrido varía entre 0 (no discapacidad) y 3 (máxima discapacidad).

El cuestionario tiene, además, varias preguntas correctoras, divididas en dos grupos que evalúan la necesidad de la ayuda de otra persona o de utilizar utensilios o ayudas técnicas para realizar las actividades descritas en los 20 ítems.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

Como quedó demostrado, las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica, como es el caso de la Artritis Reumatoide, presentan cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección, encontrado en el mejor de los casos un tratamiento farmacológico, como único apoyo para enfrentarse a este desafío.

Aunque en teoría en la actualidad se ha producido un cambio en la concepción de la salud y la enfermedad, ya que el modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, concibiendo la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción al mismo nivel de factores biológicos, psicológicos y sociales; pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos, esto aún no se ve reflejado en la práctica médica, ya que, no se tienen en cuenta estos tres factores a la hora de considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento.

A este respecto, sirve como ejemplo mencionar que en la Ley General de Salud de México (la norma principal sobre la materia) los profesionales de la psicología, la sociología o la antropología no encuentran cabida, al menos de manera formal, ya que tanto lo relacionado con la prestación de servicios de salud, como con la atención médica se circunscriben a lo que los profesionales de la biomedicina puedan aportar en lo que se refiere a las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación. Es decir, en ningún lugar de la citada ley se consideran explícitamente las aportaciones de los profesionales orientados hacia el estudio de la conducta y la sociedad para el cumplimiento de dichas actividades.

Por lo que la necesidad de contemplar de un modo nuevo al hombre enfermo, es cada vez mayor, y en esta difícil tarea la labor del psicólogo que hasta ahora ha sido limitada por no decir subestimada, resulta fundamental, para no hablar de

enfermedades sino de enfermos, para darle un lugar al sujeto a través de la escucha; donde la medicina no habla.

Los factores psicológicos y emocionales se ignoran porque resulta incómodo trabajar con factores de naturaleza ambigua y con repercusiones variadas en distintos organismos, por lo que la función del psicólogo es lograr que el ser humano pueda convivir con los factores emocionales de modo que manejándolos no sean tan nocivos, para esta y todas las enfermedades. Evitando con esto, convertir al paciente en un sujeto pasivo, consumidor de tratamientos e incapaz de valerse o hacer nada por sí mismo o por su salud.

El fenómeno psicosomático es condición universal del funcionamiento de la unidad cuerpo mente; desde esta conceptualización todo es psicosomático en el acontecer humano, incluyendo las enfermedades, desde este enfoque podemos contar con una serie de "hipótesis de trabajo" (o herramientas conceptuales) para pensar, a veces intentar explicar la enfermedad; cómo irrumpe en las personas, cómo la padecen, cómo se reiteran a lo largo de la vida, con qué frecuencia, y también cómo se cronifican.

En este contexto en vez de preguntarnos 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; ya que las enfermedades en general tienen que ver con lo que pasa en la vida del sujeto y con su particular manera de vivirla.

El objetivo de este trabajo no es restar importancia a las bases biológicas de los síntomas o la enfermedad que experimenta el sujeto, sino más bien llamar la atención sobre la existencia de una serie de factores determinantes (individuales, sociales y culturales) de los patrones de expresión de la enfermedad y el malestar que podrían explicar las variaciones individuales en la respuesta a la enfermedad en situaciones de equivalente patología orgánica, y la innegable influencia que

estos factores emocionales tienen sobre el desarrollo de la enfermedad en la persona.

No se pretende con esto que la enfermedad se trate únicamente desde lo psicológico como tampoco que se siga tratando únicamente desde lo médico, sino complementar la perspectiva tradicional de salud y enfermedad, desarrollada desde la medicina, y basada en una perspectiva orgánica reduccionista, con aportaciones de otras disciplinas como la psicología, ciencias de la conducta, sociología, antropología, etcétera, en favor de tratamientos más integrales en beneficio de la salud del ser que sufre.

Todas las enfermedades y principalmente las más graves y crónicas pueden (y deberían) ser tratadas desde una vertiente clínico-médica y psicoterapéutica (inclusive las que siguen un curso fundamentalmente somático). Pero en cada caso habría que determinar la estrategia más adecuada en cuanto a la simultaneidad, alternancia o sucesividad de ambos tratamientos, ya que la medicina no puede (ni lo necesita, tal vez) desentrañar el saber inconsciente que todo síntoma conlleva, ni tampoco lo que el paciente con su enfermedad interpela a su propio goce y deseo. Pero sí la psicología puede colaborar con ello, el médico debería estar advertido de esto, no para actuar como psicoanalista, cada cual en su quehacer, y en el mejor de los casos, con la convicción de que ambos son necesarios en los procesos de cura.

Para alcanzar estos objetivos, los psicólogos en la actualidad, nos enfrentamos a grandes desafíos y fuertes transformaciones, por lo que nuestro quehacer no puede quedar limitado a la utilización de métodos terapéuticos tradicionales, necesitamos profundizar y ampliar nuestras estrategias de intervención, ya que este tipo de enfermedades demandan nuevas modalidades de trabajo, existe la necesidad de implementar encuadres menos estructurados, en los cuales enfaticemos en la consolidación de un vínculo más horizontal entre psicoterapeuta

y paciente, así como el despliegue de la espontaneidad, la utilización de técnicas lúdicas y el desarrollo de la creatividad.

El psicodrama constituye un marco de referencia para hacer frente a esa pluralidad devastadora que nos aqueja, porque rescata la energía espontánea y creativa del individuo y la experiencia sanadora de los vínculos y el encuentro, poniéndonos a visualizar en acción nuestra propia dinámica interna y proporciona una perspectiva renovadora para crecer y desarrollarnos, mediante un abanico de técnicas y posibilidades creativas para afrontar las nuevas situaciones y retos que el mundo contemporáneo nos plantea, una psicoterapia consistente y contundente, donde lo primordial sea el respeto hacia la persona, su esencia, su momento, resulta un abordaje técnico atractivo y muy poderoso para los tiempos que corren.

Se puede seguir tratando la AR a través de la medicina ortodoxa o verlo desde una nueva perspectiva, horizonte de un cuerpo que se expresa y que hay que hacer algo en todos los sentidos.

Con este trabajo se pretende contribuir un poco y de alguna manera, a la conformación de una pedagogía corporal de la salud, que tome como base la concepción del cuerpo en unidad, misma que está siendo destruido por la falta de educación y de conciencia sobre el manejo de las emociones en el cuerpo.

Es importante mencionar que la presente investigación se conforma únicamente por la creación de una línea de tratamiento, cuya aplicación está dispuesta para una posible segunda etapa de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, M.P. y Gijón, J. (1997). *Artritis reumatoide.* Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.

Alonso, Y. (2012). Psicología clínica y psicoterapias. Cómo orientarse en la jungla clínica. España: Universidad de Almería

Álvarez, B. (2003). *El libro de la artritis reumatoide. Manual para el paciente.* Madrid: Díaz de Santos, S.A.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Elsevier Masson

Ávila, A. (1994). *¿Qué es psicoterapia?.* En A. Avíla y J. Poch, Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico, p.p. 3-34. Madrid: Siglo XXI.

Baena, A., Sandoval, M.A., Urbina, C.C., Juárez, N.H. y Villaseñor, S.J. (2005) *Los trastornos del estado de ánimo.* Revista Digital Universitaria. 6 (11) Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm

Baikie, K.A., & Wilhelm, K. (2005). *Emotional and physical health benefits of expressive writing.* Advances in Psychiatric Treatment. 11 (5) 338-346. doi: 10.1192/apt.11.5.338

Ballester, R (1998). *Salud y psicología de la salud*. En E. Fernández-Abascal y F. Palmero, Emociones y Adaptación, p.p. 41-65. Barcelona: Ariel, S.A.

Bárcena-Sobrino, E. (2007). *El sujeto en las afecciones orgánicas y psíquicas.* Acta Pediátrica de México: 28 (1): 35-27

Barguil, I.C., Gómez, C., Ramírez, J.A. y Zapata, S.C. (2012). *Depresión en pacientes con enfermedades autoinmunes más frecuentes en reumatología.* Universidad Pontificia Bolivariana. 31 (1): 34-4. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159024332006

Bello, M.C. (2004). *Introducción al psicodrama*. *Guía para leer a Moreno*. México: Colibrí

Bello, M.C. (2002). Jugando en serio. El psicodrama en la enseñanza, el trabajo y la comunidad. México: Pax.

Bisquerra, R (2009). *Psicopedagogía de las emociones.* España: Síntesis, S.A.

Blatner, A. (2005). *El psicodrama en la práctica.* México: Pax.

Boria, G. (2001). Metodología de acción para una existencia creadora. El psicodrama clásico. México: Itaca.

Breuer, J. y Freud, S. (1895/2001). Estudios sobre la histeria. Obras completas. Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.

Brannon, L., & Feist, J., (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo, S.A.

Burns, J.W., Bruehl, S. & Quartana, P.J. (2006). *Anger management style and hostility among patients with crhonic pain: effects on symptom-specific physiological reactivity during anger – and sadness* – recall interviews. American Psychosomatic Society. Psychosomatic Medicine 68:786-793 DOI: 10.1097/01.psy.0000238211.89198.c4 disponible en: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.4848&rep=rep1&type=pdf

Carpi, A., Guerrero, C., y Palmero, F. (2008) *Emociones básicas*. En F. Palmero y F. Martínez, Motivación y Emoción (p.p. 233-247) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Chico, A., Carballar, L., Esteves del Toro, M., García-Viniegras, C.R.V., y Pernas, A. (2012). *Factores psicológicos que influyen en el bienestar de pacientes con artritis reumatoide.* Revista Cubana de Medicina, 51 (1): 48-60 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100006

Chiozza, L. (1998). *La transformación del afecto en enfermedad.* (2ª. Ed) Buenos Aires: Alianza

Chiozza, L. (1998a). *Cuerpo, afecto y lenguaje.* (2ª. Ed) Buenos Aires: Alianza

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. [Versión electrónica] www.uv.es/=choliz. Departamento de psicología básica, Universidad de Valencia. p.p. 34

Connelly, M., Keefe, F.J., Affleck, G., Lumley, M., Anderson, T., & Waters, S. (2007). *Effects of day-to-day affect regulation on the pain experience of patients with rheumatoid arthritis.* Pain. 131 (1-2): 162-170 DOI: 10.1016/i.pain.2007.01.002 recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1995075/

Cornejo, S. y Brik, L. (2003). *La representación de las emociones en la dramaterapia*. Buenos Aires: Panamericana

Cuervo, A. e Izzedin, R. (2007). *Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños.* Tesis Psicológica, 2 p.p. 35-47. Disponible en: http://www.redalyc.org/artículo.oa?id=139012670004

Cunningham, A.J., Edmonds, C.V. , Jenkins, G.P., Pollack, H., Lockwood G.A., & Warr D. (1998). *A randomized controlled trial of the effects of group psychological*

therapy on survival in women with metastatic breast cancer. [abstract]. Psychooncology. 7 (6)

Cutolo, M. & Straub, R. H. (2007). *Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis.* [Abstract] Neuroinmunomodulation, *13*(5-6): 277-282. DOI: 10.1159/000104855

Darwin, Ch, (1872/1988) *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. México: Alianza Editorial Mexicana. Trad. Tomás Ramón Fernández Rodríguez.

Davison, K.P., Pennebaker, J.W., & Dickerson, S.S. (2000). *Who talks? The social psychology of illness support groups.* [Abstract] Am Psychol. 55(2)

DeCatanzaro, D. (2001). *Motivación y emoción.* México: Pearson Educación.

De Cristóforis, O. (2006). *Cuerpo, vínculo, lenguaje en el campo psicosomático*. Buenos Aires: Lugar.

De Garay, B. (2011). ¿Cómo evitar la depresión en pacientes con artritis reumatoide? En L. Ventura, Artritis Reumatoide, Guía para pacientes. (p.p. 153-154) (2ª. ed.). México: Prado 53-154

Del Cueto, A.M. (1999). Grupos, Instituciones y Comunidades. Coordinación e intervención. Buenos Aires: Lugar Editorial

Delgadillo, F.L. (2011). *Factores cognitivos en la etiología y remisión de la artritis reumatoide.* Tesis Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Descalzo, M. (2011) Psicodrama Fenomenológico. Curso de Formación de Terapeutas Gestalt. Instituto de Terapia Gestatl. Ed. Moreno, P. p.p.39

Díaz, E., Abud, C., Garza, M.A., Medrano, G., Orozco, J., Pacheco, C.F., Pineda, C., Pozo, J.C., Ramos, F., Robles, M., y Santana, E. (2005). *Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide.* Revista de investigación Clínica, 5 (57) 735-755

Durán, N.D. (2008). *La artritis. Una enseñanza corporal.* México: CEAPAC Ediciones.

Escalante, A. & Del Rincon, I. (1999). *How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? [abstract]* Arthritis & Rheumatism, 8, (42) 1712-1721. doi: 10.1002/1529-0131(199908)42:8<1712::AID-ANR21>3.0.CO;2-X/abstract

Espina, J.A. (1995). *Psicodrama: nacimiento y desarrollo*. Salamanca: Amaru

Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M.P., Martín, M.D. y Domínguez, F.J.

(2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Fernández –Abascal, E. y Palmero, F. (eds.). (1998). *Emociones y adaptación.* Barcelona: Ariel, S.A.

Fernández, R. (2002). *El psicoanálisis y lo psicosomático*. Madrid: Síntesis, S.A.

Frenquelli, R y Perelló, R. (2008). *Psicosomática.* Argentina: Homo Sapines Ediciones

Freud, S., (1915/2012). *Lo inconsciente*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores

Freud, S., (1915a/2012). *La represión*. En obras completas. Capitulo XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores

Freud, S., (1926/2010). *Inhibición, síntoma y angustia.* En Obras Completas. Tomo XX. (2ª. Ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores

Freud, S., y Breuer, J. (1894/2006). *Estudios sobre la histeria.* En Obras Completas. Tomo II. (2ª. Ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores

Gavino, A. (2004). *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide

Greenberg, L.S. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en la psicoterapia*. España, Barcelona: Paidos.

Grzib, G. (2007). *Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Guzman, R. (2003). *Artritis reumatoide. Bases inmunológicas para la terapia biológica.* Revista Colombiana de Reumatología. 10 (2): 119-134 [versión electrónica] https://www.researchgate.net/publication/253225934

Hernández, R.R. (2015). *La depresión asociada a la enfermedad de artritis reumatoide.* Revista Iberoamericana de Ciencias, 2 (1): 103-110. Disponible en: www.reibci.org

Herrera, A.F. (2009) El psicodrama psicoanálitico: una teoría, una práctica, una experiencia. Poiésis. FUNLAM No. 18. Recuperado de: http://funlam.edu.co/poiesis

Huyser, B. & Parker, J. (1999) *Negative Affect and pain in arthritis.* Rheumatic Disease Clinics, 25 (1), p.p. 105-121 DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0889-857X(05)70057-0 Disponible en: http://www.rheumatic.theclinics.com/article/S0889-857X(05)70057-0

Iglesias-Gamarra, A., Quintana, G., y Restrepo, J. F. (2006) *Prehistoria, historia y arte de la reumatología. Inicios de las palabras reuma, artritis reumatoide, artritis juvenil, gota y espondilitis anquilosante. Revista Colombiana de Reumatología*, 1 (13)

Izard, C. (1977). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.

James, W. (1981). *Principios de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica. Trad. A. Bárcena.

Kail, R.V. & Cavanaugh, J.C. (2011). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. (5ª. Ed.). México: CENGAGE Learning. Trad. E.J. Hernán y O. Madrigal

Labiano, M (2009). *Introducción a la psicología de la salud.* En L.A. Oblitas et al. Psicológia de la salud y calidad de vida. (3a. Ed.) p.p. 3-21

Lee, J. (1940/1987) *Introducción al estudio de las enfermedades reumáticas*. En D. McCarty, Artritis y otras patologías relacionadas (pp. 23-28). (10ª. ed.) Buenos Aires: Médica Panamericana. S.A.

Lemoine G. & Lemoine P. (1980). Jugar-Gozar. Por una teoría psicoanalítica del psicodrama. (2a. Ed.). Barcelona: Gedeisa, S.A.

Leszcz, M. & Goodwin, P.J. (1998). *The rationale and foundations of group psychotherapy for women with metastatic breast cancer.* [abstract]. Group Psychother. 48 (2)

López, F. (2003). *Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.* México: Manual Moderno

López, E. y Población, P. (s.f.). Apuntes de psicodrama Moreniano. Clínica Neurociencias. Salud Mental. Aula de psicodrama. p.p. 1-28. Fecha de consulta: 01 de Junio 2016. Recuperado de: http://www.grupopsicodrama.com

López, E. y Población, P. (s.f.) “a”. Técnicas psicodramáticas. Fichas en espera de publicación. p.p. 1-10. Fecha de consulta: 01 de Junio 2016. Recuperado de: http://www.itgpsicodrama.org/articulos/TECNICAS%20PSICODRAMATICAS.pdf

López, S. (2003). La construcción de lo corporal y la salud emocional. México: Los Reyes.

Lynn, M. (2009) Action Plan for Arthritis. Your Guide to Pain-Free Movement. Estados Unidos: Human Kinetics, Inc. Trad.Nora Steinbrun, España: Artes Gráficas COFÁS, S.A.

Margulis, L. y Dorion, S. (2008). *Microcosmos: cuatro mil millones de años de evolución desde nuestros ancestros microbianos.* (3ª.Ed) Barcelona: Tusquets. Trad. M. Piqueras.

Marín, J.L. (2012). *Medicina psicosomática y psicología de la salud.* Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica.

Martínez, F. (2008) *La emoción*. En F. Palmero y F. Martínez, Motivación y Emoción (p.p. 27-61) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Martorell, J.L. (2004). Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos. España: Pirámide.

Mikuls, T.R., Cannella, A.C., Moore, G.F., Erickson, A.R., Thiele, G.M., & O´Dell, J.R. (2014) *Manual de reumatología*. México: El Manual Moderno.

Monlau, P.F. (1856). *Diccionario etimológico de la lengua castellana.* Madrid

Montero, N. (2005). *Introducción al psicodrama de Moreno (teoría).* Escuela Sistémica Argentina. Clase del 24/08/2015 disponible en: http://www.escuelasistemica.com.ar/wp-content/uploads/2013/01/13-PSICODRAMA-MORENO.pdf

Moreno, J.L. (1972). Fundamentos de la sociometría. (2a.Ed.). Buenos Aires: Paidós. Trad. García, J. y Karsz, S.

Moreno, J.L. (1959/1987). Psicoterapia de grupo y psicodrama. México: Fondo de Cultura Económica.

Moreno, J.L. (1966/1995). El psicodrama. Terapia de acción y principios en su práctica. Buenos Aires: Lumen-Hormé

Oblitas, L. (2008). Psicoterapias contemporáneas. México: Cengage Learning.

Oblitas, L., Labiano, M., Fuste, A., Florentino, M.T., Becoña, E., Mussi, C., Gutiérrez, J., Pereyra, M., Robles, R., Tena, A. y Braun, D. (2010) *Psicología de la salud y calidad de vida. (3a. Ed.).* México, CENGAGE: Learning

Oblitas, L., Martínez, F. y Palmero, F., (2008). *Emociones y salud.* En F. Palmero F y F. Martínez, Motivación y emoción (p.p. 343-372) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). Psicología de la motivación y la emoción. Madrid: McGrawHill.

Pardo, A, (2010). *Prevalencia de las dimensiones de personalidad en pacientes con artritis reumatoide en la consulta externa de reumatología del CMN 20 de*

noviembre. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.

Peirone, L, Gerardi, E y Chiusano. E. (2010). Elementos teórico-metodológicos y temáticas de base. p.p. 451-472. En L. A. Oblitas et al. Psicología de la salud y calidad de vida. (3a. Ed.) México: CENGAGE Learning

Pennebaker, J.W. (1997). *Writing about emotional experiences as a therapeutic process.* Psychological Science. 8 (3) 162-166 doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Pennebaker, J.W. & Beall, S.K (1986). *Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease.* Journal of Abnormal Psychology. 95 (3): 274-281. doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274

Perazzo, S. (2012) Psicodrama grupal. Psicoterapia y psicodrama. 1 (1): 88-97

Pérez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid. Síntesis

Pérez, M.A., Miguel, J.J., Cano, A. y Jover, J.A. (2001). *Programa de intervención cognitivo-conductual en artritis reumatoide.* Interpsiquis, (2) Disponible en: http://psiquiatria.com/interpsiquis2001/2352

Pérez, M.A., Redondo, M. Ma. y León, L. (2008). *Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica.* Revista Electrónica de Motivación y Emoción, REME. XI (28)

Pineda-Tamayo, R. (2006). *Epidemiología.* En J.M. Anaya et al. Artritis Reumatoide. Bases Moleculares, Clínicas y Terapéuticas. (pp. 199-208). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB)

Piña, J.A., (2011) *De Alma-Ata al nuevo milenio: la psicología y la prevención de las enfermedades en México*. En J.L. Ybarra, J.J. Sánchez y J.A. Piña, Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica. México: Manual Moderno

Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). *Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física*. Suma Psicológica. 16 (2): 85-112. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007

Plutchik, R. (1987). *Las emociones*. México: Diana, S.A. Trad. Xavier Ochoa Álvarez.

Población, P. (2010). Psicodrama diádico. Bipersonal, individual, de la relación. España: Desclée de Brouwer

Población, P. (1980). Psicodrama tríadico. En Psicología dinámica grupal. J. Campos, N. Caparrós, H. Kesselman, P. O´Donnell, E. Pavlovsky, F. Peñarrubia y P.

Población. Madrid: Fundamentos.

Población, P. (1997). La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Power, M.J. & Tarsia, M. (2007). *Emociones básicas y complejas en la depresión y la ansiedad.* Psicología clínica y psicoterapia. 14 (1): 19-31. doi: 10.1002/CCP.515

Quiceno, J.M. y Vinaccia, S. (2011). *Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas.* Revista Diversitas – Perspectivas en psicología. 7 (1): 27-41 Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67922583003

Ramírez, J.A. (1997). Psicodrama. Teoría y práctica. España: Desclée de Brouwer, S.A.

Ramírez, M y Cortés, E.B. (2007). *Psicología salud y educación*. México: Amapsi

Ramos, M.A., (2014). *El origen de las emociones*. México: Trillas. BF511R35

Redondo, M. M., León, L., Pérez, M.A., Jover, J., y Abasolo, L. (2008). *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. Clínica y Salud*. V. 19 (3) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300006&script=sci_arttext

Redondo, M.M., Miguel, J.J., y Cano, A. (2005) *Procesos de afrontamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide*. EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía, 4 (2): 199-217. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2754811

Reeve, J., (2010). *Motivación y emoción*. (5ª. Ed). México: McGrawHill.

Reevy, G., Malamud, Y. & Ito, Y. (2010) *Encyclopedia of emotion.* (Vols. 1-2) United States of America: ABC-CLIO, LLC.

Ricón, L. (2005). Las psicoterapias. Pensadas a partir de lo posible. Buenos Aires: Polemos.

Rojas-Bermúdez, J. (1997). Teoría y técnica psicodramáticas. España: Paídos Ibérica, S.A.

Rosa, A.I., Olivares, J. y Méndez, F.X., (2004). *Introducción a las técnicas de intervención y tratamiento psicológico.* Madrid: Pirámide

Ruselló, J y Revert, X (2008) *Módelos teóricos en el estudio cientifico de la emoción.* En F. Palmero y F. Martínez, Motivación y Emoción (p.p. 95-133) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Salazar, H.I. (2008). *Artritis reumatoide, una construcción social.* Tesis Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). *Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. [abstract]* JAMA 281 (14)

Strand, E.B., Zautra, A.J., Thoresen, M., Odegard, S., Uhlig, T. & Finset, A. (2006) *Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis.* Journal of Psychosomatic Research 60 (5), 477-484. DOI: 10.1016/J.JPSYCHORES.2005.08.010´Source:PubMed Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Alex_Zautra2/publication/7130087_Positive_affect_as_a_factor_of_resilience_in_the_pain-negative_affect_relationship_in_patients_with_rheumatoid_arthritis/links/56cf35ca08ae059e37595b9b.pdf/download?version=va

Straub, R. H., & Kalden, J. R. (2009). *Stress of different types increases the proinflammatory load in rheumatoid arthritis.* Arthritis Research and Therapy, *11* (3), 114. DOI:10.1 186/AR2712 Disponible en: http://arthritis-research.com/content/11/3/114

Taylor, S (2007). *Psicología de la salud*. (6ª. ed.). México: McGrawHill Trad. M.C. E. Hano y G. Sánchez.

Terris, M. (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social.* (3ª. Ed.). México: siglo XXI editores.

Úcar, E. (2006). *¿Cómo evoluciona la enfermedad y qué pronóstico tiene?* En F. J. Ballina, Artritis Reumatoide: Guía de la enfermedad para el paciente, p.p. 41-47 Madrid: Jarpyo Editores, S.A.

Van Middendorp, H., Greenen, R., Sorbi, M.J., Van Doornen, L.J.P, & Bijlsma, J.W.J. (2005*). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. Annals of the rheumatic diseases.* The Eular Journal, 64 1071-7074. doi:10.1136/ard.2004.020487

Velásquez, X., Pizarro, C., Pizarro P. y Massardo, L. (2002). *La depresión en artritis reumatoídea*. Reumatología 18 (2): p.p. 49-52

Ventura, L, (2011). *Artritis reumatoide, Guía para pacientes*. México: Prado.

Vinaccia, S., Contreras, F., Palacio, C., Marín, A., Tobon, S. y Moreno, E. (2005). *Disposiciones fortalecedoras: personalidad resistente y autoeficacia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.* Terapia Psicológica. 23 (1) 15-24

Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L.M., Cadena, J., Anaya, J.M. (2005). *Autoeficacia,*

desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Clinical and Health Psychology. Antioquia Colombia. 5 (1): 129-142 Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33701008

Vigotsky, L. (1931/2004). *Teoría de las emociones, estudio histórico –psicológico.* Madrid: Akal, S.A. traducción: Judith Viaplana.

Yescas, E.L., Ascencio L., Vargas, S., Barbosa R.E. y Lugo G. (2008) *Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide.* Psicología y Salud. 18 (1): 81-89 Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/291/29118109.pdf

Yildiz, I. (2006). *Teorías de S. Freud sobre afectos y síntomas.* Asociación Psicoanalítica Colombiana (APC), XVIII (2), 128-150

Young, P. (1978). *Cómo comprender mejor nuestros sentimientos y emociones.* México: El Manual Moderno, S.A.

Zapata, J.I. (2002). *Los psicosomatistas con Freud.* Desde el Jardín de Freud. No. 2. Bogota

Zuretti, M. (1995). El hombre en los grupos. Sociopsicodrama. Argentina: Lumen.

Zvaifler, N. J. (1940/1987). *Etiología y patogénesis de la artritis reumatoidea*. En D. McCarty, Artritis y otras patologías relacionadas (pp. 569-579). (10ª. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana. S.A.

ANEXO

ANEXO "A"

Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ)

NOMBRE Y APELLIDO:_____ **FECHA:**_____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.
MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA.

VESTIRSE Y ARRELGARSE **Puede usted:**	**Sin Dificultad**	**Con Algo de Dificultad**	**Con Mucha Dificultad**	**No Puedo Hacerlo**
¿Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?	☐	☐	☐	☐
¿Lavarse el cabello?	☐	☐	☐	☐
LEVANTARSE **Puede usted:**				
¿Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?	☐	☐	☐	☐
¿Entrar y salir de la cama?	☐	☐	☐	☐
COMER **Puede usted:**				
¿Cortar la carne?	☐	☐	☐	☐
¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	☐	☐	☐	☐
¿Abrir un cartón de leche?	☐	☐	☐	☐
CAMINAR **Puede usted:**				
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	☐	☐	☐	☐
¿Subir 5 escalones?	☐	☐	☐	☐

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (vestirse, arreglarse, levantarse, comer, caminar). Si no precisa ninguno, simplemente NO marque nada.

☐ Bastón ☐ Muletas ☐ Cubiertos especiales o adaptados

☐ Andador ☐ Silla de ruedas ☐ Silla especial adaptada

☐ Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo).

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada).

☐ Vestirse y arreglarse ☐ Levantarse ☐ Comer ☐ Caminar

HIGIENE **Puede usted:**	**Sin Dificultad**	**Con Algo de Dificultad**	**Con Mucha Dificultad**	**No Puedo Hacerlo**
¿Lavarse y secarse su cuerpo?	☐	☐	☐	☐
¿Bañarse?	☐	☐	☐	☐
¿Sentarse y levantarse del inodoro?	☐	☐	☐	☐
ALCANZAR **Puede usted:**				
¿Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) desde una altura por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐
¿Agacharse para levantar ropa del piso?	☐	☐	☐	☐
AGARRAR **Puede usted:**				
¿Abrir las puertas de un auto?	☐	☐	☐	☐
¿Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?	☐	☐	☐	☐
¿Abrir y cerrar los grifos?	☐	☐	☐	☐
ACTIVIDADES **Puede usted:**				
¿Hacer mandados o ir de compras?	☐	☐	☐	☐
¿Entrar y salir de un auto?	☐	☐	☐	☐
¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer o limpiar un patio?	☐	☐	☐	☐

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar (abrir objetos), Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada.

- ☐ Asiento elevado de inodoro
- ☐ Barra en la bañadera
- ☐ Asiento de la bañadera
- ☐ Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos
- ☐ Abridor de frascos
- ☐ Adaptaciones con mango largo en el baño
- ☐ Otros (aclarar)

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada).

- ☐ Higiene
- ☐ Alcanzar objetos
- ☐ Agarrar y abrir cosas
- ☐ Mandados y tareas domésticas

ANEXO "B"
CARTAS DESCRIPTIVAS
PRIMERA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Poner en acción las emociones en el espacio dramático.			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Que los miembros del grupo se conozcan entre sí	Bienvenida Autopresenta-ción	El psicólogo (director) dará la bienvenida a los participantes, se presentará y solicitará a los participantes contestar un cuestionario de salud (HAQ), Posteriormente solicitará que cada uno se presente frente al grupo, aportando datos como nombres, apellidos, edad, principales actividades etcétera. Asimismo contextualizará sobre la dinámica y las reglas del taller: • Espontaneidad no se refiere a falta de reglas • Las piezas de este juego son los propios participantes • El material de trabajo será lo que cada uno traiga de sí. • Cada uno es responsable de sus propios sentimientos. • No está permitido: -Hablar de los sentimientos de los demás bajo el método encubridor "yo siento que tú" -Interpretar o juzgar a los demás -Ser irrespetuoso con los sentimientos de alguien. No se puede "no estar de acuerdo" con los sentimientos de alguien. -Distractores como teléfonos celulares	30-35 min	Cuestionarios de salud (HAQ) Plumas Sillas

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
		• Está permitido: -alegrarse, enojarse, aburrirse, entristecerse, atemorizarse, etcétera, y también no sentir nada o no saber que se siente.		
Conocer las expectativas del grupo respecto al taller	Caldeamiento	El director solicitara que cada participante hable acerca de lo que imagina que hará, aprenderá, conocerá, vivirá y realizará en el taller, derivado del nombre del mismo.	20 min	
Identificar cuáles son las emociones que imperan en los participantes del grupo	Técnica: "La tienda mágica" Sociodrama	El director pide al grupo imaginar una pequeña tienda en el escenario. El tendero será representado por el director, éste explica que las estanterías de la tienda contienen emociones positivas de todo tipo y cada uno de los participantes podrá comprar una emoción pero deberá pagar con una emoción negativa, en una especie de intercambio, en ese intercambio deberá explicar lo más claramente posible en qué consiste exactamente esa emoción de la cual quiere deshacerse describiéndola detalladamente así como para que le servirá la nueva emoción que va a adquirir. Todo esto será guiado por la habilidad del terapeuta. El interés del tendero se reduce a comprender las necesidades (emociones) del cliente. Una vez cerrado el trato, el protagonista prueba la emoción adquirida o muestra cómo vivirá ahora sin la emoción con la cual pago.	30-40 min	Mesa o escritorio
Reforzar la dramatización mediante la retroalimenta-ción	Cierre o Sharing	El director invitara a los participantes a compartir su experiencia con esta técnica, centrándose si se diera el caso en quien haya mostrado mayor emotividad, proporcionando al final una pequeña retroalimentación de considerarlo necesario.	10-15 min.	

SEGUNDA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Favorecer la expresión de la emotividad, a través del cuerpo, de los gestos, de las expresiones emocionales, de las asociaciones verbales, etcétera.			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Confirmar el reconocimiento de emociones de la sesión anterior	Caldeamiento	El director solicitara que cada participante comente una pequeña anécdota que recuerde de la sesión anterior, ya sea porque le pareció graciosa, impactante, interesante, etcétera.	20-25 min	
Expresar simbólicamente una emoción dominante	Técnica "Comunicación no verbal"	El director pide a los participantes recostarse sobre su tapete cada uno y cerrar los ojos, realizará una pequeña técnica de relajación a través de la respiración y posteriormente indicará a los integrantes que desde donde están recuerden el momento en que les fue dado el diagnóstico y traten de recordar y reconocer cual fue la primera emoción que experimentaron en aquel momento, para luego tratar de transmitirla a través de expresiones faciales, posturas corporales y vocalizaciones, de manera que no quede ninguna duda de cuál es la emoción que están representando. El director observará e intentará movilizar aspectos que parezcan paralizados, motivando a los participantes a exagerar al máximo la representación de la emoción que cada uno está simbolizando. Posteriormente se llevará a cabo la dramatización de la escena completa de quien a través de este ejercicio se encuentre emocionalmente "desbordado", el protagonista revivirá ese momento lo más nítidamente posible con la ayuda de los "yo auxiliares" que desee y que él mismo elegirá.	45-60 min	Tapetes

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
Reforzar la dramatización mediante la retroalimenta-ción	Cierre o Sharing	El director le dirá a cada uno, según su observación cual era la emoción que estaba representando según sus gestos, posturas y vocalizaciones, para los casos que sea correcta la deducción no será necesario nada más, toda vez que se deducirá que existe un claro reconocimiento de la misma, para los casos contrarios se solicitara a esos participantes en particular que describan detalladamente la emoción incluyendo las sensaciones corporales que esta les produjo, con la finalidad de brindar apoyo en el reconocimiento. Y se solicitara a los participantes que hagan una retroalimentación respecto de la escena dramatizada “del diagnóstico” del protagonista, desde lo que les hizo sentir, recordar y vivenciar, siempre hablando en primera persona, y no respecto a los demás.	30-35 min.	

TERCERA, CUARTA Y QUINTA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Favorecer en el paciente el darse cuenta del "cómo" de la experiencia emocional y conocer los procesos internos que afectan su salud.			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Conocer el proceso salud-enfermedad de cada participante	Caldeamiento	El director solicitara a los participantes que quien lo desee comparta con el grupo la historia de su enfermedad, que incluya a qué edad y cómo fue diagnosticado, describiendo el mayor número de detalles posibles y sobre todo a que le atribuye el haber enfermado.	20-25 min	
Comprender la función de la enfermedad en el sujeto, así como la participación del sujeto en la construcción de la enfermedad.	Técnicas: "Escultura", "Cambio o inversión de roles" y "Entrevista"	El director solicita un protagonista, al cual se pide que elija del grupo a un yo auxiliar que representará la enfermedad (artritis reumatoide), entonces el protagonista deberá formar una escultura que simbolice la enfermedad a través de moldear el cuerpo de uno o varios participantes "yo auxiliares", guiándolos por instrucciones verbales (acuéstate boca arriba, boca abajo, siéntate, sube un brazo, ponte en un pie, etcétera) o a través del contacto físico, según su percepción de la misma, para luego observar su "creación" detenidamente pudiendo hacer modificaciones a la escultura las veces que considere necesarias hasta que la postura de los yo auxiliares represente lo más fidedignamente posible el significado que la artritis reumatoide tiene para el protagonista	35-50 min	Sillas Tapetes Almohadas

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
		Posteriormente harán intercambio de roles, el protagonista se colocará en la misma posición que puso al yo auxiliar y el director tomará el lugar del protagonista, quien mediante la técnica de la entrevista cuestionará a "su enfermedad" haciendo preguntas como: ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora? ¿Para qué me sirves? ¿Qué viniste a enseñarme? ¿Cuál es tu función en mi vida? ¿Qué esperas de mí? ¿Qué quieres para irte? etcétera.		
Indagar lo que la dramatización provoco en el grupo.	Cierre o Sharing	El director motivara al grupo para que retroalimenten la dramatización del protagonista, hablando todo el tiempo de lo que la misma les hizo sentir, recordar, pensar, imaginar, desear, etcétera.	25 min.	

NOTA: Esta estructura se repetirá en tres sesiones consecutivas alternando tres participantes diferentes que deseen contar su historia en la etapa del caldeamiento y tres protagonistas diferentes que deseen llevarla a la dramatización; esto se conoce como multiplicidad dramática, que trata de la puesta en acción de una misma situación por parte de varios de los participantes, cada representación estará teñida por el mundo interno de cada protagonista, lo que aporta una multiplicidad de puntos de vista del mismo hecho o suceso, permitiendo así contrastar lo compartido y lo no compartido o incluso divergente de los distintos sujetos. Lo compartido muestra el denominador común o escena latente grupal, mientras que lo divergente apunta a lo personal individual; lo anterior con la finalidad de aclarar de manera tanto individual como grupal, el sentido de la enfermedad.

SEXTA Y SÉPTIMA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Focalizar con ayuda del terapeuta, los conflictos emocionales (las emociones negativas), para así reconocer, comprender y validar sus sentimientos dolorosos.			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Conectarse con las emociones y la corporalidad	Caldeamiento	Los participantes se moverán a través del espacio dramático como si fueran los cuatro elementos (aire, tierra, fuego y agua), uno a la vez, deteniéndose un tiempo que le permita al participante contactar con cada elemento, el director pondrá música que de alguna manera se relacione con el mismo y pedirá al participante que se convierta y se mueva de conformidad con el elemento, con la música y con las propias necesidades de su cuerpo, intentado contactar al tiempo con las emociones que vayan surgiendo. Para guiarlos, el director utilizará frases como: conviértete, siente, imagina, contacta, etcétera y preguntas como ¿qué significa ser aire?, ¿cómo se mueve la tierra?, ¿Cómo se siente el fuego?, ¿Cómo fluye el agua? mismas que se responderán a través del movimiento, acompañando a los participantes con sus propios movimientos.	20-30 min.	Grabadora Música

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
Reconocer las emociones provocadas por el taller (proceso)	Técnicas: “Soliloquio” “Dramatización de sueños”	El director preguntará a los participantes quién o quienes han tenido recientemente algún sueño recurrente o alguno que crean que se relaciona con el trabajo realizado en el taller, y posteriormente solicitará a alguno de ellos que sea el protagonista y realice la dramatización de su sueño en el escenario, para lo cual primero le solicitará que a través de la técnica del soliloquio exprese los sentimientos y pensamientos que recuerde que tenía antes de dormir, después le pedirá que dramatice detalladamente las cosas que hizo antes de dormir, posteriormente deberá acostarse en el tapete “como si” fuera su cama y repasar en su mente todo lo que recuerde del sueño de principio a fin, una vez que lo haya hecho deberá levantarse y elegir a los “yo auxiliares” para dramatizar el sueño, finalmente deberá recostarse nuevamente en el tapete y por la técnica del soliloquio deberá cambiar el desenlace del sueño quitando lo que no le gustó y poniendo lo que le hubiera gustado.	40-50 min	Sillas Tapetes Almohadas
Indagar sobre el efecto que este trabajo tuvo en el grupo	Cierre o Sharing	El grupo retroalimenta ya fuera del escenario dramático el trabajo realizado, a través de la pregunta de ¿Qué de mí, descubrí con este ejercicio?	25 min.	

NOTA: Esta estructura se repetirá en dos sesiones consecutivas alternando dos participantes diferentes que hayan tenido recientemente sueños recurrentes o alguno relacionado con el trabajo realizado en el taller y que deseen dramatizarlos, lo anterior con la finalidad de aclarar de manera tanto individual como grupal, que les ha movido el trabajo hasta ahora realizado.

OCTAVA Y NOVENA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Intentar junto con el paciente la recuperación de lo lúdico del juego, creando un espacio que posibilite la emergencia de la creatividad y la espontaneidad como pilares fundamentales del cambio psicoterapéutico			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Trabajar con el enojo	Caldeamiento	El director propondrá una dramatización que recree una gran tormenta nocturna en un bosque, para lo que solicitará a los participantes que cada quien tome el rol que desee dentro de la escena pudiendo ser (rayos, truenos, agua, árboles caídos, algunos animales salvajes, etcétera), sin perder de vista que se trata de una tormenta de esas que destruyen todo y que alteran a los animales salvajes que viven en el bosque, ambientando la escena con música adecuada.	20-30 min.	Tapetes Grabadora Almohada
Permitir al sujeto enfermo elaborar el duelo por la pérdida de la salud y todas las pérdidas que esta trajo por añadidura	Técnicas: "La silla vacía"	Al finalizar la sesión anterior el director solicitará a los integrantes del grupo que traigan consigo algún objeto que represente algo que perdieron como consecuencia de la enfermedad. Posteriormente cada participante colocará su objeto en una silla y la instrucción será observarlo detenidamente y con toda la atención puesta cada quien en su objeto primero con el sentido de la vista y posteriormente cerrando los ojos contactar con el significado del objeto, con lo que representa, de contactar con lo que este ejercicio me hace sentir, tratando de interiorizarlo.	40-50 min	Sillas Tapetes, Almohadas

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
		A continuación el director recogerá todos los objetos y frente a la silla vacía cada participante hablará con el objeto perdido, expresando sus emociones sin censura ni limitaciones, despidiéndose, aceptándolo y finalmente a través del soliloquio expresará como continuará su camino y como hará para cumplir sus metas y objetivos aún con esa pérdida.		
Brindar contención a las emociones surgidas	Cierre o Sharing	Cada participante deberá enviar una carta de pésame a otro integrante del grupo, pero en esa carta en lugar de darle palabras de consuelo o algún consejo de cómo superar su duelo, le contará que está viviendo algo similar y deberá describirle las emociones, sentimientos y pensamientos por los que el mismo está atravesando, así como contarle que acaba de hacer un descubrimiento personal, para continuar a pesar de la pérdida, que consiste en…….. Al final el director permitirá la retroalimentación si alguien quiere compartir algo de su propio proceso y el dará alguna, solo en caso de considerarlo necesario.	25-30 min.	Hojas Plumas

DÉCIMA Y ÚLTIMA SESIÓN DEL TALLER "SANANDO MIS EMOCIONES"

OBJETIVO GENERAL	• Brindar al paciente la posibilidad de acceder a experiencias emocionales alternativas más positivas			
OBJETIVO PARTICULAR	**ACTIVIDAD**	**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**	**TIEMPO DE LA ACTIVIDAD**	**RECURSOS MATERIALES**
Descubrir nuevas emociones	Caldeamiento "cantos y abrazos"	El director solicitara a cada participante que cada uno emita un sonido que para ellos represente una emoción positiva, no deberá ser una palabra, solo un sonido, mostrarlo al grupo y comentar porque eligieron ese sonido, posteriormente todos en círculo con los ojos cerrados y tomados de la mano realizarán su sonido al mismo tiempo formando con ello una melodía armónica, permanecerán aproximadamente de 3 a 5 minutos en ese ejercicio, poco a poco se les pedirá que el sonido sea con tono más bajo hasta que sea imperceptible, luego en el silencio contactar con esa energía emanada de todas esas emociones positivas vertidas a través de sonidos.	20-30 min	

OBJETIVO PARTICULAR	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS MATERIALES
Permitirle al paciente descubrir y trabajar con emociones positivas	Arte terapia: “Danza y música”	El director pedirá a todos que se pongan de pie dentro del escenario dramático y que cada quien interprete con movimientos o bailes espontáneos lo que la música le inspire; para que haya mayor libertad de ejecución, todos tendrán los ojos cerrados para concentrarse en lo que sienten y fluir, posteriormente ya con los ojos abiertos, el director ira guiando la sesión diciendo al azar emociones positivas (alegría, esperanza, amor, fe, etcétera) diciendo a los participantes que en el aire, en el espacio vacío entre un participante y otro está flotando esa emoción y que deberán tratar de atrapar toda la emoción posible usando todo el cuerpo, la cabeza, la cara, la espalda, las piernas, los pies, incluso la boca, excepto las manos, y así con cada una, mientras el director lanza burbujas de jabón en el espacio dramático que representarán las emociones positivas.	35-40 min	Grabadora Música Burbujas de jabón
Cierre de la sesión y del taller	Cierre o Sharing	El director solicitará a cada participante compartir su experiencia integral en el taller. El director referirá a los participantes que se van empapados de nuevas emociones, más positivas, las cuales les permiten moverse, fluir, avanzar y sanar. Y finalmente responderán el cuestionario de salud (HAQ).	35-40 min.	