



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO.

ESCUELA DE PSICOLOGIA CON ESTUDIOS
INCORPORADOS A LA UNAM.

“TRASTORNOS PSICOSOMATICOS. LA ARTRITIS
REUMATOIDE Y SUS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS”.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGIA PRESENTA:

MARTHA ALICIA GALLEGOS MARTINEZ.

DIRECTORA: LIC. ANGELES FIGUEROA AEYON.

SEPTIEMBRE DE 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres:

Por ser y hacer tantas cosas valiosas y bellas en mi vida, porque tengo en ustedes dos de mis más grandes motivos; por la oportunidad de su amor, que me hizo renacer.

A mis hermanos:

Porque con su existencia, hacen feliz la mía.

Eloísa:

Por enseñarme la difícil tarea de atreverse y más aún, la firmeza para mantenerse; por mantenerte siempre donde puedo sentirte tan cerca.

Nora:

Por hacerme testigo viviente de tu capacidad de amor y entrega. Por entregarme el remanso de paz que hallo en ti.

Jaime:

Por mostrarme que una convicción se convierte en poder; por el poder de la alegría que das a mi vida.

A mis tías Carmen y Ofelia y a mi tío Oscar:

Por el cariño, por cada momento compartido y por estar presentes en los más importantes.

A mi abuelita:

Porque todo lo que dejaste en mí, me hace sentirte cada día.

Por todo, GRACIAS INFINITAS...LOS AMO SIEMPRE.

Su hija, hermana, sobrina, nieta:

Martha.

A la Licenciada Angeles Figueroa Aeyón:

**Por la paciencia, dedicación y las valiosas aportaciones a este trabajo.
Todo mi agradecimiento.**

**A los Doctores José Luis Ibarra, Basilio Campos, Alberto Sánchez Vilchis,
Alfredo Islas y María Eugenia Navarrete:**

**Por su complicidad, por cada "dosis" de cariño y apoyo.
Los quiero.**

A mis amigos:

Virginia Lezama, Rosario Esteban, María Eugenia Gómez:

**Por lo que representa para mi toda la vida compartida con ustedes, porque
hoy las sigo teniendo a mi lado.**

Georgina García:

**Por confirmarme con esta amistad, que en los momentos difíciles también
pueden encontrarse cosas buenas.**

Ernesto Espejel:

**Por cada minuto de compañía, por ayudarme a ver la dirección en la que
estaba la luz.**

Los quiero.

"INDICE".

INTRODUCCION.

CAPITULO I: TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.	PAG.
1.1 Definición y antecedentes. _____	1
1.2 Componentes emocionales de la enfermedad física: estrés, ansiedad.	18
1.3 Antecedentes dinámicos de desarrollo. _____	34
1.3.1 Antecedentes infantiles. _____	34
1.3.2 Conflicto y defensas. _____	47
1.4 La personalidad psicósomática. _____	56
1.5 Papel adaptativo de los trastornos psicósomáticos. _____	59
1.6 Significado del síntoma psicósomático: elección de órgano. _____	63
1.7 Alcances y limitaciones de la medicina psicósomática. _____	69
CAPITULO II: ARTRITIS REUMATOIDE.	
2.1 Características y desarrollo de la enfermedad. _____	78
2.2 Factores comunes en los posibles eventos precipitantes de la enfermedad. _____	80
2.3 Conflicto emocional y artritis reumatoide. _____	82
2.4 Secuelas físicas y psicológicas. _____	85
2.4.1 Impacto de la enfermedad en la familia. _____	104

CAPITULO III: INTERVENCION PSICOLOGICA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.

3.1	Importancia de un tratamiento integral.	128
3.2	Objetivos de la psicoterapia.	131
3.2.1	Estrategias para promover autoestima y sensación de control.	136
3.3	Modalidades de psicoterapia y otras formas de intervención.	143
3.3.1	Historia clínica psicosomática.	143
3.3.2	Psicoanálisis, psicoterapia de orientación psicoanalítica.	149
3.3.3	Modelo de aprendizaje social.	154
3.3.4	Intervención con el paciente quirúrgico.	162

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

"INTRODUCCION".

En la actualidad, con todos los adelantos que la ciencia y la tecnología nos brindan, aún hay campos en los que una constante búsqueda pretende dar respuesta a determinadas interrogantes. En lo que respecta al área de la salud, existen ciertos padecimientos para los que aún no se tienen respuestas del todo satisfactorias que permitan determinar no sólo la etiología, sino el curso y quizá sobre todo el pronóstico de una de esas determinadas situaciones, tal es el caso de los trastornos psicósomáticos.

También es cierto que, muchas veces se intenta dar respuestas al respecto o abordar los padecimientos que generalmente se consideran puramente "físicos", desde una perspectiva igualmente física, fisiológica, corporal, es decir, bajo modelos reduccionistas de atención; sin embargo ¿qué hay de los múltiples componentes emocionales que sin duda participan en un estado de enfermedad?, ¿de qué manera influye el aspecto psicológico de un paciente en el origen, mantenimiento, exacerbación, mejoramiento e incluso recuperación ante un determinado padecimiento?. Puesto que no somos únicamente cuerpo, debemos intentar encontrar orígenes, explicaciones y/o soluciones desde un punto de vista integral, que aborde al ser humano como un "conjunto" de componentes físicos y psicológicos.

Es con esa inquietud, que en el presente trabajo, se revisará qué son los trastornos psicosomáticos, cuáles pueden ser algunos de los antes mencionados factores físicos y cuáles por otra parte los psicológicos, centrando la atención sobre éstos últimos que son, por razones obvias, de mayor interés en este estudio.

Asimismo, se plantearán los aspectos psicológicos y psicodinámicos de un trastorno en particular, la artritis reumatoide, sin importar la "clasificación" que se le dé a éste padecimiento, pues lo más relevante es que se trata de una enfermedad más de seres humanos y por lo tanto debe estudiarse y abordarse como se dijo antes, integralmente. Así pues, se plantearán algunas modalidades de intervención psicológica encaminadas a la asistencia de esta situación.

CAPITULO I: TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.

1.1 Definición y antecedentes.-

"Se define clásicamente por psicósomático a todo trastorno somático que comporta en su determinismo un factor psicológico que interviene, no de una manera contingente, como puede ocurrir en cualquier afección, sino por una contribución esencial en el origen de la enfermedad". (1)

La acepción más restrictiva exige, que el trastorno vaya acompañado de alteraciones anatomoclínicas o biológicas objetivables, (por ejemplo, el asma bronquial).

Con un sentido menos restrictivo se engloban las manifestaciones patológicas puramente funcionales, sin lesión orgánica subyacente, resultado del desarreglo de ciertas funciones vitales, (tal es el caso del estreñimiento crónico).

También se incluyen, la expresión somática de las emociones (como la angustia), así como las manifestaciones somáticas de alteraciones del humor (como en el caso de la depresión).

Ciertos autores engloban dentro de la patología psicósomática las consecuencias somáticas de ciertos trastornos de conductas instintivas o de

comportamiento, como son: el alcoholismo, tabaquismo o toxicomanías de cualquier índole, restricción alimenticia voluntaria, propensión a los accidentes y a los traumatismos físicos propios de ciertos estilos de vida. (Jeammet et al, 1993).

"Típicamente se definen como aquellos en los cuales se cree que hay factores psicológicos que contribuyen mucho a la aparición, exacerbación o persistencia de la enfermedad". (2)

El término relacionado "somatización", se refiere a la tendencia a informar síntomas físicos que no tienen una base fisiopatológica o que exceden a lo que se puede esperar con base en los datos médicos objetivos. Los síntomas somáticos y la somatización difieren de la simulación por cuanto el enfermo está informando con veracidad sus sensaciones corporales y no está presentando deliberadamente síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados para manipular o controlar a otros o a la situación, aspectos que, se considera están bajo el control voluntario del paciente en la simulación.

"En los desórdenes psicosomáticos, el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos". (3)

La persona que sufre un trastorno psicossomático no hace una formación de compromiso (neurosis), ni distorsiona seriamente la realidad externa (psicosis). En lugar de eso, trata de descargar sus tensiones y aliviar su ansiedad mediante procesos autónomos y viscerales directos.

Antecedentes históricos.-

Desde el principio de la historia de la medicina, se oponen dos corrientes complementarias, en lo que respecta a la práctica médica y a la concepción de la enfermedad.

La primera está ilustrada en la antigua Grecia por Hipócrates y la escuela de Cos. En ésta, la medicina tiene por objeto al hombre enfermo en su totalidad. Tiene presente el temperamento del enfermo y su historial.

La enfermedad es concebida como una reacción global del individuo, implicando a su cuerpo y a su espíritu en una perturbación interna o externa. La intervención terapéutica debe restablecer la armonía perdida por el hombre con su medio y consigo mismo.

Se trata, por consiguiente, de una concepción sintética y dinámica que prefigura el acercamiento psicossomático moderno.

La segunda corriente está ilustrada por Galeno y la escuela de Crida.

Esta, se basa en la concepción de enfermedad, a la cual se le confiere una existencia autónoma.

El origen de una enfermedad es verificado en una lesión anatomoclínica. Esta tendencia triunfa en la era pasteuriana con la búsqueda de una etiología específica, bajo la forma de un agente patógeno.

La intervención médica consiste en localizar la afección en el cuerpo y si es posible, extirparla.

El término "psico-somático", escrito con un guión, aparece con Heinroth, internista y psiquiatra alemán, en 1818, poco antes que el término "somato-psíquico". Los dos términos suponen una concepción dualista del hombre y la influencia recíproca de un campo sobre el otro. Ambas perspectivas parten del legado cartesiano cuerpo-espíritu.

Claude Bernard, trabajando sobre la función glucoformadora del hígado, descubre (1850) la capacidad del ser vivo de mantenerla y aún restablecerla en caso de desequilibrio; deduce que la enfermedad (cuya ilustración en este caso

es la diabetes), bien podría consistir en la desviación de un proceso fisiológico normal.

En 1876, Pavlov, fisiólogo ruso, demuestra la existencia de reflejos condicionados y que las emociones son condicionantes.

Cannon, otro fisiólogo, en 1911 demuestra que los efectos fisiológicos de las emociones repercuten en todos los niveles del organismo por medio de las vías cortico-talámicas y nerviosas autónomas y que ellas intervienen en la regulación de la homeostasis del medio interno.

Son numerosos los trabajos de investigación que han tenido por objetivo describir el soporte fisiológico en los trastornos psicósomáticos, pero esta perspectiva explica mucho más el "cómo" que el "por qué" de una patogénesis.

Cada uno de estos descubrimientos, traía consigo nuevas concepciones etiopatogénicas, pero ello no permitía comprender la articulación de todos esos elementos en la aparición de cierta enfermedad en un momento particular de la existencia de un individuo.

La psiquiatría se esforzaba en hallar una explicación de las enfermedades mentales por acción microbiana o lesión tisular. Dos corrientes que

reactualizaban el antiguo debate filosófico entre monismo y dualismo, dividían a los psiquiatras: la corriente organicista y la corriente vitalista. En el seno de esta última nació la psicopatología.

"La enorme importancia de la vida psíquica interna del ser humano, tan distinto de todo lo encontrado en otros organismos vivientes y las interacciones emocionales intrincadamente estructuradas en los seres humanos, en una sociedad socialmente integrada, no pueden ser hechas de lado cuando se trata de desórdenes psicósomáticos, tal y como no pueden hacerse a un lado los factores fisiológicos". (4)

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

Distinguió, en el seno de la patología neurótica dos categorías de afecciones según la patogénesis de los trastornos. Por un lado, las psiconeurosis de transferencia (histérica, fóbica u obsesiva), ligadas a deseos sexuales infantiles y a conflictos también infantiles, reavivados por acontecimientos recientes de la

historia del paciente; por otro lado, las neurosis actuales (hipocondría y neurosis de angustia), ligadas a una perturbación cuantitativa reciente de la libido, obligada a desarrollarse, en caso de acumulación excesiva, por medio de las vías fisiológicas.

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

El término y el campo de la "medicina psicossomática" fueron retomados y desarrollados posteriormente por un grupo de psicoanalistas norteamericanos, que en 1930 formaron la "Escuela de Chicago", donde se realizaron las primeras investigaciones sistemáticas en este campo. Por la importancia de sus trabajos y el impulso que dio al movimiento psicossomático en el mundo, esta escuela alcanzó un gran florecimiento. Los representantes de dicha escuela son: Frantz Alexander, Félix Deutsch, Dunbar, Cobb, Grinker, entre otros.

Es preciso reservar un lugar para Alexander, quien fue su teórico. Para éste, las manifestaciones más primitivas del psiquismo se inscriben en la fisiología de las funciones viscerales que corresponden a las necesidades vitales. Elaboró la noción de "constelaciones psicodinámicas" características de ciertas afecciones

somáticas. En esta perspectiva psicogenética, la enfermedad es el producto de cierto número de factores, entre ellos, las reacciones emocionales que producen angustia y/o agresividad y las actitudes afectivas que esas reacciones traen consigo. Estas últimas, que son conflictivas a su vez, alimentan una tensión crónica y se vuelven patógenas por exceso de excitaciones viscerales, lo que genera un "círculo vicioso psicósomático".

Señaló además, dos grupos de afecciones: en el primero, se encuentran aquellas que están en relación con una hiperactividad del sistema simpático, mismo que está implicado en las reacciones motrices de lucha o de huida; en el segundo, están aquellas motivadas por una hiperactividad del sistema parasimpático, el cual está implicado en los estados de reposo motor y de asimilación energética. Esta clasificación se superpuso a la del estilo de vida de dos categorías de enfermos, en la que éstos, quedaban divididos según sus tendencias activas o pasivas, así que, en la primera de dichas tendencias, los sujetos se mostrarían más independientes, hiperactivos y combativos, mientras que en la segunda, experimentarían una necesidad de dependencia más manifiesta y una búsqueda afectiva más explícita.

Distinguiendo punto por punto el mecanismo de conversión histérica y la patogénesis psicósomática, los autores de la "Escuela de Chicago" han intentado definir, para cada tipo de afección, perfiles de personalidad

específicos. Desde entonces, numerosos trabajos han subrayado la no especificidad de las situaciones conflictivas que se encuentran en el momento del desencadenamiento de afecciones psicósomáticas de todo tipo.

Otro grupo de psicoanalistas, a menudo designado con el término "Escuela psicósomática de París" (Marty, de M' Uzan, David y Fain) ha intentado elaborar una teoría de la economía psicósomática, viendo, más allá de las particularidades de las diversas organizaciones caracteriales, un conjunto de rasgos comunes que circunscriben una verdadera estructura psicósomática; esta visión es más prudente en cuanto a la elección del órgano o la función enfermos y deja una amplia y justa parte a un determinismo multifactorial, con un fuerte componente biológico. Se encuentra aquí una tentativa global del hombre, sano o enfermo, que es considerado como sumido permanentemente en un conjunto de movimientos evolutivos y contraevolutivos; la enfermedad como resultado de la conjunción de una carencia en la organización del individuo, de una agresión desorganizadora externa o interna y de un poder más o menos grande de reorganización.

En esta Escuela Psicósomática de París, la psicósomática conquistó su autonomía y alcanzó la condición de disciplina científica.

La noción de alexitimia.-

Los investigadores psicosomáticos han estado preocupados por años con un fenómeno: algunos individuos parecen tener una baja capacidad para estar en contacto con sus emociones y aún menos para verbalizar sus sentimientos. Parecen confundidos e incapaces para distinguir diferentes percepciones emocionales.

Este fenómeno fue por primera vez descrito en los sesentas por Marty y su equipo, quienes lo designaron como "pensamiento operatorio"...es un pensamiento consciente, no utiliza mecanismos mentales neuróticos o psicóticos, se presenta desprovisto de valor libidinal, casi no permite que se exteriorice la agresividad, no se liga a productos de la imaginación o a simbolizaciones por lo que sugiere una precaria conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investidura de nivel arcaico. Posteriormente, Joyce McDougall psicoanalista también francesa, lo denominó "disafección" o "forclusión", describiéndolo como una defensa psíquica masiva que sirve contra varios peligros tales como: miedo de fragmentación física o mental, pérdida del sentimiento de identidad y el peligro de una acción explosiva incontrolable.

La mejor nomenclatura para dicho fenómeno es "alexitimia" que significa "sin palabras para los sentimientos".

Este concepto fue creado por los psicoanalistas americanos Sifneos y Nemiah, los cuales proponen que existe un sustrato neurofisiológico para la dificultad de expresar las vivencias emocionales verbalmente.

El concepto de alexitimia refiere un estilo cognitivo-afectivo que afecta la forma en que el individuo experimenta y expresa sus emociones. La alexitimia implica una deficiencia en la capacidad para estar en contacto con o expresar las propias emociones. (Bagby y Taylor en Annette Poulsen, 1991 y Bach et al, 1996).

La alexitimia refiere una inhabilidad para describir emociones combinada con una empobrecida vida de fantasía. El concepto refleja una personalidad que puede predisponer a los individuos a enfermedades psicosomáticas.

En estudios realizados por Winfried et al, (1996), en un hospital de atención psicosomática (Roseneck Hospital, Alemania), con un grupo de 174 pacientes y Wise y Lee, (1995), con otro grupo de 100 pacientes psiquiátricos a los que aplicaron la versión revisada de la "Toronto Alexithymia Scale" TAS-R, la cual mide emocionalidad, somatización, psicopatología y personalidad, encontraron

que los sujetos con altos marcadores de alexitimia tienen mucho más quejas psíquicas y psicósomáticas que los sujetos con valores bajos de alexitimia. Además, se encontró una alta correlación entre alexitimia y otros factores, como introversión, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, hostilidad, pero sobre todo con depresión, concluyendo que los individuos que se inhiben en la expresión de sus emociones, están en un incrementado riesgo para una variedad de problemas de salud.

En otro estudio realizado en Dinamarca por Poulsen, (1991), con 46 pacientes mujeres con artritis reumatoide, haciendo especial referencia a la alexitimia y llevando a cabo una psicoterapia analítica de grupo con 12 sesiones realizadas 2 veces al mes con el propósito de investigar si es un mito o un hecho que la gente enferma física y crónicamente tiene un acceso restringido a su mundo intrapsíquico y si una terapia de grupo puede mejorar ese acceso, se observó que la enfermedad crónica sí está asociada con un alto grado de alexitimia, sin embargo, se demostró que eso puede ser aminorado a través de una psicoterapia psicodinámica ya que las pacientes participantes dieron mucho más bajas muestras de alexitimia al finalizar la terapia, indicando que el tomar parte en el grupo, facilitó su capacidad de introspección y de reflexión acerca de sus sentimientos, así como de expresar sus emociones.

Por otra parte, ahora existe el acuerdo generalizado de que la alexitimia no está conectada exclusivamente con reacciones psicósomáticas o con enfermedad somática, sino que todos podemos mostrar alexitimia si una situación de la vida o un evento traumático está emocionalmente sobrecargado.

Partiendo de la hipótesis de una construcción incompleta o de un funcionamiento atípico del aparato psíquico de los enfermos somáticos, diferentes de la construcción y del funcionamiento del aparato psíquico de los neuróticos, Marty desarrolló otros dos conceptos, además del ya mencionado "pensamiento operatorio" (alexitimia). Dichos conceptos son:

La "depresión esencial".-

Es una depresión sin objeto ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcicista se orienta hacia la esfera somática.

Se caracteriza por una falta, "borramiento" de la dinámica mental: desplazamientos, condensaciones, introyecciones, proyecciones, identificaciones, vida fantasmática. La desorganización y la fragmentación

sobrepasan el dominio mental, la energía vital se pierde sin compensación. El instinto de muerte es señor y dueño de la depresión esencial.

Se establece cuando sucesos traumáticos desorganizan algunas funciones psíquicas desbordando la capacidad de elaboración. Las angustias difusas suelen precederla, pues traducen un desamparo profundo provocado por el aflujo de movimientos instintuales no reprimidos, la angustia no representa la señal de alarma, ella misma es la alarma, reproduce un estado arcaico de desbordamiento. El yo sobrecargado se desorganiza y cumple a duras penas sus funciones; el inconsciente recibe pero no emite. La desaparición de los sentimientos inconscientes de culpabilidad constituye uno de los principales signos de la depresión esencial; la ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto, se pierde el interés por el pasado y el futuro y se suprimen las relaciones con los otros y consigo mismo.

La desorganización progresiva.-

Es la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado; en la mayoría de los casos, culmina en un proceso de somatización

Conocimientos actuales.-

Marty, (1995), propone al preconscious como punto central del funcionamiento mental psicossomático.

El preconscious se establece como un reservorio de representaciones de diferentes épocas que se encuentran más o menos ligadas entre ellas con la capacidad de aflorar pronto a la conciencia en términos generales. Las representaciones son una evocación de percepciones que se han inscrito como huellas mnémicas de diversas maneras, tomando distintos valores de referencia mentales individuales; se acompañan casi siempre de afectos más o menos precisos, agradables o desagradables. En el curso del desarrollo, el preconscious se organiza como sistema de ligazones entre las representaciones mentales. Según los individuos y de acuerdo con los momentos, se manifiestan diferencias marcadas en cuanto a la cantidad y a la calidad de dichas representaciones: las primeras percepciones y representaciones son modificadas por la evolución mental, por los movimientos pulsionales sucesivos y por los conflictos psíquicos.

Marty plantea la hipótesis de que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, una eventual patología tiene más probabilidades de situarse en el plano mental. Cuanto menos rico en representaciones mentales sea el preconscious

de un individuo y cuanto menos ricas sean las relaciones y permanencia de las que existan, una eventual patología correrá más el riesgo de situarse en el plano somático.

Los procesos de somatización.-

Las demandas de adaptación de un individuo a sus condiciones de vida, obligan a movilizar de manera diferente según los sujetos dos instancias: el aparato somático que, aún cuando nunca pierde toda su flexibilidad biológica y funcional para adaptarse, en ocasiones se encuentra poco dispuesto a tolerar desviaciones importantes en su equilibrio y por otro lado, el aparato mental, que es el que más tiempo necesita para definirse; cuando la disponibilidad de este último se encuentra desbordada por una situación nueva, es el aparato somático el que responde. El rebasamiento de las posibilidades de adaptación se denomina traumatismo.

Ejemplos de traumatismos pueden ser: pérdida de un ser querido, pérdida de una relación amorosa, amistosa o cualquiera que sea significativa para un sujeto, pérdida de un grupo al que se pertenecía, pérdida de un sistema de vida anterior, o bien, de una función fisiológica (por ejemplo la menopausia) o situaciones que, aún cuando son naturales, se viven como algo que amenaza

con disminuir o aniquilar capacidades y facultades, como por ejemplo el envejecimiento.

Los conceptos que se han revisado en este primer apartado, hacen pensar en las bases o los "cimientos" sobre los cuales pueden darse las condiciones propicias para el surgimiento de un trastorno psicosomático, mismos que se revisarán en el siguiente punto.

1.2 Componentes emocionales de la enfermedad física: estrés, ansiedad.

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

Kolb y Brodie (1985), opinan que la acumulación de problemas en las relaciones interpersonales produce una gran parte de las tensiones y angustias que acosan al ser humano y trastornan su fisiología. La falta de satisfacción emocional en la vida del individuo puede actuar de modo semejante. Las reacciones de angustia ante las situaciones difíciles o críticas tienen una especial tendencia a expresarse como síntomas psicósomáticos. Se debe tener en cuenta , por tanto, si existen situaciones personales que puedan originar angustia, hostilidad, agresión, culpa, resentimiento acumulado, rescoldos de inconformidad y otras emociones inquietantes y actitudes insanas que actúen como causa o factor agravante en la producción de una gran parte de las enfermedades que se manifiestan a nivel somático.

Acerca de lo anterior, se piensa que ya el simple hecho de vivir expone a cualquier ser humano a experimentar toda una serie de emociones, dentro de las cuales se encuentran las anteriormente mencionadas y/o algunas similarmente indeseables, a las que tal vez pueda llamarse "emociones tóxicas",

y tomar en cuenta que existen situaciones que las generan, no como una posibilidad, sino como un hecho.

El curso y el desenlace de la enfermedad están influidos por una serie de factores que rodean al individuo y desde luego, por sus propios conflictos emocionales. Uno de esos factores es el ambiente social; el ambiente social del enfermo y la interacción entre éste y el marco que lo rodea, son muy importantes, sin embargo, no siempre es fácil determinar si los síntomas de un enfermo se deben atribuir por entero al padecimiento, o si una pequeña o gran parte de los mismos se deben atribuir a trastornos en el desarrollo de la personalidad, así como al ambiente. El enfoque psicosomático de la enfermedad postula que los factores sociales y psicológicos son importantes para establecer la predisposición, principio y mantenimiento de muchas enfermedades. (Op. Cit.)

Entre los factores sociales que influyen en la enfermedad, se encuentra la familia. Frecuentemente, ésta insiste en mantener actitudes de protección y de esta manera, el paciente puede resistirse a renunciar (aún inconscientemente) a las ventajas secundarias que la enfermedad le proporciona, (p. ej. ser eximido de responsabilidades, tareas, gozar de una mayor tolerancia), de lo cual puede resultar una persistencia de características regresivas de la personalidad. (Op. Cit.)

Existen diferentes motivos que pueden retardar la recuperación en una enfermedad; los beneficios secundarios que se mencionaron anteriormente puede ser uno de ellos, así como las dependencias o conductas infantiles, aspectos a partir de los cuales pueden derivarse razones de diversa índole, como por ejemplo, autocastigo (frecuentemente asociado a sentimientos de culpa), deseo de ser importante (la enfermedad puede vivirse como un recurso para lograr atención, cuidado, etc.), venganza, protesta, etc. Además, cuando en una enfermedad física definida no se tratan los componentes emocionales o psíquicos, también se tenderá a producir en muchos casos una convalecencia prolongada o se favorecerá una reacción crónica, si se enfoca la atención únicamente en los síntomas sin hacer un intento adecuado de averiguar o eliminar sus causas, puede resultar que dichos síntomas se agraven o se fijen de manera permanente. (Op. Cit.)

Deben mencionarse también los efectos nocivos que pueden resultar de la presencia prolongada de un miembro que sufre una enfermedad larga en la familia, especialmente si el mismo reacciona ante su enfermedad con irritabilidad, agresividad o de alguna otra manera desagradable, o si la responsabilidad de cuidarlo implica frustración en otro(s) miembro(s) de la familia, pues esto puede generar, entre otras cosas depresión, enojo, culpa, tanto en el enfermo como en quienes lo rodean, creándose así situaciones que hagan más complicado el manejo de la enfermedad.

Estrés.-

La noción de estrés proviene de la psicología experimental. El término incluye en su más amplia acepción cualquier agresión al organismo, de origen interno o externo que llega a trastornar el equilibrio del mismo. Esa agresión puede ser puramente física (por ejemplo: ruido, temperatura), producida por agentes traumáticos, infecciosos o tóxicos, o bien, puede concernir a niveles más elevados de integración sensorial y cognitiva, es decir, implicar el sistema de relación del sujeto, como lo afirman Jeammet et al, (1993).

El término fue inicialmente utilizado por Hans Selye, quien lo definió como la respuesta inespecífica del individuo a cualquier demanda interna o externa; el estrés ha sido definido dentro de la tradición selyana como una respuesta y no como un estímulo. (Palacios, en Rodríguez Ortega y Rojas Russell, 1998)

El estímulo que provoca una respuesta de estrés ha sido llamado "estresor". Se pueden distinguir dos tipos de estresores: los psicosociales y los biológicos. Los primeros se convierten en estresores como consecuencia de la evaluación cognoscitiva que el sujeto hace de ellos. Los estresores de origen biológico han sido llamados así por sus propiedades eléctricas o bioquímicas, capaces de iniciar una respuesta de estrés sin generar actividad cognoscitiva previa. (Idem).

Las sensaciones de temor, tensión emocional y preocupación experimentadas por un sujeto, parten directamente de la posibilidad de ser dañado por situaciones de peligro; sin embargo, las reacciones emocionales a las situaciones angustiosas son influidas tanto por los peligros potenciales reales como por las apreciaciones individuales. (Spielberg, 1980)

Cuando una persona se encuentra en una situación que interpreta como amenazadora (por un peligro de procedencia interna o externa), experimenta sensaciones de tensión, temor y preocupación; también sufre una serie de cambios fisiológicos y conductuales como resultado de la excitación del sistema nervioso autónomo, el cual la prepara ya sea para huir o para pelear. La intensidad de la reacción es proporcional a la magnitud del peligro o amenaza comprendidos. Selye describió el conjunto de reacciones fisiológicas ante el estrés bajo el término de "Síndrome general de adaptación" (S.G.A). (Op. Cit.)

Tal preparación se lleva a cabo con ayuda de las glándulas suprarrenales y el ya mencionado sistema nervioso autónomo, mismo que también regula el funcionamiento de los órganos de todo el cuerpo, razón por la que, inevitablemente estos participan en dicha preparación para una emergencia. Si es posible la acción directa, si se puede expresar la agresión, o bien el miedo provoca una fuga inmediata, la energía movilizada se disipa y consume en las reacciones viscerales. Sin embargo, cuando no hay salida posible, si no hay

expresión o acción, los cambios viscerales persistirán, produciéndose una amplia gama de alteraciones fisiológicas; cuando esto ocurre repetidas veces y se vuelve crónico, los cambios viscerales sobrepasan los límites normales, se vuelven patológicos y producen desórdenes psicosomáticos. (Cameron, 1988).

Este proceso se atribuye a muchos casos de úlcera péptica, asma bronquial, colitis ulcerosa, hipertensión, migraña y artritis (Arieti, 1959, en Cameron, 1988)

Actualmente, se cuenta con una gran cantidad de evidencias sobre los efectos del estrés crónico en general y de sus efectos sobre un órgano de choque en particular, causándole a este alguna alteración funcional o francamente patológica.

Desde este punto de vista, el estrés ha sido conceptualizado como un factor psicológico que afecta directamente la condición física del individuo, razón por la cual, actualmente es estudiado como un proceso psicofisiológico. De aquí que, los términos trastornos psicosomáticos y trastornos psicofisiológicos se usen como sinónimos, desde la perspectiva de la alteración fisiológica inducida por la psicológica. (Palacios, en Rodríguez y Rojas, (1998); Vingerhoets, Assies, (1991).

El estrés ha sido identificado también como una respuesta natural de adaptación. Se puede distinguir así, entre el estrés crónico con efectos en la

salud y el estrés adaptativo. Selye describió dos tipos de estrés: uno positivo, llamado también "eustrés" y uno negativo, llamado también "distrés". En referencia al estrés como a otras emociones, existe un grado óptimo de activación con el cual el individuo puede funcionar adecuadamente; cuando su nivel está por arriba o por debajo de ese nivel ideal, puede resultar disfuncional.

También ha sido analizado el estrés a través del estudio de dos procesos que tienen lugar en la relación individuo-entorno, estos son: la evaluación cognoscitiva y el afrontamiento. La evaluación cognoscitiva es un proceso de carácter subjetivo que determina para cada individuo por qué y hasta qué punto una relación entre el individuo y su entorno es estresante, los eventos de la vida cotidiana, son objeto de evaluación cognoscitiva constante. El afrontamiento, es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-entorno que previamente ha evaluado como estresantes y las emociones y cambios psicofisiológicos (reactividad) que ese proceso implica, la selección de patrones conductuales, cognoscitivos y fisiológicos para su atenuación o anulación. (Palacios, en Rodríguez y Rojas, 1998; Vingerhoets, Assies, 1991).

Si el afrontamiento es inadecuado o no está presente, se conforma la disfunción o la enfermedad propiamente dicha. De ser eficaces las estrategias

de afrontamiento, se genera la atenuación de la respuesta de estrés. En el caso de que se estructure la disfunción o la enfermedad, el impacto recae nuevamente en la integración afectiva, manteniéndose con esto la respuesta de estrés. De esta manera, se completa el círculo vicioso que mantiene la enfermedad que se planteará en particular en el punto dedicado al conflicto y la artritis reumatoide.

De acuerdo con este modelo, ante el evento estresor se presenta la evaluación cognoscitiva y posteriormente la integración afectiva. En estos dos procesos, se deben considerar la participación de los predisponentes biológicos, los patrones de personalidad, la historia y recursos propios de cada individuo. La crisis de la enfermedad física y/o mental puede ser entendida entonces como la interacción de los factores y antecedentes personales del individuo con los factores propios de la enfermedad, sean hereditarios, infecciosos o derivados de los estilos de vida, aunados a los factores ambientales (sociales y físicos) y modulados por las características individuales de reactividad psicofisiológica.

Con base en este modelo, el conocimiento generado en los últimos años en el marco de la Psicofisiología aplicada, ha permitido identificar que el estrés es uno de los componentes más importantes que incide directamente en el estado general de salud de los individuos. (Palacios, op.cit).

Sin embargo, la vieja polémica entre los modelos específicos y generales del estrés para explicar el origen de las enfermedades no está definitivamente resuelta como tampoco se tienen criterios absolutos para la diferenciación del estrés y el distrés en un individuo determinado. Son problemas a los cuales deberá responder la Psicología de la Salud y es, justamente en el terreno de las enfermedades crónicas donde se dan las condiciones propicias para ello. (Grau, op cit).

Una reducción sistemática a la exposición de factores de riesgo, así como una promoción de estilos de vida saludables, son estrategias que ayudan a reducir la recaída e incluso los estadios iniciales de la enfermedad.

Consecuentemente, el individuo evalúa cognoscitivamente la enfermedad, entendiéndose esta como una clara alteración de la homeostasis, en un proceso en el que, la tarea de adaptación es uno de los puntos más importantes, para lo cual tendrá que desarrollar las estrategias de afrontamiento que junto con el tratamiento medicamentoso (en su caso) o cualquier estrategia de autorregulación, lo lleven a superar la crisis. Esto dependerá, desde luego, de qué tanto haya aprendido el individuo de la relación causal entre los factores predisponentes de la enfermedad, el entorno social y ambiental con los factores de su historia personal, sus patrones de comportamiento (los saludables y los que no lo son) y las estrategias de

afrontamiento (identificando cuales son realmente efectivas y desarrollando otras nuevas que sustituyan a las que no lo son). (Palacios, op. Cit.).

De acuerdo con Cameron (1988), de ser lo suficientemente intenso el estrés interno o externo, cualquier persona sufrirá regresión y manifestará necesidades infantiles, pero, sufrirán regresión a causa de estrés relativamente moderado aquellos adultos especialmente vulnerables debido a una hipersensibilidad innata, o bien, quienes hayan fracasado en la solución de etapas de desarrollo de la infancia y desarrollen estructuras de la personalidad vulnerables. Cuando ocurre una regresión, se reactivan conflictos, deseos y miedos infantiles, pero está presente gran parte de la organización defensiva del adulto; es decir, durante la regresión el adulto no actúa ni habla como un niño, la persona puede seguir cumpliendo con sus deberes cotidianos a pesar de sus reactivadas necesidades infantiles e incluso, puede ni siquiera darse cuenta de que las tiene.

Dentro de tales necesidades, se encuentran dos que son opuestas una a la otra: la incapacidad de estar solo y el insistir en estar solo; dichas necesidades pueden seguirse experimentando en la edad adulta como el deseo de ser independiente, autosuficiente y maduro por un lado, y por el otro, seguir siendo dependiente, por la seguridad en muchos aspectos que esto puede representar. Tal vez el defecto básico en la persistencia de esas necesidades,

sea que durante la infancia no se logró resolver la unidad simbiótica madre-hijo (Cameron, 1988).

Esas necesidades opuestas tal vez puedan traducirse en un conflicto sumisión-rebelión que puede verse asociado en particular con la artritis, como se verá más adelante en el capítulo dedicado a dicha enfermedad.

Otro de los factores ligados a la enfermedad física, es la ansiedad. Esta produce trastornos que se expresan de manera predominantemente fisiológica y no simbólica. El afecto se expresa a través de las vísceras, reprimiendo el sentimiento o parte subjetiva y en consecuencia se evita en gran parte la posibilidad de que se vuelva consciente. Su expresión no está bajo el control absoluto de la voluntad ni de la percepción, (Kolb y Brodie, 1985).

Freud fue el primero en proponer un papel determinante de la ansiedad en la formación de los estados neuróticos y psicósomáticos. Definió los estados de ansiedad como "todo lo abarcado por la palabra nerviosidad", un estado emocional o condición del organismo particularmente desagradable. Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación al igual que los cambios fisiológicos como las palpitaciones, los temblores y las náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad. (Spielberg, 1980).

En sus primeras formulaciones, Freud sostenía la teoría de que la ansiedad era resultado de una descarga de energía sexual reprimida. Cuando se bloqueaba por medio de la represión la expresión normal de la energía sexual, ésta se acumulaba y se transformaba en una ansiedad "flotante" o en síntomas muchas veces físicos. (Op. cit).

Posteriormente Freud modificó sus teorías para insistir en el papel crítico de la ansiedad como una respuesta ante la presencia del peligro. La percepción del peligro, ya sea proveniente del ambiente exterior o de los pensamientos o sensaciones, provoca un estado de ansiedad y esta desagradable reacción emocional sirve para indicar al individuo la necesidad de algún tipo de adaptación. (Op. cit).

En su posterior concepción de la ansiedad, Freud llamó la atención sobre dos fuentes potenciales de peligro: el mundo exterior y los propios impulsos internos de cada persona. Si la fuente de peligro se encuentra en el mundo exterior, esto da por resultado una reacción objetiva de ansiedad. A las reacciones de ansiedad provocadas por los impulsos internos prohibidos o inaceptables se les llamó ansiedad neurótica. (Op. cit).

Según Cameron (1988), la ansiedad no es en sí patológica y en cierta medida resulta inevitable, además, constituye la piedra fundamental de la

psicopatología, pues los síntomas más importantes en cualquier patología, son intentos de defenderse de la ansiedad, de descargar las tensiones intolerables producidas por ésta. La ansiedad participa directamente en producir desórdenes psicosomáticos. Cuando es moderada, puede volver a la persona alerta, sensible, perceptiva, dejándola mejor preparada para enfrentarse a situaciones de crisis que si estuviera relajada y desprevenida.

Ansiedad normal:

Se dice que es normal la ansiedad cuando su intensidad y su carácter convienen a una situación dada y cuando sus efectos no causan desorganizaciones ni malas adaptaciones. Cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la persona para la acción inmediata y vigorosa y puede incrementar la resistencia de una persona durante una emergencia, una de sus funciones más importantes es preparar defensivamente a una persona que se enfrenta a un ataque probable o cierto. Sin embargo, la ansiedad normal también tiene desventajas; si una persona no puede hacer nada en una situación que justificadamente la pone ansiosa, sufrirá sin propósito alguno una sensación de tensión, de preocupación y de expectativa vaga. Con el tiempo, tal tipo de reacción fatiga y agota los recursos de una persona, incluso, la hace perder su libertad y flexibilidad, puesto que tiene que limitar sus

actividades e intereses a una búsqueda cauta de las posibles fuentes de peligro.

Ansiedad patológica:

Se considera que la ansiedad es patológica cuando nada parece justificarla, cuando es exagerada o dura demasiado, o cuando da lugar a maniobras defensivas que interfieren seriamente con el gozo y con la vida activa de una persona. También es patológica cuando representa una tensión que exige una descarga inmediata con ayuda de la hiperactividad o cuando da como resultado una conducta agresiva pobremente controlada que perturba las relaciones interpersonales, o bien, cuando exija una represión o una supresión excesiva, de modo que la persona pierda su espontaneidad y se muestre inhibida o en guardia.

Ansiedad de separación:

Cuando el niño se encuentra en la fase de relación simbiótica con la madre, surge en él la ansiedad de separación. Si la madre lo abandona por un largo periodo, el niño lo pierde todo; cuando ella desaparece y él la necesita, sufre una regresión y vuelve a experimentar la ansiedad primaria que en un principio la madre le había ayudado a superar, en cuanto ella regresa, el niño

pierde dicha ansiedad primaria y vuelve a estar en paz. No obstante, la ansiedad de separación no desaparece al madurar el infante, sigue siendo una fuente de perturbaciones durante toda la niñez y es causa de algunas perturbaciones en la adolescencia, e incluso en la edad adulta aparece bajo una u otra forma, esto puede observarse en circunstancias variadas, por ejemplo, se ve en madres que son separadas de sus hijos o cuando los cónyuges se distancian; lo mismo sucede en los periodos de luto.

Ansiedad por la pérdida de amor:

La ansiedad por la pérdida de amor ejerce los mismos efectos generales que la ansiedad de separación, e incluso puede resultar más traumática que la separación física. Los niños y los adultos consideran el amor como algo a lo que tienen derecho, no importa cuales sean las circunstancias, sin embargo, la experiencia cotidiana los enfrenta al peligro de perder el amor aún cuando no se pierda a la persona que lo ha estado proporcionando. Toda persona, niño o adulto, que para sentirse bien y digno de sí mismo depende del amor de otra persona, experimenta como una amenaza de catástrofe la de perder el amor, y bien pudiera serlo. Tal reacción será normal en un niño, tenga su ansiedad una base real o no; será normal en adultos si la amenaza es real, en especial en mujeres, quienes por su educación y otras circunstancias son inherentemente más dependientes que el hombre. (Op. Cit.).

Con respecto al conflicto sumisión – rebelión que se citó antes, ¿es posible que una persona se someta a determinadas circunstancias con tal de sentirse aceptada o de no perder el amor? Y en tal caso ¿puede ser esto una fuente generadora de patología?

1.3 Antecedentes dinámicos de desarrollo.

Como se ha visto en la definición, un trastorno psicossomático implica tanto componentes físicos como psicológicos y dentro de estos últimos, intervienen aspectos de toda la vida del sujeto, su historia, su entorno. Por esa razón es necesario revisar datos que muestren cuales son las situaciones comunes en las que los seres humanos nos vemos inmersos durante nuestro desarrollo y que particularidades en dichas situaciones pueden dar la pauta para que un individuo esté en condiciones más propicias para vivir determinadas experiencias. Dada la amplia gama de posibilidades que incluye el desarrollo psicológico y de personalidad de un sujeto, se pretenderá plantear aquellos aspectos que, de acuerdo al tipo de conflictiva que se presume está ligada a la enfermedad en la que se enfoca este trabajo, sean los más destacados.

1.3.1 Antecedentes infantiles.

La formación progresiva de la personalidad es un largo proceso de separación individuación, separación del niño de su entorno inmediato y adquisición de una individualidad cada vez más afirmada, hasta la consolidación de una identidad bien establecida al final de la adolescencia.

Desde antes del nacimiento, un niño es heredero de las fantasías y deseos de lo que han imaginado los padres con respecto a él o ella; un hijo es objeto de expectativas diferentes para cada uno de los padres. El momento del nacimiento marca la diferencia entre el sueño y la realidad; la apariencia física, el parecido, el sexo, haber sido deseado o no son elementos de la realidad que confirman o defraudan las fantasías sobre el hijo. Es muy importante la motivación materna en el establecimiento de las primeras relaciones con el hijo, mismas en las que van a intervenir el mundo interno de fantasías de la madre, su historia y la presencia real del niño. Esto no quiere decir que sea sólo la madre la importante y que el padre no tenga un papel que jugar, pero es cierto que el niño tiene necesidad de una relación privilegiada con un miembro fijo de su ambiente y es la madre quien se encuentra por naturaleza en mejor situación para ocupar ese puesto. (Jeammet et al, 1993).

Según Cameron (1988), una buena cantidad de patología conductual tiene relación con la persistencia patológica en la edad adulta de algunas necesidades de la infancia y la niñez. Ante todo, puede observarse una continuación indefinida de ese tipo de dependencia infantil que consiste en necesitar de otros para obtener comida, cariño y abrigo y que en la edad adulta crea muchos tipos de relaciones de dependencia, produciendo adultos crónicamente infantiles que buscan repeticiones de las relaciones de dependencia que nunca lograron resolver cuando niños.

Dicha dependencia no resuelta, puede deberse a cualquiera de las dos causas que pueden originar una fijación, es decir, carencia o exceso de estímulos; en el primer caso, la persona obviamente buscará satisfacer necesidades no satisfechas, en el segundo, la persona no deseará renunciar a todo lo que tiene e intentará asegurarse de tenerlo por más tiempo o incluso perpetuarlo, para lo cual, una persona dependiente puede optar por una adicción, -cualquiera que ésta sea y por poner sólo un ejemplo-, ¿otra acaso elija una enfermedad?.

Dos necesidades infantiles opuestas que persisten patológicamente en los adultos son, la incapacidad de estar solo sin caer en la ansiedad, la otra, insistir en estar solo. La ansiedad surgida cuando se está solo, tiene antecedentes infantiles en la fase de relación simbiótica que el niño establece con la madre en los primeros meses de vida; durante dicha fase, el niño es un ser absolutamente dependiente del amor, la protección y los cuidados de la madre. Según Spitz, (1990), en esos primeros meses, la percepción afectiva y los afectos predominan en la experiencia infantil; el aparato perceptivo, sensorialmente discriminativo, aún no está desarrollado, buena parte de él ni siquiera ha madurado, por eso la actitud emocional de la madre, su afecto, servirá de orientación a los afectos del infante. Existen variaciones sin fin de una madre a otra; cada madre varía de un día a otro, de una hora a otra, de una situación a otra distinta. De acuerdo con la personalidad de la madre,

puede haber una diferencia enorme, respecto a que el niño sea precoz o retrasado, dócil o difícil, obediente o revoltoso, etc.

Las diferencias en la actitud del bebé obviamente también modelarán las relaciones diádicas. Fries (1961) en Cameron (1988), estudiando los niveles de actividad de recién nacidos, encontró que van de sumamente activos a sumamente pasivos, así mismo observó que existen diferencias características en el nivel de tensión y en la descarga de la misma, además de diferencias notables en el funcionamiento de sus órganos; dichas diferencias innatas pueden determinar la manera en que los infantes toleran o no la demora, la frustración y la incomodidad.

A medida que va desarrollando sus capacidades perceptivas, emotivas, cognoscitivas y motoras, se va volviendo capaz de participar activamente en la relación que su madre le ofrece; así, sus primeros logros consistirán en desarrollar una madurez perceptual e incorporar lo suficiente de su medio circundante - con toda la estimulación que la madre le ofrezca -; es gracias a experiencias repetidas y variadas que el niño y la madre comparten, que el primero termina esperando confiadamente que se satisfagan sus necesidades, lo cual le ayuda a desarrollar una "confianza básica" que puede determinar el futuro emocional del niño. Posteriormente, la maduración y el desarrollo ocurridos en las funciones perceptuales, cognoscitivas y motoras, le permiten

organizar la realidad externa y constituyen la base de lo que se llama funciones del ego autónomas. Así, va generándose una organización de sistemas mentales que surge de la interacción con la realidad externa y la somática, entendiéndose por ésta última al cuerpo y sus funciones tal y como una persona los experimenta, de manera que, el niño puede ya también percibirse como un ser aparte de la madre, diferenciarse de ésta. (Cameron, 1988).

Todo infante experimentará inevitablemente demora, frustración y conflicto; ninguna madre, por dedicada que ésta sea, puede eliminar tales experiencias de la vida de un niño, y si pudiera y lo hiciera, provocaría que éste no tomará jamás conciencia de la realidad, pues es justamente a base de experimentar dichas situaciones, que el niño establece un verdadero contacto con la realidad; es decir, tener que esperar a que sus necesidades sean satisfechas o bien, sentir frustración al no verlas satisfechas por la madre y no ser capaz de satisfacerlas por sí mismo, (pues en esa etapa de desarrollo, la percepción supera al desarrollo motor), o incluso, el sentirse en conflicto originado por el hecho de tener muchas necesidades que cumplir y que a menudo son antagónicas, de modo que satisfacer una implica no dar cumplimiento a otra, en fin, todo esto propicia en el niño el surgimiento de imágenes de experiencias anteriores en relación con una necesidad y su satisfacción, hecho que conduce al desarrollo de su imaginación. Todas esas situaciones, lo llevan a efectuar lo que se denomina "prueba de realidad", es decir, diferenciar entre la

realidad externa, la somática y los productos de su imaginación. Dicha comprobación de la realidad le permite al niño, a medida que madura y adquiere experiencia, conducirse y experimentar el mundo que lo rodea y a su propio cuerpo de manera cada vez más realista.

Es también en el momento en que el niño experimenta en ocasiones ser satisfecho por su madre y en otras ser frustrado por ésta, que el niño empieza a percibirla como si fuesen dos objetos por separado: uno que es el objeto bueno o "madre buena", que satisface sus necesidades y hacia la cual está dirigido su amor y un objeto malo o "madre mala", que se niega a satisfacer sus necesidades y hacia la cual está dirigida su agresión (etapa preambivalente). Pero, ninguna madre es una cosa o la otra, además, en la vida psíquica no cabe lo "blanco blanco" o lo "negro negro". A base de innumerables intercambios con la madre, las corrientes contradictorias que en tales condiciones se establecen entre la madre y el niño, van creando una serie de huellas mnémicas de los papeles cambiantes de la madre, hasta que ésta llega a percibirse como un solo objeto, se fusionan el bueno y el malo y por consiguiente los impulsos tanto amorosos como agresivos se dirigen también hacia el objeto unificado, predominando (en condiciones "normales") los aspectos buenos de la madre y el impulso amoroso, ya que el niño aprende que, aún cuando demore, la madre satisface sus necesidades. Esto da acceso a la ambivalencia, es decir, a ser capaz de soportar sentimientos buenos y malos

destinados al mismo objeto (la madre). Cabe mencionar que la ambivalencia es el punto de origen de cualquier conflicto: dos necesidades o impulsos antagónicos que se dan a un mismo tiempo. Posteriormente se verá dentro de este mismo subtema en lo referente al "conflicto". (Spitz, 1990, y Jeammet et al, 1993).

En esa fase, es importante permitir al niño exteriorizar su agresión, su enojo, cuando éste sienta motivos para ello, sin responder a sus manifestaciones a su vez con enojo o agresividad excesiva, puesto que ello dificultará dicha ambivalencia, haciendo que predomine lo malo, o que se separe tajantemente lo bueno y lo malo y que el niño tenga que recurrir a modalidades no naturales de expulsión de la agresión, o bien, a reprimirla o contenerla, existiendo el riesgo de conductas autoagresivas o autodestructivas; además, puede perturbarse su contacto con la realidad, volviéndolo incapaz de soportar el conflicto. (Jeammet et al, 1993).

Cuando el infante es capaz de sentarse y ponerse de pie, sus relaciones activas con la realidad externa han progresado al punto de permitirle comenzar a funcionar como individuo autónomo en cuanto un niño de alrededor de un año puede serlo. En condiciones normales, es este el punto en el que la relación simbiótica madre - hijo se disuelve. Sin embargo, en casos excepcionales un infante no logra disolver dicha relación; en otras ocasiones,

ocurren fracasos parciales en el intento por disolverla, mismos que dejan al niño mal preparado para convertirse en un individuo autónomo, lo cual puede dar como resultado estructuras de la personalidad vulnerables que pueden desarrollar trastornos en la infancia posterior, en la adolescencia o en la edad adulta. (Cameron, 1988).

Según va pudiendo diferenciar el infante el "yo" o el "mi" de la madre, tanto en lo externo como en sus imágenes internas, comienza a actuar más como persona individualizada; en ocasiones, cuando el estrés de la vida le resulta excesivo, vuelve a los brazos de la madre y se restablece momentáneamente la vieja unidad madre-hijo, (etapa conocida como "reacercamiento"). Los padres y los hermanos del niño, en una situación normal, fomentarán en él esos esfuerzos por diferenciarse y constituirse en una persona aparte. Esto representa para la madre motivo de alivio y orgullo, con la posibilidad de una mayor libertad para sí misma, aunque puede tener también la sensación de que "su" pequeño está creciendo y ahora es un ser que tiene que separarse de ella, hecho que requiere de una elaboración también por parte de ésta. Por lo que toca al infante, él o ella necesita lograr ciertos avances para que se le acepte totalmente como miembro independiente de la familia, esos avances son en los hábitos de comer, en la canalización de su amor y su enojo, en adquirir control de sí mismo y controlar sus esfínteres. (Op. Cit.)

Empieza entonces otra fase que ocupa el segundo año de vida del niño. Durante la misma, el niño deberá aprender, en parte bajo la presión del ambiente, a controlar sus esfínteres. Para él esta será la ocasión de ejercer su nuevo poder, tomar conciencia de lo que está en su interior y en el exterior (retención-expulsión), concibiendo así la posibilidad de dar o de guardar, es decir, doblarse ante la demanda del ambiente ajustándose al establecimiento de un horario y a las reglas de higiene para evacuar, o bien, oponerse a dicha demanda, desahogando sus necesidades a su gusto. En todo este proceso para conseguir su independencia y ser un individuo diferenciado con una identidad propia, (aunque dicha identidad se consolida hasta que finaliza la adolescencia), el niño utiliza como herramienta una autoafirmación vigorosa, a veces con apariencia de negativismo puro. Los padres pueden controlar esa autoafirmación, pero para ello, lo ideal sería encontrar un punto medio, pues existe la posibilidad de que si se da una permisividad excesiva al niño, este crecerá sin límites y su conducta será inadecuada y por el contrario, si se frustra demasiado al niño, este caerá en un enojo crónico o se convertirá en un ser sumiso que carezca de iniciativa normal. (Cameron, 1988 y Jeammet et al, 1993).

En un estudio realizado con gemelos adolescentes, (Molainen, 1991), tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de síntomas psicósomáticos. El autor plantea que es frecuente que los padres de gemelos se dividan la responsabilidad de

los niños y se establezca así una situación en la que uno de los gemelos es "el niño de mamá" y el otro "el niño de papá". En el estudio se observó que en los "favoritos" de las madres se reportó mayor prevalencia de síntomas psicossomáticos, argumentándose que en muchas madres es típica una relación más cohesiva y se ha descrito con anterioridad que las relaciones familiares cohesivas están relacionadas con síntomas psicossomáticos. Entre más cohesiva sea la relación entre la madre (familia) y el niño, puede pensarse que sea más difícil la separación e individualidad.

Otro aspecto que se abordó en dicho estudio, fue el hecho de que entre gemelos, comúnmente uno desempeña un papel dominante y el otro un papel sumiso. Al respecto se observó que, los gemelos que fueron descritos por sus padres o por ellos mismos como dominantes, mostraron más síntomas de nerviosidad e irritabilidad, puesto que ser el líder significa tomar la responsabilidad, mientras que, quienes fueron descritos o se autodescribieron como sumisos mostraron mayormente síntomas psicossomáticos (cefalalgia, dolor abdominal), pues ser sumiso significa adaptarse constantemente al deseo de otros, lo cual parece dar lugar a síntomas psicossomáticos. Además, quienes informaron ser totalmente sumisos, reportaron depresión manifiesta en dificultades para dormir y pérdida de apetito, mostraron baja autoestima y elevada anhedonia.

Es también en ese proceso de desarrollo denominado por Margaret Mahler "separación-individuación", que surgen los objetos transicionales. El uso de éstos, es una parte normal del desarrollo emocional de los niños. El objeto transicional (cualquier objeto inanimado), es adoptado por el niño y funciona como una madre sustituta, representa una "reunión" con la madre y le ayuda a afrontar el estrés.

En otro estudio, este realizado con niños diabéticos y con artritis reumatoide, (Erkolahti, 1991), se plantea que, como en los pacientes psicossomáticos está presente la alexitimia, la capacidad para jugar y simbolizar está pobremente desarrollada, lo cual podría causar una falla para crear objetos transicionales. Sin embargo, los resultados obtenidos no apoyaron esa hipótesis, ya que tanto los niños diabéticos como los reumáticos sí tuvieron objetos transicionales y los mantuvieron con ellos por un periodo más prolongado que los niños del grupo control. Además, se observó una mayor prevalencia del objeto transicional en el grupo de niños reumáticos. El gran número de niños con objeto transicional dentro de ese grupo (además del hecho de usarlo por más tiempo), puede hablar de un retardo en el proceso de separación-individuación conectado a la enfermedad crónica y a las estrategias para afrontar la enfermedad.

Es importante que, como se vio en el estudio anteriormente mencionado, no puede generalizarse que los pacientes psicossomáticos no tengan objetos transicionales por una incapacidad para simbolizar y fantasear, sin embargo, en condiciones particulares, un niño puede no crear un objeto transicional "normal", sino desarrollar en su lugar algún tipo de situación que cumpla más o menos la misma función pero de una forma patológica, es decir, una "enfermedad psicotóxica" como las llamó Spitz, debido más bien a que el niño no ha logrado consolidar un objeto externo (o al menos no de manera permanente) con el cual poder establecer una relación.

Dos perturbaciones descritas por Spitz relacionadas con la patología de las relaciones de objeto son: 1) el cabeceo de los infantes (ligado a fluctuaciones entre el mimo y la hostilidad por parte de la madre) y 2) los juegos fecales y coprofagia (oscilaciones cíclicas del humor de la madre).

En sus estudios, Spitz observó que en la primera de dichas perturbaciones, las madres de esos infantes mostraban alternativamente explosiones de cariño con otras igualmente intensas de hostilidad y cólera; esa conducta contradictoria e inconsecuente de la madre hace imposible el establecimiento de relaciones de objeto, pues los cambios son tan rápidos que no hay tiempo para ello, deteniendo al niño en el nivel del narcicismo primario, por lo que

dirige hacia él mismo sus impulsos amorosos, depositándolos en la representación psíquica de su cuerpo (cabeza).

En el segundo caso, se observó que las madres daban cambios de humor intermitentes hacia los infantes (de la hostilidad, a la compensación de la misma en forma de solicitud exagerada), de manera que una actitud dura un periodo bastante largo para permitir la formación de una relación con ese objeto, pero, ese periodo finaliza y empieza la otra fase en la que el objeto se convierte en lo contrario y permanece también el tiempo suficiente para que el niño pueda formar nuevas relaciones de objeto, obligándolo a establecer una reacción compensatoria de la pérdida del primero.

Tanto los niños cabeceantes como los coprófagos encuentran obstáculos para hallar un objeto y relacionarse con él; el juego fecal, al menos consiste en la manipulación de una "cosa", por lo que supone en cierta forma relaciones de objeto, aún cuando las mismas sean patológicas.

Dentro de este contexto, ¿es posible considerar que una enfermedad crónica cumpla una función semejante a la de una perturbación psicotóxica?. En ambos casos, aún cuando sea de una manera patológica, el individuo puede "refugiarse" en una situación (que adicionalmente le permite tener una relación con otro(s), relación que remite a la dependencia, cuidado y

protección a la que el niño vuelve durante la fase de reaceramiento con la madre) y por medio de la misma, manejar o descargar el estrés que la vida le plantea, funciones todas que desempeña el desarrollo normal de los antes mencionados objetos transicionales.

1.3.2 Conflicto y defensas.

Conflicto.- Un conflicto surge cuando existen a un mismo tiempo dos impulsos, necesidades o motivaciones antagónicas. "Se desarrolla entre una tendencia que pugna por hallar descarga y otra tendencia que trata de evitar esa descarga".

La "tamización" de las pulsiones, o sea, la decisión acerca de si ha de ser permitida o no la descarga, es una función del yo. El conflicto da por resultado el bloqueo de las descargas necesarias y crea así un estado de estancamiento, el cual da origen gradualmente a una insuficiencia en la aptitud del yo para controlar la excitación. (Fenichel, 1991).

El conflicto se encuentra presente en todos los niveles de desarrollo de la personalidad, pues en cada etapa existen necesidades opuestas, por ejemplo, el conflicto entre el amor y el odio cuando el infante percibe dos "partes" diferentes de su madre (la que satisface sus necesidades y la que no), conflicto

entre la búsqueda de satisfacción inmediata y las exigencias de la realidad externa, conflicto entre la necesidad de autoafirmación y autonomía y las persistentes necesidades de dependencia, conflicto en el interior mismo del mundo psíquico entre las diferentes instancias. (Cameron, 1988 y Jeammet et al, 1993).

El conflicto puede cumplir una función organizadora, indispensable para el desarrollo de la personalidad, o bien, un efecto desorganizador que arrastre consigo respuestas cada vez más inadaptadas, pudiendo conducir a una alteración del mismo cuerpo, (Jeammet et al, 1993).

Los efectos opuestos del conflicto dependen esencialmente del contexto afectivo y relacional en el cual se desenvuelve el mismo. Un niño en conflicto en un ambiente que permanece positivo, saldrá reforzado al aprender que la expresión de las tensiones y de la agresividad no comprometerá en modo alguno la calidad positiva de sus relaciones. La agresividad se convertirá entonces en algo útil para los nuevos logros; por el contrario, un niño en conflicto en un mundo insuficientemente amante o no fiable debido a la imprevisibilidad de sus reacciones, tendrá una profunda inseguridad. La agresividad no será utilizada con provecho por ser muy peligrosa, el amor no podrá aprovecharse del todo por ser incierto y portador de decepciones y sufrimientos.

Lo ideal no es la ausencia de conflictos pues ellos pueden ser, como se mencionó, un elemento propulsor en el desarrollo del individuo, sin embargo, pueden llegar a constituir también una situación patológica, por lo tanto, lo importante es el destino de los conflictos, es decir, la posibilidad de resolverlos o sobrellevarlos. (Bleger, 1981).

Es justamente en la infancia cuando se adquiere el estilo de relación con el mundo y se organizan los deseos que fundamentarán las motivaciones posteriores. Vale señalar que las modificaciones son siempre posibles, sin embargo, resultan difíciles puesto que, debido a la profunda tendencia a la repetición, las actitudes adquiridas tenderán a perennizarse. (Jeammet et al, 1993).

Tipos de conflictos.-

K. Lewin propone 3 tipos de conflictos: 1) atracción-atracción, 2) rechazo-rechazo y 3) atracción-rechazo.

En el primero, el sujeto se enfrenta a dos objetos que son atractivos o que él desea, pero que son incompatibles entre sí.

En el segundo, el sujeto se ve obligado a elegir entre dos objetos o situaciones desagradables, peligrosas o rechazables.

En el tercer caso, el sujeto se enfrenta con tendencias o actitudes contradictorias dirigidas hacia el mismo objeto. Se diferencia de los anteriores en que las tendencias son opuestas y recaen no sobre objetos diferentes, sino sobre un mismo objeto.

El conflicto ambivalente (tipo de conflicto que se pretende ligar a la artritis reumatoide en este trabajo), va acompañado de gran tensión y ansiedad así como inseguridad, porque el objeto (o situación) que se quiere, a la vez peligra o por lo menos incomoda por el rechazo que se le tiene, situación que además agrega depresión y culpa.

Este tipo de conflicto, puede resolverse con una mayor integración que permita aceptar aspectos positivos y negativos al mismo tiempo, lo que significa mayor integración del yo y por lo tanto, mayor sentido de la realidad. Pero, cuando no es resuelto, plantea (como en cualquier otro tipo) situaciones defensivas. Estas actúan disociando al conflicto ambivalente en las dos tendencias contrapuestas que lo componen. Pichon Riviere llama a este hecho "divalencia", es decir, división en dos conductas y en dos objetos diferentes. Se da entonces una disociación en la que la relación objetal es ahora con dos

objetos parciales, cada uno de los cuales está ligado a una parte del "yo" y a uno de los términos del conflicto total, por lo tanto, la "división esquizoide" es la conducta defensiva básica. (Bleger, 1981).

Existen también fuentes externas de conflicto. Innumerables situaciones del mundo externo hacen inevitables los conflictos en todo ser humano en la vida cotidiana. El medio circundante ofrece muchas oportunidades de satisfacer las necesidades humanas pero también muchas frustraciones y hasta peligros. A nivel conductual, todos vamos adquiriendo técnicas que nos permiten moderar las consecuencias de los conflictos, ya sea evitándolos, eligiendo, tomando decisiones que hacen aceptar una cosa y renunciar a otra. El simple hecho de la vida en grupo implica la presencia constante de conflictos externos e internos. Las necesidades y deseos de personas diferentes que viven unidas y cumplen papeles diferentes, provocan un conflicto de intereses continuo y variado, pero, de alguna manera, esto constituye el precio que debemos pagar por nuestras necesidades de interdependencia con otros seres humanos.

Otra fuente importante de conflicto y que hace pensar en el sistema psicodinámico es la capacidad humana de simbolizar. El conflicto es inherente a toda simbolización porque ésta última constituye la representación de las realidades interna, somática, externa e interpersonal en forma distinta a las

experiencias originales. A veces, la manipulación simbólica le permite al ser humano aumentar su dominio sobre la realidad, a veces contradice la realidad y otras, expresa algo que no corresponde a la experiencia real; cada quien simboliza en su imaginación una vivencia tal como la experimentó, acompañada de todas las interpretaciones erróneas, los malentendidos, las ambivalencias, las omisiones y distorsiones. Lo simbolizado es la forma como se recordará lo experimentado.

El punto anterior hace pensar en la dificultad para simbolizar ligada a los pacientes psicossomáticos (alexitimia): si ya el hecho de simbolizar es una fuente de conflicto, la posibilidad de que además exista dificultad para hacerlo en dichos pacientes, sugiere que pueda darse una situación más propicia para el conflicto.

Las defensas.-

Así como debido a las perturbaciones causadas por los cambios en el medio ambiente, se ponen en marcha funciones que permitan al organismo volver a un estado de equilibrio fisiológico, preparándolo para una nueva perturbación, de igual manera existe un sistema de adaptación interna automática, defensas que llevan a cabo funciones similares pero a nivel psíquico. "La función primaria del sistema psicodinámico es seguir organizado al nivel más eficaz

posible y desarrollarse y madurar a pesar de las tensiones que surgen de la interacción con las realidades externa y somática, así como de las surgidas dentro del sistema en sí". (Cameron, 1988).

Dado que los mecanismos de defensa psicológicos son muy variados y que cada individuo utiliza predominantemente aquellas que están determinadas por sus características de personalidad y que por lo tanto le resultan más funcionales, se mencionarán únicamente las que se consideran básicas, es decir, que los seres humanos utilizamos como los recursos más primitivos antes de utilizar otros más complejos o elaborados.

Introyección.-

La introyección es una incorporación simbólica por la cual algo externo a uno mismo se percibe como si estuviera dentro de uno. Es un intento por conservar a una persona perdida, el sujeto percibe características de alguien amado como si fueran propias.

Proyección.-

La proyección es la expulsión simbólica por la cual algo se percibe como si estuviera fuera de uno cuando en realidad está dentro. Es una maniobra que

nos permite percibir y representar las fallas, fracasos o impulsos que no son aceptados en nosotros mismos como si pertenecieran a otra persona.

Tanto la introyección como la proyección ocurren en la simbiosis madre-niño, cuando no se han establecido firmemente los límites del ego infantil.

Regresión.-

Se llama defensiva a la regresión porque a pesar de que plantea una incapacidad para seguir funcionando a niveles maduros, permite conservar la integridad del aparato psíquico.

Se verá con mayor amplitud lo referente a este mecanismo de defensa en el subtema "consecuencias psíquicas para el enfermo" dentro del punto "secuelas físicas y psicológicas".

Represión.-

Se reconoce la represión como piedra fundamental de las organizaciones defensivas. La represión es silenciosa, se desarrolla y utiliza al principio para "contener" los derivados del id o cualquier tendencia que resulte peligrosa al ego o que hayan prohibido las figuras paternas. Más tarde se le emplea

también contra el superego. En toda persona, la represión será durante toda la vida la principal defensa contra las intrusiones procedentes de dichas fuentes. Es el principal mecanismo de defensa para mantener los límites del ego y constituye todo aquello que dichos límites expulsan hacia el inconsciente.

1.4 La personalidad psicossomática.-

El estudio de los perfiles de personalidad ha conducido a la delimitación de un cierto número de rasgos de carácter y a una mejor comprensión del efecto patógeno de los conflictos asociados al desencadenamiento de afecciones psicossomáticas. Es lógico pensar que, debido a que existe una gran variedad de trastornos de este tipo, no puede delimitarse un perfil de personalidad generalizable puesto que a cada enfermedad pueden estar asociados distintos conflictos o tendencias del paciente, sin embargo, cuando se agrupan los rasgos comunes en todas las observaciones, puede deducirse de las mismas una especie de figura, una "personalidad psicossomática" como lo plantea Halliday, (Ey, 1980), quien describe que se trata de sujetos particularmente frágiles, con frecuencia afectados por accidentes que amenazan seriamente su vida; en ellos se manifiesta una forma particular de inmadurez en la que el psiquismo parece insuficientemente armado para "distanciar ciertos conflictos y canalizarlos a través de conductas características de la vida de relación, los conflictos se descargan entonces por la vía viscerovegetativa, puede decirse que se reemplaza la expresión normal de sentimientos o impulsos por síntomas físicos.

Desde luego, es necesario limitar el alcance de esta concepción pues hace recaer toda la importancia sobre el aspecto psicológico de los trastornos del

enfermo y no se puede pasar por alto los factores puramente físicos o ajenos al paciente (herencia, infecciones, etc.).

Marty y sus colaboradores elaboraron también una "teoría unitaria de la organización psicósomática". Dicho planteamiento proviene de datos constatados y extraídos de su propia experiencia clínica.

Observaron que, cierta categoría de pacientes aquejados de enfermedades somáticas muestra durante el tratamiento una actitud muy particular con respecto al terapeuta y a la propia enfermedad. Se dedican a describir exclusivamente sus síntomas y algunos datos biográficos o de otra índole que impliquen sobre todo cuestiones impersonales, de tipo espacio-temporal. Todo lo que hace referencia a la materialidad de los hechos y los aspectos concretos de la vida tiene un lugar privilegiado, no así ninguna referencia afectiva. Es de notarse también, que la exposición se desarrolla según un orden racional, como si se eliminara cuidadosamente todo lo que pueda enturbiar la lógica secuencial, es decir, sin que ninguna asociación afectiva desvíe el sentido. Este tipo de relación con el interlocutor, vacía de afectividad ha sido denominada por sus autores "relación blanca".

En el punto de definición y antecedentes de los trastornos psicósomáticos, ya se han revisado otros conceptos y características que se han ligado a los

pacientes con afecciones de esta clase como la alexitimia, un tipo determinado de depresión llamada "esencial", etc., que muestran características o rasgos que han sido planteados como comunes en estos pacientes.

1.5 Papel adaptativo de los trastornos psicósomáticos.-

¿Cómo puede llamarse adaptativo a un desorden psicósomático cuando significa una u otra, o bien, varias alteraciones como distorsión o pérdida de función o cuando menos incomodidad o desfiguración, o en el peor de los casos amenazar la vida de un paciente?

Cameron, (1988), propone que puede serlo en el mismo sentido en que lo son las neurosis y las psicosis que llegan a incapacitar. Si un trastorno de este tipo comienza protegiendo al paciente de algo peor, entonces empieza siendo una adaptación, independientemente del camino que tome después, es decir, los trastornos psicósomáticos son "maladaptativos", pero al menos al principio logran algo que el paciente no conseguiría por otros medios. Sea cual sea la comprensión que se tenga de la situación psicológica de un paciente, en un trastorno psicósomático, debe considerarse que dicha vía no ha sido posible al enfermo (Jeammet et al, 1993).

Se debe tener en cuenta que al igual que las neurosis y las psicosis, los desórdenes psicósomáticos no son algo sobre lo que una persona piense conscientemente, es algo que le ocurre cuando sufre estrés y el proceso de desarrollo de un trastorno así es inconsciente.

Como se mencionó antes, aún siendo maladaptativos, de acuerdo con Cameron, (1988), los desórdenes psicósomáticos realizan ciertas funciones que se mencionan a continuación:

-Un desorden psicósomático coloca en lugar de una situación intolerable una enfermedad física real. En lugar de volverse neurótica o psicótica, una persona enferma físicamente y desde el punto de vista cultural, una enfermedad física (por lamentable que pueda ser) ha sido y es aceptable, no así una enfermedad mental ya que un neurótico puede ser considerado como alguien con una debilidad inaceptable, sin hablar de la psicosis que estigmatiza a alguien como "loco".

-Aún cuando los desórdenes psicósomáticos incluyen frecuentemente ansiedad primaria (la ansiedad difusa y primitiva de un pequeño), ésta es más fácil de soportar que una ansiedad secundaria proveniente de conflictos conscientes. El resultado final puede ser una enfermedad seria e incluso la muerte, pero los síntomas, al ser los de una enfermedad física hacen pensar tan sólo en la enfermedad del cuerpo (hecho que puede ser un "arma de dos filos", puesto que la persona al no vincular su enfermedad con conflictos psicológicos, seguirá ignorando los mismos porque le son inconscientes, sin embargo, ese mismo hecho cumple su función de "protección" para no experimentar la

ansiedad de la que se huye), además, muchos trastornos de este tipo son moderados o leves y no provocan la muerte.

-Un desorden psicossomático puede proteger a un paciente de caer en una psicosis franca, lo cual es atemorizante y puede terminar en un confinamiento parecido a la cárcel. Aún cuando hay diferencias de opiniones, se ha supuesto que aunque los procesos que llevan a desarrollar un trastorno psicossomático y una psicosis son inconscientes, no significa que esté ausente una "elección" también a nivel inconsciente y que al parecer existe una relación íntima entre las dos situaciones, se elige la "mejor". Sin embargo, se ha observado que algunos pacientes psicossomáticos al recuperarse de su afección física, caen en una psicosis, como si fueran situaciones "intercambiables", por lo que se debe dar apoyo a un paciente en recuperación para vigilar cualquier tendencia psicótica.

-Los trastornos psicossomáticos le dan a una persona los privilegios otorgados a un enfermo, sin el peligro de que se interfiera con su libertad, esto es, las ganancias secundarias; la relación de dependencia con otro(s), puede llenar necesidades inconscientes y dar satisfacciones valiosas a una persona fundamentalmente inmadura. El paciente puede utilizar su enfermedad física como medio para obtener el interés, el cuidado y el afecto que ha necesitado siempre pero que no pudo obtener mientras estuvo sano (depende esto del grado de objetividad/subjetividad con que cada quien vive su vida).

Por medio de ayuda psicoterapéutica debe procurarse que dichas necesidades se hagan conscientes y encuentren expresión verbal para que, mientras el paciente va mejorando físicamente a la vez madure psicodinámicamente.

1.6 Significado del síntoma psicossomático: elección de órgano.

De acuerdo con Jeammet et al, (1993), toda enfermedad implica una reorganización de los vínculos entre el individuo y su medio ambiente, un cambio de la imagen de su cuerpo y una actualización de los conflictos afectivos que pudieron haber estado hasta ese momento latentes.

La manera en que se vive una enfermedad, su repercusión psicológica, física y socioprofesional, depende de parámetros unidos a la enfermedad en cuestión y de las características de la personalidad del paciente afectado, así como de la organización de sus capacidades defensivas. Sería un error considerar la pérdida de la salud como un simple encuentro entre uno o varios agentes patógenos y un individuo totalmente extraño al acontecimiento mórbido que va a vivir y a sufrir, en un estado absoluto de víctima.

Diferentes factores pueden intervenir para acrecentar la receptividad del organismo a la acción patógena del medio o para restringir sus capacidades defensivas habituales. Entre esos factores se encuentran el equilibrio psicológico, la carga emocional, la calidad de las relaciones afectivas (revisados en los antecedentes dinámicos de desarrollo), mismos que desempeñan un papel primordial al lado de los factores físicos, bioquímicos o infecciosos.

Algunos acontecimientos que afectan la vida psíquica pueden tener un valor traumático, no sólo por el impacto general, sino en razón del efecto singular que tienen sobre una personalidad determinada, en función de su grado de organización y de la historia anterior del individuo, es decir, entran en resonancia con toda la historia del paciente, situaciones de pérdida objetal o de herida narcicista que pueden tener una función desorganizadora, implicando desde una simple conmoción emocional hasta una enfermedad grave.

De este modo, el conjunto de la historia de un paciente conduce a una enfermedad y a los trastornos que la caracterizan, dándole un sentido particular a dicha enfermedad y participando en la génesis de la misma y en la "elección" de los síntomas, se elige en función de la propia historia y de las propias necesidades inconscientes.

La historia de un individuo debe ser por lo tanto, en todos los casos, considerada como un todo, un proceso que ha llevado una continuidad lógica. La unión de todos esos factores, no implica que pueda establecerse una generalización en los diferentes estados mórbidos, sino que dichos estados pueden tener causas comunes y que frente a esas causas, la organización psíquica, el estilo de vida, las relaciones afectivas particulares de un individuo puedan desempeñar una función esencial.

La cuestión de la significación de la somatización no se puede disociar de la cuestión de la "elección de órgano" y ésta última se inscribe como una aporía en la teoría psicósomática actual. (Dejours, 1992).

Según Grinker, (citado en Cameron, 1988), los trastornos psicósomáticos no representan simbolizaciones, sino energía excesiva en el sistema vegetativo que no encuentra salida.

La especificidad es generalmente atribuida a un defecto, defecto en relación con la constitución de los síntomas, mismos que no pueden entrar en la serie psicótica o en la serie neurótica. Al parecer existe una estructura de personalidad o grupo de personalidades predispuestas a esta clase de "accidente" de recorrido; al buscar solución a los conflictos por medio de la vía somática puede considerarse que la vía psicológica no ha sido posible al enfermo.

Sin embargo, como lo indica Dejours, (1992), hay ciertas razones que ponen en tela de juicio la especificidad estructural de los pacientes que son víctimas de una enfermedad somática. Por un lado, el hecho de que todos los hombres somos mortales y a excepción de los casos de accidente o de muerte violenta, la muerte es siempre consecuencia de una somatización. Por otro, el de que al proclamar esa especificidad estructural de las somatizaciones, prácticamente no podría establecerse una diferencia entre neuróticos, psicóticos y enfermos

psicosomáticos, ya que algunos pacientes que pueden ser considerados con fundamento como neuróticos o psicóticos, padecen en ocasiones enfermedades somáticas.

Las enfermedades somáticas sobrevienen en el curso de procesos de "desorganización progresiva" que se traducen en el plano psíquico por la desaparición de las defensas mentales, como se revisó en los trabajos de Marty; sin embargo, ciertas somatizaciones se manifiestan como movimientos de reorganización que mejoran la evolución mental, se les llama "somatizaciones simbolizantes" para resaltar su capacidad de abrir de alguna manera, a través del cuerpo enfermo, el camino de las representaciones mentales. Aparecen como etapas de simbolización en el camino que conduce a la representación mental de los conflictos. Para el aparato psíquico funcionan como precursoras de las representaciones mentales, puede hablarse de un "despeje psicossomático"

Dichas somatizaciones no son excepcionales y al parecer constituyen una etapa necesaria en el adulto para reactivar el proceso de creación de representaciones cuando este ha sido interrumpido, ya que crean nuevas relaciones psíquicas.

La localización de las somatizaciones simbolizantes obedece a una finalidad, la elección del órgano está dictada por su sentido.

"No existe especificidad premórbida ni estructuras características de las somatizaciones" (5). Dicha especificidad y estructura característica, estará dada por lo que haya que simbolizar de acuerdo al conflicto no superado o solucionado en el desarrollo. Cada etapa en el desarrollo infantil plantea ciertas "metas" u objetivos que deben alcanzarse, pero que obviamente generan conflicto porque se experimentan necesidades nuevas pero ambivalentes, de modo que, la significación de la somatización y por lo tanto la elección del órgano están ligadas al conflicto al que es necesario dar salida. Así, se tiene que, la significación y elección de órgano están ligadas con el punto de fijación. Como en una neurosis, los síntomas son acordes al punto de fijación, pero ahí, las simbolizaciones se dan a nivel mental y en una somatización, las simbolizaciones se dan a nivel corporal.

En cuanto al blanco de la somatización (elección de órgano), se localiza en la función que es preciso suprimir a falta de haber podido subvertir la energía por medio de la pulsión.

Con la somatización, "el cuerpo rompe el silencio, el órgano y la función a la cual se liga indican con extrema precisión lo que fue solicitado del inconsciente", (6).

El funcionamiento psíquico cuando sobreviene un proceso de somatización, puede, en este contexto, ser localizado en el marco del análisis del paciente, en lo que se perciba en el sitio de las representaciones.

Posteriormente, en el punto en que se hablará sobre el conflicto emocional y la artritis, se planteará cual puede ser la función que se intenta suprimir en dicha enfermedad, obedeciendo a lo que probablemente solicita el inconsciente en base a la conflictiva no resuelta.

1.7 Alcances y limitaciones de la medicina psicosomática.

Distinta de la medicina, así como del psicoanálisis del que procede, la psicosomática constituye hoy una disciplina por sí misma. Su especificidad reside en aportar respuestas al antiguo debate sobre la unidad fundamental del ser humano. Aborda este problema tomando en cuenta las relaciones que un individuo, en su totalidad psíquica, biológica, histórica y social, mantiene consigo mismo y con los otros, y por este camino, la psicosomática ofrece una concepción coherente y objetiva de los fenómenos de somatización. (Marty, 1995).

La psicosomática considera los movimientos psíquicos y somáticos, así como las relaciones entre dichos movimientos en los enfermos somáticos. Su interés también incluye, el estudio de las relaciones dinámicas, armoniosas, de lo psíquico y lo somático en sujetos sanos, así como las desarmonías menores de estas relaciones.

Se ocupa de los pacientes adultos, adolescentes, niños, así como de los lactantes que presentan afecciones somáticas. La práctica psicosomática en el adulto remite casi siempre, en parte, a las dificultades de diverso orden que experimentaron los sujetos en su infancia y sobre todo, en su primera infancia. No se puede prescindir de cotejar el trabajo de los psicosomatólogos de niños,

que atienden al desarrollo de los individuos, con el de los psicosomatólogos de adultos que, entre otras cosas, abordan diferentes resultados de ese desarrollo.

Psicosomática y psicoanálisis.-

La psicología y el psicoanálisis están estrechamente ligados, pero no se confunden entre sí. En su forma actual, la psicología proviene directamente del psicoanálisis; sus orientaciones y sus descubrimientos son obra de psicoanalistas clásicos interesados en los enfermos somáticos. El método, estilo y sentido general del estudio psicológico se modelan sobre los del psicoanálisis.

No obstante, la psicología no se reduce al psicoanálisis, del cual contiene teóricamente sus principios. En la práctica, difiere de aquel en los siguientes puntos:

1) En cuanto a los pacientes que trata (enfermos somáticos, cuya condición a veces es muy diferente de la condición de los neuróticos que no presentan trastornos somáticos).

2) En cuanto a los fines que persigue (conseguir ante todo que el paciente restablezca sus mecanismos de defensa y la organización, aunque sea neurótica, de su personalidad).

3) En cuanto a las técnicas que emplea (tratamientos eventualmente compartidos con otros terapeutas médicos o paramédicos).

4) Ritmo a menudo más lento de las sesiones y duración de las terapias adaptándose a la enfermedad somática.

5) Predominio de la posición cara a cara.

Psicosomática y medicina.-

La psicología actual, nacida del interés de psicoanalistas, médicos o no, por un cierto número de enfermos y de enfermedades somáticas, se apoya en observaciones de pacientes. A partir de esta observación clínica, de orden psicopatológico, los trabajos de los psicopatólogos pueden orientarse hacia la aplicación práctica de los conocimientos que se han adquirido poco a poco a través de consultas y tratamientos (medicina psicopatológica propiamente dicha) o hacia la elaboración teórica de dichos conocimientos.

La medicina psicosomática sólo puede sustituir a la medicina clásica de manera limitada, en cambio, es susceptible de participar corrientemente en el tratamiento de los enfermos somáticos.

La psicoterapia psicosomática brinda un apoyo considerable a la tarea del médico o del especialista, permitiendo a los pacientes alcanzar su mejor equilibrio psicoafectivo posible y en consecuencia su mejor equilibrio biológico. Se debe establecer entonces, una colaboración flexible entre el médico tratante y el psicoterapeuta (psicosomatólogo); estas relaciones no siempre son cómodas, incluso cuando se trata de colaboraciones directas, (realizadas incluso en un servicio de hospital), pueden aparecer dificultades, resistencias. Por otra parte, la existencia eventual de problemas somáticos graves puede imponer la modificación del ritmo de las sesiones psicoterapéuticas y excepcionalmente de su sede, interviniendo así en la relación, directa o indirecta, con los médicos o especialistas responsables de los enfermos. (Marty, 1995).

Aparte de las barreras que puedan existir, hay una seria discusión acerca de una posible incompatibilidad de dos tipos de acercamientos a los pacientes y sus enfermedades, uno básicamente médico o físico, el otro, psicosocial o emocional. Brown y Zinberg, (en Lipsitt, 1991), han escrito acerca de las

dificultades para integrar la práctica psicológica con la médica. Las dificultades provienen de cinco fuentes:

- 1) Diferencias en valores y consecuentemente en sistemas de práctica
- 2) Influencias debidas al entrenamiento
- 3) Diferencias en el manejo de emociones
- 4) Expectativas antagónicas para el paciente
- 5) Limitaciones por el grado de tolerancia a la intimidad en la relación profesional.

Existen además, diferencias en la forma de realizar un historial o una entrevista por parte de un internista y de un psicólogo (o psiquiatra) por dar un ejemplo. Formular el diagnóstico de un caso en medicina, no depende del entendimiento de la personalidad o de la estructura defensiva del sujeto, como se hace en psicología. Se puede decir que la medicina lleva a cabo un acercamiento desde un punto de vista "centrípeto" de la enfermedad, mientras que en psicología, dicho acercamiento es desde un punto de vista "centrífugo". (Lipsitt, 1991).

El personal encargado de proporcionar entrenamiento a los residentes en hospitales, no está particularmente interesado en los factores psicológicos, excepto en términos muy generales. La investigación psicológica representa

trabajar con cuestiones imponderables, no sujetas al criterio ordinario de investigación científica, en cambio, un diagnóstico obtenido por técnicas de laboratorio, parece seguro, por tanto, la mayoría de las veces, quienes están entrenándose y sobre todo quien los entrena están centrados en adquirir experiencia en los aspectos que son objetivos, aún cuando se deje de lado toda esa "otra parte" implicada en la situación de enfermedad. (Op. Cit.)

Existen reportes de muchos esfuerzos llevados a cabo para confrontar el reto de enseñar y aprender una medicina centrada en el paciente en su totalidad, (Lipsitt, 1991) y aún cuando persiste la idea de la necesidad de integrar una educación biomédica y psicosocial para los médicos, los resultados no han sido enteramente consistentes.

Aunque el conocimiento de las articulaciones dinámicas entre los procesos psicoafectivos y los procesos biológicos sigue siendo todavía insuficiente, el camino que conduce a ese conocimiento se puede abrir justamente a través de la colaboración clínica de los diferentes especialistas.

La psicología no es una especialidad médica, pero su punto de vista aborda todos los sectores de la medicina. Haciendo una tarea común, la psicología y la medicina no pueden mantenerse demasiado alejadas sin sufrir perjuicio a causa de ello. (Marty, 1995).

Es necesario reconocer que el éxito de un acercamiento psicológico en la educación y práctica médicas, no requiere de la ausencia de reduccionismo, sino de una interacción flexible entre ambos, enfoques dualistas y reduccionistas. (Lipsitt, 1991).

La formación en psicología.-

El interés de la formación en psicología depende, para cada persona, del interés que se tenga por la condición humana de los enfermos somáticos adultos y niños y por la comprensión de los factores que intervienen en la economía y en la dinámica de las diferentes enfermedades somáticas según los pacientes.

Los conocimientos psicossomáticos se aplican de dos maneras: la primera concierne directa e inmediatamente a su objeto, que es la terapéutica bajo la forma de psicoterapias, que se instituyen para ayudar a los enfermos somáticos a encontrar una estabilización de su bienestar así como de su salud en el nivel más elevado posible. La segunda, misma que parece más lejana, se refiere a la profilaxis de las enfermedades somáticas; esto representa un futuro promisorio para la psicossomática, llevándose a cabo bajo la forma de psicoterapias preventivas a los sujetos en situación de riesgo, y la profilaxis de enfermedades graves, que debe realizarse desde la infancia.

Considerando la formación progresiva de los sistemas de representaciones y de ligazones del preconscious, se trata de descubrir, desde sus primeros signos, los diversos factores que alteran esta formación hasta dar lugar a las insuficiencias y fragilidades del sistema preconscious, de las que se sabe, que después exponen al adulto a la aparición de las más graves enfermedades somáticas. Este trabajo toma en cuenta desde luego, en cada ocasión, las interacciones madre-hijo, las relaciones del niño con sus demás familiares y los aspectos socioculturales del entorno.

La capacitación en psicossomática se ofrece naturalmente a los psicoanalistas y a los médicos generales o especialistas, y sean médicos o no, tanto a los psicólogos como a los que se ocupan de las ciencias biológicas, epidemiológicas, humanas y sociales. La psicossomática permite, gracias a los

encuentros multidisciplinares que suscita, enriquecer la investigación, y por lo tanto, la profilaxis.

Se debe destacar, que los interesados no adquirirán verdaderamente esta capacitación sino a partir de un conocimiento de la existencia y de la actividad permanente de su propio inconsciente, es decir, a partir de su psicoanálisis personal. (Marty, 1995).

CAPITULO II: ARTRITIS REUMATOIDE.

2.1 Características y desarrollo de la enfermedad.-

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, inflamatoria y crónica que afecta las articulaciones con un curso caracterizado por exacerbaciones y remisiones. En algunas personas puede involucrar los pulmones, vasos sanguíneos, el corazón o los ojos.

Su etiología es desconocida; la enfermedad parece ser perpetuada por una desconocida y continua reacción inmunológica en el tejido sinovial que provoca su inflamación e hipertrofia, afectando también los tendones y ligamentos con eventual destrucción de cartílago y hueso. El tratamiento medicamentoso tiene el objetivo de modificar la reacción inmunológica y el proceso inflamatorio.

Tres de cuatro casos de artritis reumatoide ocurren en mujeres, (McCarty, 1993), aunque hombres y mujeres pueden ser afectados por una forma severamente erosiva de la enfermedad por igual. Puede ocurrir en cualquier raza y a cualquier edad, pero la mayor incidencia es durante la tercera y cuarta décadas de la vida. (Idem)

Desarrollo de la enfermedad.-

La mayoría de la gente (60 a 70%) tiene un establecimiento de la enfermedad lento e insidioso en un periodo de semanas o meses; otras personas (15 a 20%)

tienen un establecimiento intermedio desarrollando síntomas en días o semanas, mientras que en otras más (8 a 15%) tienen un establecimiento severo y agudo. Es común que los síntomas de la artritis reumatoide tomen de 6 meses a 2 años para emerger totalmente y hacer posible un diagnóstico seguro. (Op. cit.)

El curso de la enfermedad puede darse dentro de tres patrones:

1.- Intermitente: Aproximadamente el 20 a 30% de los pacientes tienen un curso variable de remisiones y exacerbaciones. La enfermedad puede progresar con cada exacerbación, por lo que, para los pacientes en esta categoría es muy importante hacer énfasis en la necesidad de ganar rango de movimiento y función después de cada exacerbación.

2.- Remisiones clínicas largas: Una persona puede tener una o varias articulaciones inflamadas y después entrar en una prolongada remisión (años), es decir, puede haber años de remisión entre episodios de actividad.

3.- Curso progresivo sin remisiones: El progreso puede ser lento o rápido. Dentro de quienes desarrollan un curso severo y destructivo rápido, se encuentra un porcentaje muy bajo dentro de toda la gente diagnosticada con artritis reumatoide. (Op. Cit.).

2.2 Factores comunes en los posibles eventos precipitantes de la enfermedad.-

Hay dudas respecto a qué factores participan en la precipitación de esta enfermedad, es difícil puntualizar un evento precipitante en un individuo con artritis reumatoide. El inicio o exacerbación de la enfermedad ha sido relacionado con un periodo de estrés emocional, con eventos que representan una variedad de tensiones en la vida. Entre algunos de esos incidentes pueden mencionarse la muerte de alguno de los padres y la amenaza de que el que sobrevive se case una vez más, la separación o el rechazo del esposo(a) o de otras figuras importantes para la persona, el nacimiento de un hijo, un aborto, desilusiones en las relaciones personales del paciente, etc. Se piensa que el factor común de todos esos incidentes es un aumento inconsciente en los sentimientos de resentimiento, rebeldía y hostilidad, asociados con sentimientos de culpa; se habla también de un aumento de la responsabilidad como posible factor precipitante. (Kolb y Brodie, 1985; Cameron, 1988 y McCarty, 1993).

Claro está que, los acontecimientos mencionados anteriormente, son sólo ejemplos de la gran variedad de eventos que pueden en un momento dado representar una tensión insoportable para un sujeto determinado, puesto que la percepción de los hechos es para cada quien algo que tiene que ver directamente con su historia personal, como ya se ha mencionado.

Kolb y Brodie, (1985), comentan que, se desconocen los procesos y vías fisiológicas mediante los cuales los estados afectivos originan exacerbaciones en la artritis reumatoide, ni tampoco se acepta cuál de todos los sistemas es el que se encuentra alterado en esta enfermedad, razón por la cual, los investigadores en el campo se han vuelto hacia el estudio de los efectos psicológicos sobre los sistemas somáticos en los cuales es posible medir las respuestas.

Un punto de vista integral, intenta dar cuenta de los múltiples factores que son responsables de la predisposición, iniciación, mantenimiento y la variabilidad que puede haber de una historia a otra en una misma enfermedad y sus consecuencias para la persona enferma y su familia. Se habla de una interacción de múltiples factores: genéticos, bacteriológicos, inmunológicos, nutricionales, de desarrollo, psicológicos, de comportamiento y sociales. La enfermedad puede concebirse como un rompimiento en la adaptación u organización biológica, de la parte psicológica a la inmunológica; este proceso puede tomar muchas formas y llevar a la misma enfermedad a través de diferentes caminos. (Weiner y Fawzy en Cheren, 1989).

2.3 Conflicto emocional y artritis reumatoide.-

Se ha observado a menudo, que las personas con artritis reumatoide rara vez expresan abiertamente sus emociones (Kolb, 1985). Cameron (1988), coincide con este planteamiento, afirmando también que son individuos que no expresan libremente sus sentimientos, en especial el enojo, el cual, se inhibe en el momento mismo en que se experimenta; asimismo, se plantea la hipótesis de que los músculos se contraen, unos con la finalidad de cumplir un acto agresivo y otros con la finalidad de impedirlo, dicha tensión puede lesionar las articulaciones. Si bien esto puede ser sólo una especulación, no deja de ser posible que, si dicha tensión derivada de las dos tendencias opuestas no es la causa de la enfermedad, si puede la misma aumentar o empeorar las lesiones que existan ya en los tejidos articulares.

Por otra parte, investigaciones más recientes en el campo de la neurofisiología, han revelado que, ciertas partes del cerebro, en especial el sistema límbico contiene estructuras que no sólo regulan las funciones vegetativas, sino que participan en la regulación y control de emociones, expresiones y sentimientos. Es posible que los conflictos emocionales impliquen cambios en el eje hipofisario-adrenal. Esos cambios en el sistema neuroendócrino pueden causar degeneraciones en el metabolismo del tejido sinovial de las

articulaciones y producir el cuadro clínico de la artritis. (Rimón en Cheren, -ed-, 1989).

Poulsen (1991), menciona que muchas personas con artritis reumatoide sufren de un conflicto ambivalente entre autonomía y dependencia. Como se mencionó en el punto de antecedentes infantiles de desarrollo, el conflicto ambivalente entre autonomía y dependencia tiene su origen en la etapa de "separación -individuación", de igual modo, se revisó en aquel punto que una fijación puede hacer que persistan patológicamente necesidades infantiles aún después de la infancia, por lo tanto, puede asumirse que, en ciertas personas existe una "falla" en ese proceso de separación, de manera que por un lado, se desee ser autónomo, autoafirmarse y por el otro, se desee seguir siendo dependiente, con todas las ventajas, ganancias y seguridad que eso puede representar. Puede plantearse entonces que la autonomía es lo que se persigue en el desarrollo y es a fin de cuentas lo que inconscientemente no se quiere lograr, pero la lucha es permanente entre las dos necesidades y el conflicto entonces es entre rebelarse o someterse para lograr (o no) dicha autonomía.

Se puede considerar que, si la persona se rebela, estará intentando su autoafirmación, la consecución de lo que desea o no desea realizar, sin embargo, se sentirá "mala" por mostrar negativismo o contradicción o incluso hostilidad para defender su postura y quizá pueda volcar dicha hostilidad

contra sí misma en caso de que el super yo sea muy rígido (hecho que es muy probable desde el momento en que se menciona también una problemática con la expresión del enojo en persona con a.r.). Por el contrario, si la persona se somete, aparentemente será "buena", obediente, accesible, etc., pero igualmente sentirá hostilidad, esta vez hacia otros por no estar de acuerdo con la situación a la que se somete y tal vez también hacia sí misma por no autoconcebirse como alguien capaz de defender lo que quiere ser o hacer. De esta manera, las dos opciones pueden llevar a un "callejón sin salida" comúnmente ligado a los conflictos ambivalentes.

De acuerdo a lo que se revisó en el punto de elección de órgano y significado del síntoma psicossomático, en el caso particular de la artritis, puede plantearse entonces que, la elección de órgano o el blanco de la somatización, dado por la función que es necesario suprimir, ocurre en el sistema encargado de la locomoción, el cual permite una autonomía motriz y por lo tanto una mayor independencia, pues la energía o impulso que no se pudo subvertir es el deseo de independencia, de ser autónomo, se suprime la función que podría llevar a cabo la pulsión, porque quizá no es lo que el inconsciente desea verdaderamente sí, como se señaló al principio de este punto, la conflictiva (fijación) asociada con la enfermedad concerniente es precisamente entre autonomía y dependencia.

2.4 Secuelas físicas y psicológicas.

Todos los seres humanos podemos estar afectados por la enfermedad, ya sea mediante una realidad vivida por uno mismo o por el sufrimiento de un ser querido. La enfermedad involucra entonces, no sólo a quien la padece, sino también a quienes le rodean, sin embargo, en este punto se analizarán principalmente los efectos que una situación de enfermedad (y sobre todo una enfermedad crónica como lo es la artritis reumatoide) provocan en quien la padece, para posteriormente revisar también el impacto que tiene en los familiares del enfermo.

El sistema de valores de cada uno, sus ideales y la imagen que uno se hace de sí mismo están en función de la historia individual, infantil en particular y de todo cuanto le rodea. Esa subjetividad se reflejará en la concepción de la enfermedad que se forma cada quien y en su forma de expresarse a través de ella y de vivirla, con toda la alteración al narcisismo que ello implica. De esta manera, la enfermedad es susceptible de explicar los conflictos de un paciente.

La enfermedad toma sentido en la historia de un individuo por los trastornos y efectos de ruptura en la continuidad de la vida que su llegada origina. La noción de curación es fácil de concebir en el caso de una enfermedad aguda, en donde puede plantearse como un retorno "simple" al estado anterior, sin

embargo, es más compleja de definir en los casos de trastornos crónicos, invalidantes o susceptibles de repetir como por ejemplo las enfermedades psicosomáticas, en donde se concibe más acertadamente como una elaboración activa: como los trastornos y efectos de ruptura se manifestarán tanto en el plano físico como en el psicológico, el enfermo deberá aprender a vivir con su fragilidad y a utilizar lo mejor posible el conjunto de sus capacidades defensivas en ambos planos. Esto implica una reconsideración profunda de la imagen que la persona enferma tenía de sí misma y el duelo de un "ideal narcicista" para adoptar uno nuevo más adaptado a la situación. Se trata de un proceso largo que evoluciona paralelamente con todo el conjunto del tratamiento.

En el contexto de los trastornos crónicos, se ganará si se plantean los diferentes estados agudos como "momentos de crisis" y no como "recaídas". Estas últimas pueden entenderse como fracaso, retorno al estado anterior y consecuentemente tener un efecto desmoralizante y desmovilizador. Una crisis, implica sin duda la idea de una situación difícil, crítica, pero también dinámica, con una parte de novedad y de potencialidades evolutivas, cambiantes, hecho que puede motivar al paciente a buscar de nuevo las condiciones de un retorno a la "normalidad" por medio de la solución más favorable posible. (Jeammet et al, 1993).

Como ya se dijo, los efectos de una situación de enfermedad se manifestarán tanto física como psicológicamente y aunque unos necesariamente repercuten sobre los otros y se encuentran ligados, se intentará presentarlos por separado.

Secuelas físicas.-

Como la artritis es una enfermedad en la que se dañan las articulaciones y sus tejidos circundantes, las principales secuelas físicas tienen que ver consecuentemente con la motricidad, capacidad de desplazamiento, postura, marcha.

Cualquier lesión física en alguna parte del cuerpo (y dependiendo obviamente de la magnitud de la misma) puede causar desde una sensación molesta hasta un verdadero impedimento. En este caso, dado que las lesiones ocurren en las partes del cuerpo encargadas del movimiento, puede experimentarse una verdadera imposibilidad motriz.

Cuando existen daños severos en las articulaciones de los miembros superiores, frecuentemente eso implica no poder llevar a cabo tareas cotidianas como comer, vestirse, bañarse, peinarse, escribir, etc.

Cuando el daño es en las articulaciones de los miembros inferiores, las dificultades o imposibilidades radican en no poder sentarse adecuadamente, no poder levantarse de un asiento o bien flexionarse o agacharse, impedimentos que también pueden interferir en o impedir la realización de determinadas actividades, de los cuales tal vez el más grave y difícil de sobrellevar es no poder caminar.

De esta manera, si las funciones básicas e indispensables están disminuidas o incluso impedidas, el paciente puede caer en una situación de dependencia prácticamente absoluta que, sin abordar aún las consecuencias que esto tiene a nivel psicológico, alteran el desarrollo en diferentes áreas de la vida de una persona, como es el aspecto escolar y/o laboral, familiar, social.

A nivel escolar como en el laboral, el dolor, así como el cansancio (inherente a la propia enfermedad, además del debido a malas posturas) y la dificultad cuando las exigencias impliquen labores manuales o motrices en general, pueden ser motivo de bajo rendimiento e incluso pueden llevar a la persona a perderse de un buen desarrollo académico-profesional o a buscar una pensión aún prematuramente (si la situación particular lo permite). En el ámbito social, también puede verse restringida de actividades recreativas en gran medida por la dificultad para desplazarse y por lo inadecuadas que son las instalaciones en diversos lugares para personas con limitaciones o discapacidades físicas.

En estudios recientes, los investigadores (Fex et al, 1998; Peterson et al, 1997; Kokkonen y Kokkonen, 1995), han constatado los efectos que la artritis reumatoide ha tenido en muestras de pacientes adultos que han tenido la enfermedad desde la infancia, o bien, que el diagnóstico de artritis les ha sido establecido siendo ya adultos. Han encontrado que hay ciertas actividades básicas en la vida diaria que ciertos cuestionarios convencionales no evalúan, pero que la artritis puede influir en muchas de esas actividades de gran importancia para los pacientes.

Además observaron que los pacientes con artritis reportaron mayor incapacidad física, fatiga, una pobre percepción de su salud, una baja tolerancia al ejercicio y menos probabilidades de ser empleados que los sujetos del grupo control. La capacidad para trabajar puede ser impedida desde etapas tempranas de la enfermedad y aumentar obviamente con la edad y/o las nuevas limitaciones. También se estudiaron los efectos en las actividades sociales y de tiempo libre, teniendo resultados de insatisfacción en cuanto a las actividades recreativas, acompañada de un sentimiento de pena por no poder realizar actividades que se hubiera querido. Otro punto estudiado fue el efecto en el desempeño de diferentes roles, resultando más afectados aquellos que implican relaciones más íntimas, por ejemplo esposa(o) o madre (la severidad de la enfermedad y el impedimento funcional son factores que se oponen a la idea de tener hijos).

Lo anteriormente mencionado, hace referencia únicamente al aspecto "funcional" de los daños y si bien es por muchas razones el más importante, cabe mencionar que dicho daño tiene repercusiones también en el aspecto "estético" y ambos influyen directamente en la autoestima y por lo tanto en el autoconcepto. Kokkonen y Kokkonen, (1995), afirman que, la imagen alterada del cuerpo puede provocar sensaciones de inferioridad, baja autoestima y devaluación.

Dicho autoconcepto abarca dos instancias: por un lado, el esquema corporal y por otro, la imagen del cuerpo.

Dolto, (1990) y Lehtonen, (1991), coinciden en afirmar que existe una gran matriz de fusión entre lo físico y lo psicológico, de donde parten todas las concepciones posteriores de esquema corporal o de autoimagen. Dicha matriz se da como mezcla de las sensaciones de placer-displacer del bebé, (sensaciones internas) y el contacto e intercambio con el exterior, (la madre). Aún cuando la diferencia entre ambos conceptos es muy sutil, se pueden definir de la siguiente manera:

El esquema corporal es nuestro vivir carnal en contacto con el mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo

o de sus lesiones transitorias o indelebiles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, es decir cenestésicas.

El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales sean el lugar, la época o las condiciones en que vive. Es el mismo para todos los individuos de la especie humana (con las diferencias obvias de edades o razas); es la abstracción de una vivencia en las tres dimensiones de la realidad. Refiere el cuerpo actual en el espacio actual en base a la experiencia inmediata; es inconsciente, preconscious y consciente y es evolutivo en el tiempo y el espacio.

La imagen del cuerpo es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales vividas repetitivamente a través de sensaciones electivas, arcaicas o actuales. Se le puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto, aún antes de que el individuo sea capaz de designarse por el pronombre personal "yo".

Se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada del goce, la frustración, deseos coartados o prohibidos (castración en el sentido psicoanalítico). La imagen del cuerpo es siempre inconsciente.

Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrecruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en contacto con los otros, con el mundo que nos rodea. De manera que, si el esquema corporal sufre alteraciones, automáticamente la imagen del cuerpo se verá modificada no sólo por el hecho de "ser portada" por un esquema corporal alterado, sino también por la serie de experiencias y vivencias emocionales que resultan de vivir una situación de enfermedad. A continuación se describirán las consecuencias a ese nivel.

Secuelas psicológicas.-

Estar enfermo implica estar en situación de debilidad, pues la enfermedad representa sufrimiento, daño corporal y limitación de las posibilidades físicas cuando no invalidez; un daño en la integridad del sujeto y una molestia en el ejercicio normal de su vida. Inicial y conscientemente se resiente como una carencia, un defecto, una disminución. Implica de igual manera, encontrarse en situación de dependencia con respecto al medio circundante, tanto física como moralmente.

El dolor, que es un síntoma prototipo del estado de enfermedad, refleja esa situación de debilidad y dependencia.

Consecuencias psíquicas para el enfermo.-

Regresión: Es un mecanismo inevitable, universal. Cualquier enfermedad conlleva una reacción de protección; es una reacción natural de todo ser vivo replegarse sobre sí mismo en caso de agresión y sufrimiento. En el hombre, se caracteriza, más allá de la contracción sobre sí mismo, por un retorno al comportamiento infantil que se manifiesta por:

-Reducción de los intereses: sólo se vive en el presente y en el futuro más próximo y no se soporta la espera.

-Egocentrismo: el enfermo no percibe el mundo más que en relación con sí mismo, no tolera la frustración.

-Dependencia de lo que le rodea: puede ser a través de los alimentos, los cuidados corporales, acompañada de una hipersensibilidad a las reacciones del entorno; hay un retorno a satisfacciones arcaicas como sueño o búsqueda de satisfacciones orales que pueden verse favorecidas, por ejemplo, por los medicamentos.

Modo de pensar mágico: creencia en la omnipotencia del médico, de los medicamentos o de la enfermedad.

Sin embargo, la regresión es muy útil e incluso necesaria, puesto que ese retorno representa que el enfermo pueda abandonar sus preocupaciones y las exigencias habituales para concentrar sus fuerzas en sí mismo, mismas que serán útiles para luchar contra la enfermedad y para protegerse en esa situación de vulnerabilidad.

Por otra parte, ese regreso crea una disposición para aceptar ayuda y apoyo del medio, es decir, contar con el enfermo para darle seguimiento al tratamiento sin que éste se oponga a su buena marcha por medio de iniciativas o actitudes contraproducentes.

La ausencia de regresión puede tener graves consecuencias. Negándose a dejarse llevar por el medio que le rodea y verse aliviado de ese modo de sus tensiones excesivas, el enfermo se condena a una superadaptación perniciosa para su salud, pues puede pasar bruscamente a un nivel de desorganización acrecentado, y sin el papel protector de la regresión, la respuesta se realiza a un nivel somático más profundo y más grave. Reacción precisamente frecuente en los enfermos psicósomáticos.

La regresión también puede tener efectos negativos cuando sobrepasa su meta; encierra al enfermo en una conducta en la que no puede lograrse ningún avance. Abandonar al paciente en esa conducta regresiva, constituye el

mejor medio de acentuar la situación, pues la falta de interés por parte de otros obliga al paciente a replegarse más sobre sí mismo. Por el contrario, reforzar excesivamente dicha conducta regresiva, favorece también la permanencia del sujeto en esa condición. Lo ideal (pero no fácil de lograr) es encontrar un punto medio en que la regresión cumpla su papel protector sin llegar al punto en que esta sea un impedimento en la lucha contra la enfermedad; se deben encontrar otras vías de expresión para las necesidades afectivas del enfermo. (Jeammet et al, 1993).

La depresión.-

Es prácticamente inevitable. La enfermedad representa siempre un perjuicio y una situación de falibilidad que se experimentan en carne propia. El enfermo pierde inmediatamente su ilusión de invulnerabilidad, hecho que despierta angustias infantiles.

Los signos clínicos de la depresión pueden confundirse con los de la regresión, pero, los primeros, añaden a la situación una vivencia psíquica de desvalorización, un sentimiento de fatalidad, un abandono de todo proyecto y deseo, además de una ausencia de rebelión con una mala resignación.

Un aspecto íntimamente relacionado con la depresión o mejor dicho parte de ella, es una baja autoestima. En una enfermedad que se mantiene por tanto tiempo y que además de los daños psicológicos que causa cualquier enfermedad crónica, conlleva también los daños físicos que ya se han mencionado, indiscutiblemente disminuye la autoestima de quien la experimenta, pues las alteraciones en diferentes planos, entremezcladas unas con otras, pueden dar como resultado que la persona se perciba con una serie de limitaciones (las físicas propiamente dichas y las psicológicas, consecuencia de las anteriores); así, una persona puede tener, sensaciones de incapacidad y/o inseguridad para realizar diferentes tareas (inclusive las más triviales), y que pueden llevarle a autoimponerse el estigma de incapaz, deficiente, mediocre, etc. Kokkonen y Kokkonen, (1995), y Vappu, (1991), han constatado por medio de sus estudios, la dificultad para manejar esta situación socialmente, precisamente por el "estigma" que se "adhiere" a quien tiene algún tipo de discapacidad, sea o no visible de primera instancia. Por otra parte, cuando las alteraciones y cambios corporales son muy evidentes, pueden tener efecto en relación a los conceptos de fealdad-belleza, (probablemente más remarcado en las mujeres, pues culturalmente estamos más acostumbrados a admirar o reconocer la belleza o los atributos físicos en las mujeres que en los hombres) y que bien puede influir en el rol de mujer u hombre como pareja por un sentimiento de no ser atractiva(o). Asimismo, es posible que la persona experimente una sensación de "estar a destiempo" en las cosas que realiza,

dadas las crecientes exigencias que impone el ritmo de vida actual, pues muchas veces el desarrollo "normal" a diferentes niveles se ve afectado por la enfermedad, situando a la persona en un estado de "desventaja" con respecto a otros en lo referente a logros personales y bien se sabe que éstos últimos son una buena fuente de autovaloración que obviamente tiene que ver con la autoestima.

Otras sensaciones que puede experimentar una persona como consecuencia de una enfermedad como la concerniente son, entre otros: sentimientos de frustración, fracaso, incertidumbre, falta de deseos o temor de fijarse metas que no se sabe si podrán cumplirse, sea a nivel profesional, personal etc.; sensación de no poder o no querer desarrollarse como mujer/hombre sobre todo en lo referente a la maternidad/paternidad por un sentimiento de incompetencia para criar hijos (nuevamente está quizá más presente el temor a ese respecto en las mujeres, como se mencionó en estudio de Fex et al, por lo concerniente al embarazo y sus implicaciones); soledad, enojo, falta de motivación, apatía, temor, desesperación, etc.

Otro aspecto a considerar es la ruptura en la continuidad que la enfermedad marca en la vida de un individuo y que puede ocasionar una reacción disociativa, experimentando así la persona una sensación de "no ser la misma de antes", pero tampoco saber "quien se es" en la nueva situación, puesto que

hay que encontrar una nueva identidad, fabricándola con lo que se percibe queda de quien se era antes, otra parte con lo que la persona siente haber sido durante el o los peores momentos de la enfermedad y una tercera percepción correspondiente a quien el sujeto siente ser en el momento actual (en caso de que ese momento actual represente una recuperación y superación de la enfermedad aún cuando no se trate de un alivio o cura absoluta); cada uno de esos "momentos" pueden vivirse como situaciones separadas que no pueden unificarse, situación que requiere de tiempo para restablecer el esquema corporal y la imagen del cuerpo, es decir, el autoconcepto.

Durante todo el proceso de enfermedad, se requiere continuamente de nuevas adaptaciones, sin importar si las mismas son a consecuencia de cambios favorables o desfavorables. Aún si los cambios son favorables, el enfermo tiene que "retomar", aprender o "reaprender" ciertas conductas, actividades, responsabilidades, etc., hecho que está directamente ligado con tener que renunciar a las ganancias secundarias que había tenido en su situación. Si por el contrario, los cambios son desfavorables, el proceso de adaptación es obviamente más difícil y penoso, implica pasar por un duelo, que en el mejor de los casos puede quedar resuelto, pero que también plantea la posibilidad de quedarse en un constante estado de depresión.

Cuando se trató lo referente a las secuelas físicas, se mencionó que éstas tienen su parte complementaria en el plano psicológico. Como se vio en las "consecuencias psíquicas para el enfermo", la enfermedad (cualquiera que ésta sea), sitúa a la persona en un estado de debilidad y dependencia y si la enfermedad en particular es la artritis reumatoide con las ya citadas limitaciones que produce, tales situaciones de debilidad y dependencia se ven remarcadas considerablemente. Además, la regresión ocurrida no sólo en su contexto defensivo, sino la que sucede a causa de las limitaciones, ubica al enfermo en una situación que hace rememorar la primera infancia, en donde incluso las necesidades más básicas y vitales dependen de ser satisfechas por otros, el enfermo tiene que ser alimentado, trasladado o literalmente "cargado" por alguien de un lugar a otro, etc. Todo esto coloca a una persona en una total ausencia de autonomía y si como se verá posteriormente, el conflicto ligado a la artritis está precisamente relacionado con la autonomía, la ausencia de ésta última (debida a la a.r.) refuerza o mantiene el conflicto y por consecuencia, quizá la enfermedad, es decir, ¿puede ser esto un círculo vicioso?

Según Jeammet et al, (1993), las principales actitudes reaccionales o de defensa que todo enfermo es susceptible de adoptar frente a la enfermedad y a sus repercusiones psicológicas son:

La adaptación.- Es la reacción que se espera del paciente. No quiere decir una aceptación pasiva y una sumisión a la enfermedad, sino una actitud equilibrada que le permita cambiar su modo de comportamiento habitual sin por ello desorganizarse.

La adaptación supone que la reacción depresiva provocada por la enfermedad habrá podido ser elaborada y dominada por el paciente y que ha encontrado un nivel de regresión adecuado, es decir, suficiente para aceptar la dependencia necesaria, pero controlada para no abandonarse o satisfacer a través de ella otras necesidades. En tales circunstancias, puede decirse que existe una "buena adaptación" del enfermo.

La negación de la enfermedad.- Algunos enfermos no aceptan la enfermedad, la mayor parte de las veces esto ocurre de manera inconsciente, disfrazándose bajo racionalizaciones. La negación puede tener graves consecuencias debido al rechazo de cuidado que implica y el desconocimiento total del peligro, sean cuales sean las circunstancias. Demuestra una gran fragilidad psíquica al protegerse el paciente de un riesgo de depresión recurriendo a este mecanismo de defensa arcaico. Si se comprende que detrás de esta negativa es el miedo quien gobierna, se verá que, tranquilizando al paciente por medio de una buena relación terapéutica, habrá mayores posibilidades de vencerla.

La reacción de persecución.- Se produce frecuentemente como consecuencia de la negativa. Para evitar la depresión, el enfermo atribuye al exterior la causa de sus desgracias, expresando que se le quiere hacer daño o que no se le ha cuidado bien.

El aislamiento.- Se manifiesta por una aparente ausencia de afectos y emociones en la toma de conciencia de la enfermedad. El enfermo parece aceptar ésta última demasiado bien, sin embargo, los afectos reprimidos pueden tener efectos nefastos cuando no pueden unirse a palabras para así comunicarlos e intentar dominarlos. Justamente una sobreadaptación a la realidad predispone a desarrollar trastornos psicósomáticos; una excesiva buena adaptación, puede contribuir a agravar la enfermedad secundariamente.

Los beneficios de la enfermedad.-

Una enfermedad se convierte para quien la padece en "SU" enfermedad; la vive y reacciona ante ella con toda su personalidad. Eso es lo que se conoce como la complicidad del enfermo con su enfermedad. Este hecho influirá en el desarrollo de la situación.

Para comprender el punto de articulación de una enfermedad en la vida de un sujeto, es de utilidad tener en cuenta un concepto: los "beneficios" de la enfermedad. Dichos beneficios son de dos tipos:

Beneficios secundarios.- Son los más evidentes y fáciles de entender. Resultan de las consecuencias de la enfermedad sin intervenir en su génesis. Pueden favorecer la instalación de la enfermedad y convertirse en un factor de perennización. Algunos son conscientes y reconocidos por el mismo enfermo, sin embargo, éstos, que pueden aparecer a causa de la prolongación de ciertas enfermedades, funcionan generalmente como una pantalla que encubre deseos más profundos.

Otros más son inconscientes y permiten al individuo:

La introversión: retirándose del entorno, el enfermo puede concentrarse en sus sensaciones y emociones, mismas que adquieren mucha importancia para él.

Huir hacia lo imaginario y al pensamiento mágico: el adulto normal debe permanecer en el mundo lógico y racional, en cambio, al enfermo se le permite soñar, imaginar, fantasear, es decir, sentir una parte de la percepción del mundo de los niños.

Ser reconocido como enfermo por el medio que le rodea y de esa manera tener una situación especial, tener atención de otros, ser importante y protegido.

Probablemente las ventajas principales de la enfermedad que dan ocasión para que a veces se pretenda prolongarla son: la dependencia, la pasividad.

Cuando estos beneficios anteriores son más importantes para el enfermo que los que encuentra en su funcionamiento de persona sana, se constituye una "neurosis de compensación" y el paciente no puede ser otra cosa que "enfermo" pues tal vez es la única manera de conseguirlos. Una situación muy similar es la "sinistrosis", es decir, la fijación neurótica a la desventaja real o ficticia que ha causado una enfermedad; entonces, el paciente no busca únicamente una compensación física, evidentemente necesita también una compensación moral a su estado de "siniestrado" o afectado.

Beneficios primarios.- Desempeñan una función en el inicio mismo de la enfermedad. Considerarlos presupone tener en cuenta ya una estructura de la personalidad, del funcionamiento mental y de los vínculos entre psique y soma. En este caso el "beneficio" se debe entender como la aportación de una salida, cierta solución a una situación de tensión interna insoportable. Este hecho se ha abordado ya en el punto de "Papel adaptativo de los trastornos psicósomáticos".

2.4.1 Impacto de la enfermedad en la familia.-

La familia, célula fundamental de la convivencia humana es en donde surgen los lazos afectivos más fuertes y probablemente los sentimientos más intensos (aunque esto no pueda señalarse como una generalización, pues sin duda existen excepciones). En este núcleo, cada uno de los miembros comparte su propia vida con la de los demás, con los éxitos, fracasos, penas, alegrías, metas, conflictos, dificultades, logros o cualquier hecho que el vivir cotidiano pueda plantear, ofrecer o traer. Uno de esos acontecimientos puede ser la enfermedad, (misma que puede ser crónica), la cual será vivida de manera total (física y psicológicamente) por uno de los miembros, y psicológica o emocionalmente por los demás, quedando así, inmersos todos y cada uno de quienes forman una familia tanto en el sufrimiento y el dolor, como en la recuperación o las posibilidades de resurgimiento y readaptación que la situación plantee, dependiendo de la forma de ser y ver la situación de cada uno, de su naturaleza individual y del estilo de vida y funcionamiento que tengan como unidad familiar.

Si se parte del hecho de que quizá la enfermedad, (aún la sola posibilidad de ella) sea uno de los conceptos que más impacto tenga a nivel psicológico, es posible pensar en las implicaciones que este hecho puede tener a nivel

familiar, Si además agregamos el factor de los vínculos tan fuertes que suelen existir en este contexto.

Es así, que muy probablemente en la enfermedad de un miembro de una familia, surjan un sin fin de cuestionamientos para los que en muchas ocasiones no es posible encontrar una respuesta, o al menos no del todo satisfactoria, preguntas tales como ¿por qué?, ¿qué hicimos mal?, ¿por qué él o ella?, ¿por qué no fui yo en lugar de ...?, ¿se va a aliviar?, ¿se va a morir?, ¿cómo va a repercutir esto en su vida?, ¿va a vivir menos de lo que se suponía por esta razón?, etc., y junto con todas las preguntas o afirmaciones que puedan surgir, indudablemente nacen también las más diversas emociones, mecanismos de defensa o actitudes que tengan el fin de "aliviar" las diversas sensaciones que puedan experimentarse.

En cualquier miembro de la familia, (aunque generalmente se centra la atención en los padres, sobre todo cuando se trata de la enfermedad de un niño), pueden observarse por ejemplo, la negación, que se muestra frecuentemente en una interminable búsqueda de alternativas o curas, o bien, considerando "inefectivo" determinado(s) tratamiento(s) para un hijo. Es posible ver también un continuo temor de "no estar haciendo lo correcto" en cuanto a la atención del enfermo; otras de las emociones que indudablemente aparecen son el enojo (con la consecuente descarga de éste, hecho que agrava

la tensión familiar), tristeza, impotencia (percepción de "no poder hacer nada" por el enfermo aún cuando se esté haciendo mucho por éste, si no en el aspecto médico, sí en el emocional), el aislamiento (como una medida para "proteger" todo el sistema familiar que ha sido herido), incertidumbre (con todas las fantasías incluso de muerte); la culpa, que, como lo menciona Melvine (1993), para muchos padres es la emoción más destructiva y que en un momento dado, bajo la creencia de que ellos han causado la enfermedad, puedan tener actitudes sobreprotectoras y/o sobrecompensadoras que le hagan creer al enfermo que no tiene que esforzarse por nada.

Concretamente en una enfermedad como la artritis reumatoide, en donde se alternan periodos de remisión y exacerbación, los momentos de crisis (exacerbaciones de la enfermedad), son en los que más fácilmente pueden experimentarse las emociones más desgastantes, como la mencionada impotencia, la desesperación, angustia, temor, que pueden generar diversas fantasías, hasta el modo de pensar mágico, deseando y pretendiendo que repentinamente algo o alguien aparezca y alivie al enfermo.

En los periodos de remisión, en los que lógicamente la tensión disminuye y puede pensarse en estrategias para manejar mejor la enfermedad, es probable que se den muestras de otro tipo de mecanismos, emociones o sentimientos, tales como la esperanza, el poder disfrutar quizá con mayor intensidad de las

situaciones agradables, e incluso es probable que se dé alguna forma de sublimación al participar, en alguna actividad relacionada con la enfermedad.

"... la salud y la enfermedad tanto somáticas cuanto psíquicas, si bien tienen su "locus" en el individuo, adquieren dimensionalidad a través de los vínculos interpersonales". (1).

Con estas palabras, Kornblit, (1996) hace pensar en ¿cómo "circulan" las imágenes de salud o de enfermedad entre los miembros de la familia?, ¿qué implica para cada familia estar o ser sano o enfermo?, ¿qué significa en términos de las relaciones familiares el que uno de sus miembros esté enfermo?, ¿significa acaso que requiere cuidados y atención especial?, ¿o tal vez que su condición lo excluye de cierto tipo de decisiones y/o actividades?. ¿Se ha producido a partir de la enfermedad una reacomodación de los vínculos entre los restantes miembros de la familia?, ¿qué está diciendo el paciente a los demás a través de su enfermedad y qué interpretan o captan los demás de dicho "mensaje"?. Todas estas preguntas señalan hacia qué modificaciones se producen en el sistema a partir de la eclosión de la enfermedad y puntualizan el hecho de que el sentido de la salud y la enfermedad para el enfermo y para la familia se condensan en la interacción entre él y su grupo.

Respecto al significado que se asigna a la enfermedad y a la salud en un sistema familiar, Kornblit, (1996), y Jeammet et al, (1993), consideran que el mantenimiento de cada uno de dichos estados, está en relación con dicho significado a nivel del sistema; Lau, (1982), en Williams y Koocher, (1998), afirma de igual manera, que las creencias acerca de la salud son influenciadas por los antecedentes de salud en la propia familia, las actitudes de ésta hacia la enfermedad y la manera como un padecimiento viene a ser un foco central o periférico de atención, tiene un efecto moderador en las creencias individuales. También es importante hacer hincapié en el hecho de cómo es captada la enfermedad por un sujeto, como se mencionó ya antes, su sentido es único para cada individuo y en cada contexto. Una familia funciona como un sistema con leyes que rigen los cambios en su propio interior y es en función de esas leyes, problemas, deseos y necesidades de cada uno de sus miembros que el sistema familiar debe encontrar un equilibrio de funcionamiento, mismo que la enfermedad de uno de dichos miembros va a perturbar.

Si como se ha visto, la enfermedad (mental u orgánica) es una respuesta a un estado de desequilibrio, respuesta por lo tanto adaptativa, su mantenimiento resulta de una adaptación a la "adaptación", proceso que puede considerarse entonces como "adictivo".

En el plano familiar, son alentados los patrones de conducta que coinciden con la gama de alternativas viables para cada grupo en particular, alternativas que en buena medida están configuradas por las creencias y mitos que se mantienen en el sistema, los cuales han sido aportados por cada miembro de la pareja parental a partir de las respectivas familias de origen. Puede decirse que el aprendizaje es lo que vincula, a través del acuerdo, las respuestas individuales a las expectativas grupales, en este caso familiares. Asimismo, el mecanismo del aprendizaje tiene un valor trascendente en el campo de las relaciones mente-cuerpo, como es sabido en la medicina psicosomática.

Puede pensarse entonces, en cuales creencias, percepciones y aprendizajes en cada grupo familiar son factores que en un momento dado pueden contribuir a "descontinuar" un estado de enfermedad, o bien mantenerlo, creándose así el mencionado "circuito adictivo". Lo referente a qué medidas pueden emplearse para lograr aprendizajes o modificar conductas o percepciones con el fin de buscar una recuperación o al menos un mejor manejo de la enfermedad, se verá posteriormente en el punto destinado a la intervención terapéutica.

Durante la segunda guerra mundial, se realizaron diversos estudios en los que se centró la atención en las reacciones ante el estrés y las situaciones de crisis a nivel individual y familiar provocados por la separación y posterior reunión

familiar como consecuencia de la guerra. Después, dichos estudios se retomaron para continuar investigando lo que ocurre en situaciones de crisis en general que afectan al individuo y a su sistema familiar.

En 1949, Hill realizó estudios en el mencionado periodo de guerra y propuso un modelo para analizar situaciones críticas, conocido por su abreviatura: ABCX, en donde cada inicial corresponde a los siguientes factores:

A: el hecho y el sufrimiento vinculado con él.

B: los recursos que pone en juego la familia para enfrentar la crisis.

C: la definición que la familia hace del hecho.

A, B y C se conjuntan para producir X: la crisis.

Posteriormente, en 1973 Burr amplió el modelo incluyendo dos conceptos: la vulnerabilidad familiar y su poder regenerativo.

La vulnerabilidad consiste en la disminución, ausencia o parálisis de los recursos que la familia podría poner en práctica para manejar la situación tensionante. La definición que la familia hace de la gravedad de los cambios que la enfermedad ocasiona influye de manera directa en la vulnerabilidad de la familia ante la crisis.

El poder regenerativo de la familia se define como su capacidad para recobrase de la desorganización que produce el factor tensionante, la enfermedad en este caso.

La tensión y la crisis son resultantes de la definición que la familia haga del hecho, lo cual da el sentido, que a su vez conformará la magnitud de la tensión y el estilo de respuesta.

El estilo de respuesta es expresado en el estado emocional de los miembros del grupo que crean una especie de "clima" con los conflictos interpersonales de cada quien y el grado de desorganización del sistema.

Los factores tensionantes que afectan a la familia han sido clasificados en "normativos" o "evolutivos" y "no normativos" o "externos". Los primeros se refieren a transiciones esperables "normales", propias del desarrollo de los miembros. Los factores de tensión no normativos se clasifican en:

- Separación determinada por conflictos bélicos.
- Desastres naturales y/o accidentes.
- Enfermedad aguda e incapacidad crónica.

En cuanto a la capacidad regenerativa de un grupo familiar debe tomarse en cuenta qué capacidad de resolución de conflictos ha demostrado el mismo en

situaciones anteriores. Si la familia golpeada por la enfermedad de uno de sus miembros ha pasado por otras situaciones críticas, puede pensarse que ya se ha puesto a prueba su capacidad para enfrentarse a situaciones no esperadas y reorganizarse a partir de ello, con lo cual será menos vulnerable y menos propensa a la desorganización.

Es posible que, por medio del "aprendizaje" que se ha mencionado antes, la familia pueda tener pautas de cuales son las conductas o soluciones que han resultado en situaciones semejantes anteriores y tener cierta ventaja a ese respecto, pues no tendrá que empezar a "probar" alternativas" pues, aún cuando cada situación es única y plantea necesidades y urgencias igualmente únicas, de alguna manera el grupo familiar tendrá ya cierto entrenamiento, mismo del que carecerá, en su caso, una familia que no se ha visto nunca en una situación que de súbito plantea la necesidad de crear soluciones.

Según Kornblit, (op. Cit.), los recursos que la familia puede poner en práctica frente a este tipo de situaciones son, fundamentalmente:

- Capacidad organizativa.
- Cohesión.
- Adaptabilidad.
- Apertura interna.

El grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia, dependerá fundamentalmente de dos variables: el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar.

El tipo de enfermedad incluye dimensiones como: curabilidad o incurabilidad, dolor, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos implicados, modo de comienzo y evolución e ideología (consenso social y familiar) acerca de la misma.

La dinámica del grupo familiar incluye el estilo en cuanto a cohesión-desapego y en cuanto a la permeabilidad de los límites entre el grupo y el exterior.

Desde la perspectiva de la teoría interaccional (dentro de la familia unos miembros interactúan con otros), el grado de desorganización puede detectarse a partir del retardo o la incapacidad de la familia para llegar a respuestas adaptativas no disfuncionales ni para el enfermo ni para el grupo.

Por otra parte, lo que media entre el impacto que causa la enfermedad y las respuestas adaptativas que surgen en la familia se denomina "procesamiento". Este plantea la presencia dinámica o alternada de dos fases posibles: aceptación o rechazo de la situación de enfermedad, en el que la ideología acerca de ella cumple un papel determinante.

Kornblit , (1996) y Jeammet et al, (1993), están de acuerdo en que, la evolución de la enfermedad, dependiendo desde luego de cual sea su tipo, pero siempre en algún grado, se verá influida por dicho procesamiento. (Intervendrán elementos como las ganancias secundarias, tolerancia de los demás miembros para con el enfermo, etc.)

Además de los factores ideológicos (todos los elementos que dotan de sentido a la realidad), intervienen en el procesamiento de la enfermedad otras variables, que se plantean a continuación:

- 1) El momento de eclosión de la enfermedad en relación con el ciclo de vida familiar.- Se debe incluir un criterio de normalidad como marco de referencia para evaluar los procesos observados en una familia, pero dicha normatividad depende en buena medida de factores macro y microculturales, por lo cual es preciso dar más importancia al hecho de que existen factores dados por la variable temporal que marca momentos de transición indiscutibles y es precisamente en esos momentos en los que hay mayor probabilidad de que surjan en una familia conductas disfuncionales. Según Haley, citado en Kornblit (1996), los momentos más propicios para el surgimiento de patología en un grupo familiar, son los de entrada o salida de miembros del sistema; la familia incorpora nuevos miembros sólo a través del nacimiento, adopción o

matrimonio (unión), y es dejada por ellos de modo definitivo sólo a través de la muerte.

Puede considerarse que, cada grupo familiar enfrenta un flujo de factores tensionantes producidos por el transcurso del tiempo y los acontecimientos, esperables o no (cargados de estrés), que puedan producirse desde que el grupo se constituye.

La enfermedad crónica tendrá un sentido diferente no sólo en relación con los factores tensionantes, sino también en relación con el momento del ciclo vital en el que surja, tanto para el individuo como para la familia. No significa lo mismo enfermar cuando se es niño que cuando se es adolescente, adulto joven o adulto viejo.

En el primer caso, el niño tenga quizá menos elementos que le ayuden a entender el porqué de su condición y en un momento dado, del tipo de vida que él deba llevar como consecuencia de ese estado y que le hagan sentir la diferencia entre su condición y la de otros niños; para los padres, quizá sea la fase en la que resulta más duro asimilar la enfermedad de un hijo, pues normalmente son concebidos como seres inquietos, traviosos, llenos de energía para los que realmente no hay mayores motivos de preocupación o

sufrimiento, aspectos que la situación de enfermedad crónica sin duda alterarán en un niño.

En la adolescencia, tanto a nivel individual como familiar, la enfermedad crónica puede representar una interrupción súbita en el proceso de desarrollo que se está viviendo en ese momento, mismo que plantea la posibilidad de empezar a andar el camino hacia las metas y anhelos que se quieren ir forjando hasta verse realizados y ante las dudas y temores propios de esa edad, se agregan las concernientes a la enfermedad.

Si la enfermedad ocurre en la etapa en la que el sujeto es un adulto joven, quizá las repercusiones se sentirán sobre todo, en todos aquellos aspectos que tengan que ver con el desarrollo profesional, como es el poder encontrar un empleo o bien mantenerlo, es decir, en lo concerniente a ser productivo, autosuficiente y en el caso de que el individuo sea padre o madre, tal vez ver disminuida la capacidad respecto a todo lo que implica la crianza y cuidado de los hijos.

Cuando la enfermedad surge en un adulto viejo, quizá una de las situaciones más factibles sea la soledad, la sensación de no tener alguien que pueda auxiliar en el cuidado y la atención que el individuo requiere, así como, la posibilidad de que no existan recursos económicos suficientes, sabiendo que a

esa edad es aún más difícil pensar en encontrar la manera de proveerse de ellos.

2) Permeabilidad de los límites del sistema familiar.- Todo sistema familiar mantiene relaciones con el contexto que le rodea, a través de las cuales entra y sale información, ideas, percepciones, etc., de otro tipo. El tipo de límites entre la familia y el medio ambiente variará de acuerdo a la permeabilidad de los mismos.

Es frecuente observar que la emergencia de una enfermedad crónica en uno de los miembros del grupo familiar tiende a producir que el organismo en tal circunstancia disminuya su conexión con el medio; de igual manera, la situación produce aislamiento del grupo familiar en relación con el medio exterior. Tanto el aislamiento excesivo como la parte contraria, es decir, el permitir intrusiones, dan indicio de disfuncionalidad a nivel de las relaciones familiares. Ambas posibilidades deben intentar corregirse a partir de la intervención terapéutica.

No sólo los límites del grupo familiar respecto al contacto con el exterior pueden verse alterados a consecuencia de la enfermedad. En la familia existen "subsistemas" internos: el conyugal, parental y filial; los límites entre éstos también pueden alterarse a raíz de la enfermedad, por ejemplo, si se trata de

la enfermedad de uno de los cónyuges, alguno de los hijos puede tomar el "papel" del padre enfermo y constituirse en el apoyo fundamental del padre sano; o bien, si el enfermo es uno de los hijos, igualmente uno de los hermanos puede hacer las veces de padre, sobre todo en situaciones en las que por alguna razón alguno de los cónyuges está ausente. Estas situaciones crean la posibilidad de que los subsistemas tiendan a borrarse, con lo cual puede cargarse de responsabilidades a uno de los hijos, hermanos, mismas que muy probablemente aún no le toca asumir.

3) El estilo de respuesta de la familia frente a la enfermedad.- Pueden identificarse de manera general en cuanto al estilo que una familia desarrolla frente a la emergencia de una enfermedad crónica, dos patrones de respuesta, que constituyen dos modalidades opuestas:

a) La tendencia centrípeta (Kornblit, 1996) o bien sistema familiar rígido y cerrado (Jeammet et al, 1993): en este caso, se desarrolla una extrema cohesión interna en torno a la situación de enfermedad. Toda la familia gira alrededor del enfermo, el cual se convierte en el centro de las interacciones, atrayendo la atención del resto de su grupo familiar, restando así posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes del mismo. En general, la familia vive en un estado de constante sobresalto, teniendo siempre presentes las posibles complicaciones de la enfermedad y los altibajos de su

evolución; la nueva situación se percibe como una amenaza constante para el equilibrio familiar y es posible que surjan conductas de rechazo hacia el enfermo o de utilización del mismo, es decir, la enfermedad se convierte en parte integrante del sistema y es necesaria para su mantenimiento.

Rechazo del enfermo: Puede expresarse directamente o a través de formaciones reactivas como son solicitud excesiva, sobreprotección o ansiedad exagerada. Tales actitudes reflejan frecuentemente la fragilidad del sistema.

Utilización del enfermo y su enfermedad: El sistema familiar guarda su rigidez inicial y toma al nuevo trastorno reorganizándose alrededor de él, entonces se corre el riesgo de que la enfermedad se vuelva necesaria para el equilibrio y esto constituya a su vez un factor patógeno. Este es frecuentemente el caso de los trastornos crónicos, el cual provoca situaciones inconvenientes persistentemente.

b) La tendencia centrífuga (Kornblit), sistema familiar flexible y abierto (Jeammete et al).- En esta modalidad, la familia se adaptará a la nueva situación llevando a cabo algunas modificaciones, aunque pueden desarrollarse de igual manera conductas evitativas en torno de la situación de enfermedad, sólo que en este caso, el hecho se hace efectivo a expensas de la dedicación de uno de los miembros del grupo al enfermo, esto favorece la dependencia de éste último con respecto al miembro "encargado", mismo que asume el papel de

controlar la evolución de la enfermedad, evitando que sea el enfermo mismo quien, en la medida de sus posibilidades se haga cargo del cuidado que requiera su condición. La actitud sobreprotectora, se lleva a cabo propiciando (o como resultado de) la evitación por parte de los demás miembros de la familia.

Como se ve, las reacciones del entorno adquieren una gran importancia, pues de ellas depende en cierta medida la manera en que la enfermedad será vivida por el paciente. Es posible que éste funcione alternadamente ya sea como "generador" o bien como "contenedor" de una serie de emociones y sensaciones que se experimenten en la vida familiar sin que pueda tal vez determinarse el origen de las mismas (de los demás hacia el enfermo o de éste hacia los demás), pero sabiendo que "a toda acción corresponde una reacción", puede establecerse un intercambio constante de dichos estados emocionales, como sucede en cualquier situación de "crisis" que pueda afectar a un grupo familiar.

También hay otros indicadores que pueden dar idea de cual es el estilo de respuesta de una familia ante la enfermedad; si se trata de una enfermedad de comienzo insidioso, el momento en el que se efectúa la consulta médica puede dar datos sobre el tipo de reacción en la familia, si ésta ocurre ante los primeros síntomas, o si por el contrario, la consulta se realiza en un episodio de

crisis, lo cual hablará de que, tanto el paciente como su familia tuvieron que esperar hasta el momento crítico para reconocer signos corporales que fueron pasados por alto hasta entonces.

4) Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.- Un indicador al respecto, es la capacidad de reorganización que ha tenido la familia en situaciones anteriores de crisis, qué cambios se dieron en la familia a partir de los diferentes momentos evolutivos por los que haya atravesado, por ejemplo, como se organizaron los padres a partir del ingreso de sus hijos a la escuela, o bien, a partir del alejamiento de éstos últimos como adultos jóvenes. El tiempo que haya requerido el grupo para reorganizarse en situaciones anteriores transicionales y/o críticas, da indicio del modo de respuesta que puede desarrollarse ante la situación de enfermedad.

Bowen, en Kornblit (1996), propone también un concepto de "apertura del sistema", no en función de los límites del sistema, sino como la interacción entre los miembros de la familia; la apertura se define por dos parámetros:

a) La capacidad de cada miembro de la familia de permanecer no reactivo frente a la intensidad de las emociones vividas en el grupo.

b) La capacidad de cada miembro de la familia para comunicar sus pensamientos y sentimientos a los otros.

Además, señala dos conceptos interrelacionados que determinan el grado de apertura del sistema familiar, estos son:

a) El nivel de diferenciación individual: la capacidad de un individuo para discriminar su funcionamiento emocional de su funcionamiento intelectual. El nivel de diferenciación del individuo está dado por el grado en que está preso en el proceso emocional de su familia de origen.

b) El nivel de tensión familiar: debe tomarse en cuenta la intensidad y la duración de la tensión. Cuanto más intensa y más prolongada sea ésta, mayor será la dificultad para que las relaciones familiares permanezcan abiertas y consecuentemente, mayor será la probabilidad de desarrollo de disfunciones.

Dichas disfunciones pueden expresarse en lo que Bowen denomina fenómeno de una "ola de shock emocional", en la que aparecen síntomas de diversa índole (emocional o física), en varios miembros de la familia.

5) Ritmo y características del aprendizaje requerido por la situación de enfermedad.- El aprendizaje de los hechos relacionados a la enfermedad abarca dos tipos de conocimiento, (Kornblit, 1996):

a) Información referida a factores externos que afectan el ritmo y la evolución de la enfermedad (ingesta, grado de actividad, situaciones emocionales, etc.).

b) Información dada por el cuerpo: indicadores precoces acerca de estados orgánicos que están en vías de manifestarse.

En el aprendizaje de la información comprendida en el punto "a" intervienen (o al menos así se espera) tanto el enfermo como la familia; en cuanto a la información comprendida en el punto "b", participa (también se espera) únicamente el paciente, con el fin de que éste logre una mayor discriminación.

Fases ante la emergencia de enfermedad crónica.-

La emergencia de alguna enfermedad crónica en una familia origina una respuesta por parte de ésta última, la cual, como se ha visto, constituye un particular proceso de adaptación a ella. Esa respuesta se da de acuerdo con Kornblit ,(1996), dentro de un modelo observado frecuentemente, el cual consta de:

a) periodo de desorganización.- El impacto de la enfermedad hace que se rompa la estructura de funcionamiento familiar; esto puede ocasionar que si ya existían situaciones "latentes", éstas se agudicen, por ejemplo, si entre los

padres había una unión no bien consolidada, se produzca una fractura, o si existían fricciones de diferente índole entre los miembros de la familia, las mismas se hagan más intensas y/o frecuentes. Otra posibilidad es que la familia trate de "saltar" esta etapa por la incapacidad para tolerar la desestructuración a consecuencia de la crisis, ante lo cual, empezarán a realizarse intentos para recuperar la organización, sin embargo, pretender una reorganización precoz puede representar que la crisis que se ve truncada en su manifestación, se exprese entonces por otras vías. En este punto, se necesita, como lo denomina Bateson "tocar fondo": "El fondo es un instante de pánico que presenta un momento favorable para el cambio, pero no un momento en que el cambio es inevitable". (2).

Otra posibilidad en esta fase es que el periodo de desorganización llegue a niveles tan profundos que, en esa situación, sea difícil para la familia rescatarse a sí misma.

b) punto de recuperación.- Existen diferentes indicadores que pueden dar la señal de cuándo la familia está llegando a un punto a partir del cual será posible que se recupere de la crisis. Uno de ellos puede ser que entre en "escena" de un modo más activo algún miembro de la pareja que ha permanecido más pasivo en cuanto a la situación de enfermedad. Otro puede ser que se realice la consulta acerca de una enfermedad banal en otro de los

por alguna de otro tipo, lo que puede sugerir que se está produciendo cierto cambio en la situación primaria y que puede haber lugar para otro centro de atención. Uno más puede verse cuando la familia, o al menos uno de los miembros requiere más información acerca de la enfermedad por parte del especialista o bien la busca por su cuenta; así, el elemento cognitivo empieza a actuar como organizador del contexto. Es posible observar la misma función en la apertura que empieza a efectuar la familia hacia el medio ambiente humano inmediato, restableciendo contacto con figuras anteriormente significativas, buscando personas que hayan pasado por experiencias semejantes, etc.

c) nuevo nivel de reorganización.- El tipo de reorganización al que llegue la familia dependerá obviamente del tipo de enfermedad, de la invalidez resultante de ella, cuidados y atención que demande la situación y de su estilo particular.

Ante la enfermedad de uno los miembros, la familia quizá pueda consolidar su estructura anterior, o probablemente se llegue a una nueva distribución de papeles, con un recambio en el proceso de designación y asunción de roles, división de tareas, etc.

Algunas posibilidades que plantean cierto riesgo en esta fase son:

- La reorganización familiar puede darse en torno a la enfermedad; en este caso, la familia se enquistada en la enfermedad, el enfermo se convierte en el centro de la red relacional, restándose así posibilidades de desarrollo y crecimiento para el grupo y para cada uno de sus integrantes, (forma de reorganización ligada al estilo de respuesta "centrípeto").

- La reorganización familiar puede darse alrededor de un vínculo privilegiado de un miembro de la familia con el enfermo. Esta forma de reorganización, (dada en base al estilo de respuesta "centrífugo"), crea como se vio la dependencia del enfermo hacia el miembro sobre quien ha recaído el manejo de la situación. Este mecanismo de delegación implica el empobrecimiento de la red relacional.

- Una reorganización familiar basada en un cambio drástico en la estructura del grupo. Se sabe que, cualquier cambio en un sistema debe permitir que los mecanismos reguladores operen al ritmo que la situación vaya requiriendo, de lo contrario, el cambio es potencialmente patógeno, tal vez en otro nivel de funcionamiento.

Aparición de efectos colaterales en otras áreas del sistema. Es posible que surja una "ola de shocks", lo cual puede indicar que la fase de reorganización no se

ha elaborado después de la experiencia de "tocar fondo" sino que es un intento precoz de organizarse nuevamente, el cual no será eficaz.

En este punto se ha planteado de qué manera repercute en la vida familiar la emergencia de una crisis por enfermedad, considerando cuales son las situaciones emocionales que la misma plantea; las reacciones que suelen presentarse, así como los elementos que es necesario tener en cuenta para pensar en cómo puede reestructurarse el grupo. Desde luego, puede pensarse que, en cada momento de un hecho así, ante cada diferente necesidad, sentimiento, pensamiento, etc., se requiere de asistencia médica y por supuesto atención psicológica, siendo esta última, el tema del que se tratará en el capítulo siguiente.

"REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS."

- 1.- Kornblit, Analía. Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia. Ed. Gedisa. Barcelona, 1996. Pág. 20.
- 2.- Bateson, G. "La cibernética del sí mismo: una teoría del alcoholismo". Buenos Aires, 1972, pág. 359. Op. Cit. pág. 58.

**CAPITULO III: INTERVENCION PSICOLOGICA
EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

3.1 Importancia de un tratamiento integral.

El individuo, como protagonista de un modo de vida particular, necesita la satisfacción de diversas necesidades para alcanzar su pleno bienestar. La promoción, conservación y/o restablecimiento de la salud es una de las más altas prioridades en la satisfacción de dichas necesidades. Hoy, pocos consideran que estos objetivos puedan ser alcanzados desde posiciones reduccionistas. La "apelación a la integridad" en la atención al hombre enfermo o en riesgo de enfermarse no es sólo una declaración, sino una realidad que hay que enfrentar estratégicamente. (Grau, en Rodríguez Ortega y Rojas Russell , 1998).

Aspectos como el funcionamiento y dinámica familiar, estilo de vida personal, actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional, son puntos centrales para poner en práctica programas de salud a cualquier nivel.

La Organización Mundial de la Salud estableció, desde 1981, tres objetivos centrales para las políticas de salud justamente hasta el año 2000. Estos son:

- a) Promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
- b) Prevención de enfermedades que pueden ser evitadas.
- c) Establecimiento de servicios de rehabilitación y salud.

Los factores psicológicos no están presentes sólo en el primero de estos objetivos, sino en todo el conjunto. Puede decirse entonces, que a la Psicología le corresponde un papel decisivo para esclarecer los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios más eficaces de promoción de salud, así como en la adopción de conductas preventivas de enfermedades que pueden ser evitadas y mejoramiento y empleo adecuado de los servicios de salud para optimizar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad crónica. (Idem).

Definir la salud no es una tarea fácil, por su parte la Organización Mundial de la Salud la define como "el estado de bienestar físico, mental y social y no como la mera ausencia de enfermedad", definición que es generalmente aceptada porque contiene los principales elementos para llevar a cabo acciones sanitarias.

Este enfoque implica la atención integral del individuo, ya que, (como se mencionó ya en el punto referente a alcances y limitaciones de la medicina psicosomática), tradicionalmente el proceso salud enfermedad ha sido estudiado por diferentes disciplinas con diferentes enfoques y perspectivas como la medicina (desde su perspectiva biológica), la psicología (dedicada al estudio del comportamiento) y la sociología (enfocada a las condiciones socioeconómicas). Cada una de éstas áreas ha abordado el estudio de la salud

según su enfoque, dejando a un lado las interrelaciones con las otras, sin tomar en cuenta que un manejo integral considera al individuo como un ser biopsicosocial. (Durán, en Rodríguez y Rojas, 1998).

Bajo esta perspectiva, puede decirse que, en el caso concreto de la artritis reumatoide (enfermedad acerca de la cual se han señalado ya las implicaciones físicas y psicológicas), se requiere por supuesto de diversas modalidades de intervención, que van desde el aspecto médico (control del proceso de actividad del padecimiento, que idealmente debe ser llevado por un especialista en Reumatología); la parte médico-quirúrgica (con la que se corrigen las secuelas físicas que limitan o impiden la movilidad); la participación de la Fisiatría (tratamiento que tiene como objetivo mejorar o recuperar movimiento, corregir posturas, relajar y/o fortalecer tejidos); todos estos modos de intervención tienen como objetivo común aminorar, combatir o al menos proporcionar herramientas para un mejor manejo del dolor.

El tratamiento integral en la a.r. da sustento a un proceso que ayuda a la persona a explorar y entender un paradigma doble; por un lado, la artritis influye en todos los aspectos de la vida de la persona, lo que el individuo siente por sí mismo y por otros, la manera en que la persona trabaja, duerme, come, sus relaciones con los demás, etc; generalmente las personas con a.r. están muy conscientes de esto, pero en ocasiones no lo están de la otra parte,

cómo su funcionamiento en dichos aspectos de su vida pueden influenciar su artritis. (McCarty, 1993).

Obviamente, no es la parte médica del tratamiento la que se pretende exponer en este trabajo, aunque por supuesto, se derivan de ella factores que están relacionados e implican elementos que pueden ser estudiados desde la perspectiva psicológica, que es la concerniente, y que se irán presentando posteriormente, como por ejemplo, cuál puede ser el abordaje psicológico ante una cirugía, etc.

3.2 Objetivos de la psicoterapia.-

La psicoterapia se instituye para ayudar a los sujetos a establecer o restablecer el mejor funcionamiento posible de su psiquismo. Las psicoterapias en el campo psicosomático comprenden modalidades que van desde el psicoanálisis (aunque en su forma clásica, su indicación es muy limitada), hasta otros diversos modos clásicos de psicoterapia. Están dirigidas a pacientes cuyo hipofuncionamiento mental, localizado o general, y muy diferente de un caso a otro, se presenta de manera pasajera o crónica. (Marty, 1995).

Cada psicoterapia plantea problemas nuevos a todos los terapeutas. La psicoterapia individual se basa en todo momento en la calidad de la relación del enfermo con el terapeuta y significa, para éste último obligaciones de control y acompañamiento; además, se debe tener en cuenta el peso de la

demanda del paciente, que en estos casos, es resultado en gran parte, del peso de la enfermedad somática.

El control del enfermo.- Consiste en una atención sostenida, sin provocación pero también sin abandono y en un registro frecuente de las fuentes de excitación, de los sistemas de protección frente a éstas, de las regresiones que utiliza o de los efectos desorganizadores que padece y de su evolución durante todo el curso de la psicoterapia.

El control del funcionamiento mental se efectúa a través de las asociaciones de representaciones y de pensamiento, cuya existencia, cualidad, riqueza (recuperación del valor simbólico de las palabras) y regularidad se registran en el conjunto de movimientos progresivos del paciente, entre los cuales ocupa un lugar muy importante la aceptación de las regresiones.

Uno de los medios para registrar el funcionamiento psíquico es sin duda la actividad onírica. Los sueños representan en el campo psicossomático los testimonios de la actividad mental del paciente fuera de su relación directa con el terapeuta o con cualquier otra persona de su medio, al analizarlos, se pueden ver muestras del estado de las relaciones que el paciente mantiene en los mismos (pueden indicar cierta confianza, confianza manifiesta, relaciones básicas o transferenciales, etc.); también pueden dar indicio, por su contenido, de la calidad de los sistemas de representaciones (que pueden ir de la más "operatoria", "cruda" o pobre a la más simbólica).

Acerca de la eficacia de la psicoterapia aplicada a pacientes con artritis reumatoide, Anderson, K., Bradley, L., Young, L., McDaniel, L., and Wise, C. (1985), hacen una revisión de investigaciones en las que, usando estrategias cognitivo-conductuales, de autocontrol, intervenciones de soporte social y de mejoramiento de la adherencia a regímenes médicos se ha pretendido mejorar las habilidades del paciente para reducir el dolor y sufrimiento asociado con la artritis reumatoide, se observó que, tratamientos psicológicos adjuntos al tratamiento médico deben ser desarrollados e ir demostrando en base a las experiencias, los beneficios de este tipo de colaboración entre reumatólogos y psicólogos para el cuidado del paciente. La importancia de dicha colaboración es planteada también por Barsky, A., Orav, J., Ahern, D., Rogers, M., Gruen, S., Liang, M. (1999) en un estudio en el cual, observando la importancia de características psicológicas en pacientes con a.r., establecen que el "estilo somático" de un paciente, conformado por: actitudes hipocondríacas (ansiedad y preocupación acerca de la salud y la enfermedad), amplificación somatosensorial (sensibilidad a estados sensoriales normales, p. e. hambre), absorción corporal (involucramiento profundo en eventos sensoriales, con una sensación elevada e imposibilidad para distraerse del estímulo), somatización (tendencia a reportar síntomas médicos inexplicables), tiene mucho que ver con la forma de responder de un paciente al tratamiento, tanto médico como psicológico; puede entonces un tratamiento actuar como paliativo si el paciente está muy estresado por ejemplo. Los medicamentos por sí mismos no

actúan si no se tiene en cuenta aspectos como qué tanto "amplifica" el dolor un paciente, etc.

Otro estudio que corrobora lo mismo, es el efectuado por Achterberg-Lawlis, J., (1982), en el que, trabajando con pacientes con artritis reumatoide en grupos de terapia conductual para el manejo del dolor y el estrés, encontró que por medio de relajación y biorretroalimentación, se obtuvieron mejores resultados que por medio de terapia e instrucción física sola.

Otro de los objetivos principales que debe contemplar la psicoterapia en los casos de enfermedades psicosomáticas es promover la autoestima y la sensación de control sobre la situación. Se ha visto ya, como una enfermedad crónica como la artritis reumatoide, interfiere en el desarrollo "normal" de un individuo, puede interrumpir el cumplimiento de tareas que afectan directamente la autoestima, sensación de identidad, autonomía y la orientación hacia metas futuras, (Melvine, 1993), ya que, el desarrollo de la enfermedad suele ser impredecible y por lo tanto no se tiene la certeza de poder cumplir planes, pues como lo afirman Williams, J. y Koocher, C., (1998), el diagnóstico de una enfermedad crónica o que amenaza la vida, interrumpe la habilidad de predecir los eventos y altera dramáticamente la sensación de control personal. Dicho control puede percibirse dentro de uno mismo, en el exterior (en este caso, proveniente del equipo de especialistas) o bien, atribuirse al azar, en éste caso, es común encontrar importantes tendencias depresivas. En enfermedades caracterizadas por fases de activación-remisión,

la sensación de control puede variar con el estado y/o severidad de los síntomas.

Ante la pérdida de control, cada individuo puede responder de diferentes maneras, por ejemplo: pueden presentarse respuestas pasivas; si el paciente no cree que existe una contingencia entre su comportamiento y su enfermedad, es probable que no busque ningún tipo de ayuda o se comprometa a hacer algo por sí mismo, esto puede estar asociado con la percepción de control como proveniente de otros. Otra manera de reaccionar puede ser, por el contrario, respuestas de acción orientada, es decir, el paciente concibe una relación entre su comportamiento y los resultados que se observarán en su enfermedad y de ese modo, puede observar qué comportamientos lo pueden ayudar a crear un "estilo de vida" que le lleve a estar mejor y por lo tanto experimentar una mayor sensación de control, pues percibe que la fuente de éste último está en él mismo, (Williams, J., y Koocher, G., 1998). Puede sugerirse que éste tipo de respuestas sean las que se fomenten en un paciente que tiene que aprender a vivir con una enfermedad crónica, apoyándolo en la creación de programas u organizando con él actividades, conductas, cuidados que le permitan crear su propio "itinerario" o rutina diaria, estableciendo con cada actividad propuesta, metas a lograr preferentemente a corto plazo.

Es importante recordar que, incluso las respuestas pasivas son útiles cuando es necesario conservar energía y mantenerse en el mejor estado posible en las

etapas de actividad, es decir, se deberán alternar las dos modalidades de respuesta que se han de fomentar en cada etapa de la enfermedad.

Es muy probable también que, existan momentos en los que aún manteniendo los comportamientos o cuidados apropiados, el ambiente no responda o no parezca haber una conexión entre los esfuerzos y los resultados, en ese caso, es posible recurrir a ciertas estrategias cognitivas que se plantearán más adelante.

3.2.1 Estrategias para promover autoestima y sensación de control.-

Un determinante crítico para ajustarse a una enfermedad crónica, es el establecimiento de un autoconcepto claro y una buena autoestima. Esta última está conformada por los propios sentimientos acerca del autoconcepto, el juicio que uno hace de uno mismo y la aprobación o desaprobación en cuanto a las propias capacidades, además, ayuda a formular la percepción que un individuo tiene de sus propias capacidades para tener o no éxito. Así, una persona puede tener un seguro o inseguro autoconcepto y por lo tanto una positiva o negativa autoestima. (Melvine, 1993).

¿Qué hacer para elevar la autoestima en este contexto? Tener la posibilidad de "autocuidado" ayuda a formar las bases; deben establecerse buenos hábitos o rutinas de cuidado, para lo cual, se debe por principio de cuentas, educar al paciente de la manera más completa posible sobre cuáles son sus necesidades específicas (tiempo y tipo recomendable de actividad, descanso, alimentación,

medicación, etc.). La participación en el "autocuidado" aún con los niños que no son independientes en los hábitos más simples, es importante para su desarrollo psicológico, se les puede invitar a participar con las actividades que vayan estando a su alcance de acuerdo a su edad y a las lesiones que tengan, por ejemplo: a la hora de vestirlos, bañarlos, al preparar los alimentos, asear y/u ordenar sus pertenencias, etc. (Melvine, 1993)), dichas actividades sencillas pueden hacerlo sentir capaz y útil y por lo tanto, mejorar su autoconcepto.

La imagen del cuerpo es uno de los componentes del autoconcepto que se utiliza en terapia ocupacional en este contexto, ya que, acompaña no sólo la propia apariencia, sino la postura, las impresiones táctiles, la efectividad funcional y el refuerzo social; esto es particularmente relevante en los niños, pues en ocasiones la enfermedad se presenta cuando aún no han tenido oportunidad de experimentar diferentes sensaciones, posturas o movimientos con su cuerpo y al estimular a éste último (haciendo ejercicios frente a un espejo, tocando diferentes superficies, utilizando pelotas, plataformas, cojines, etc.), se le permite al niño estar consciente acerca de lo que su cuerpo puede hacer y se le ayuda a perder el miedo a tener nuevas experiencias, haciéndolo más seguro de sí (autoestima positiva), para poder introducirlo en nuevas situaciones. (op. Cit.).

El componente de la apariencia dentro de la imagen del cuerpo, es indiscutiblemente importante para los adolescentes, quienes sin duda quieren ser aceptados por el grupo de pares, razón por la cual, para un adolescente severamente afectado por la enfermedad, el conocimiento y mejoramiento de su estado físico es vitalmente importante; el terapeuta puede enfatizar los aspectos positivos de la apariencia física, por ejemplo, el pelo, rasgos de la cara, uñas y motivar el cuidado y atención para esas áreas. Con adolescentes mujeres, puede enfatizarse la atención incluso en aspectos como el maquillaje, los colores en la ropa, que pueden ser motivantes en la lucha por su autoaceptación.

El desempeño de actividades académicas, laborales o vocacionales puede influir positivamente en la autoestima; sin embargo, para ello, es necesario que el paciente tenga un conocimiento realista de sí mismo en comparación con otros. La familia y el psicoterapeuta pueden ayudar a que el paciente establezca una autoevaluación, teniendo presente que, la formulación del ideal de sí mismo y el logro de dicho ideal, frecuentemente es un proceso difícil precisamente cuando ese ideal del yo es muy elevado y puede ser igualmente complicado cuando un paciente tiene que hacer un "reajuste" y establecer un nuevo ideal desde una nueva perspectiva.

El trabajo en psicoterapia de grupo puede reforzar la socialización, así como, ayudar a identificar las fuerzas y valores personales a través de la conversación con otros.

En cuanto a estrategias para lograr o aumentar sensación de control, Pollin, (1995), en Williams y Koocher, (1998), desarrolló un modelo de intervención enfocado a crisis médicas en el cual, la pérdida de control está clasificada en 8 principales factores encontrados típicamente en gente con enfermedades crónicas, estos son: la propia necesidad de control de la situación, autoimagen, dependencia, estigma, abandono, enojo, aislamiento y muerte. Este modelo, MCC por sus siglas en inglés (Medical Crisis Counseling), facilita la creación de estrategias de afrontamiento ante el impacto de la enfermedad más que pretender detectar o curar psicopatología en el individuo o su familia.

El modelo MCC es de término corto (generalmente 10 sesiones o menos), sin embargo es flexible en cuanto a necesidades particulares de cada paciente; éste último puede ser visto en tratamiento solo o con su familia y pueden planearse sesiones futuras, "acercamiento intermitente" si es pertinente. Los periodos en que el éxito del modelo puede ser mayor son aquellos en los que la pérdida de control es más aguda, como el momento de diagnóstico, ingreso o egreso del hospital, complicaciones o efectos colaterales del tratamiento, exacerbación de los síntomas.

El primer paso frecuentemente es asegurar información al paciente acerca de la enfermedad y los posibles tratamientos. El psicoterapeuta puede impulsar al paciente a hacer una lista de preguntas concernientes al tema, enfocándose en los puntos que le causen más tensión, impulsándolo asimismo a pedir que se le clarifique la información, se analicen pros y contras de los procedimientos,

etc., de esta manera, el paciente puede percibir una sensación de control predictivo.

Después de asegurar la información, el terapeuta puede asistir al paciente para que distinga lo que es controlable de lo que no. El paciente probablemente quiera y pueda explorar otras áreas de la vida como el trabajo, sus relaciones personales o cualquiera otra que ofrezca mayores posibilidades de control; aún dentro de la misma enfermedad, si ésta no es fácilmente controlable, el paciente puede enfocarse en controlar los efectos colaterales del tratamiento.

El siguiente paso consiste en asistir al paciente para que se fije metas prácticas y alcanzables y pueda enfocarse a hacer cambios basados en la reorganización de las prioridades en su vida. Las metas pueden ser a corto o largo plazo pero deben ser alcanzables, siendo conveniente enfocarse primeramente en los problemas inmediatos, así el paciente empezará a percibir sensación de control y sentirá la capacidad de alcanzar los objetivos que se planteen para un logro posterior.

En los niños, mejorará la percepción de control la participación que éstos tengan en las actividades que estén a su alcance y, debido a que, con ellos no es posible pretender que puedan tomar todas las decisiones referentes al tratamiento y manejo de su situación, resultará benéfico darles opciones de elegir entre aspectos que no impliquen mayor relevancia, (Williams y Koocher, 1998), como p.e. ¿quieres tomar tu medicina ahora o dentro de 10 minutos?,

¿prefieres pastillas o un jarabe?, ¿cuáles ejercicios quieres hacer primero, los de los brazos o los de las piernas?, ¿te bañas ahora o después de hacer tu tarea?, etc.

Con respecto a los adolescentes, tener sensación de control es importante en esta etapa pues, obviamente su necesidad de independencia es mayor; tomar medidas para que escuchen, se comprometan y planeen puede prevenir manifestaciones de independencia que resulte en falta de compromiso para acatar un régimen médico, usar aparatos ortopédicos o hacer ejercicio. Algunas estrategias para abordarlos en tratamiento médico y psicológico son: Ser abierto y directo para explicar qué es lo que se espera de ellos, ser consistente en los tiempos de tratamiento y gratificaciones; permitirle elegir los tiempos para realizar sus actividades y cumplir con su tratamiento; fijar metas y programas semanales juntos; hacerlos responsables del conocimiento de su estado físico; escucharlos, conocer sus creencias, inquietudes y sentimientos, además de descubrir sus intereses para encaminarlos a actividades vocacionales; hacerlos sentir que realmente son importantes para el terapeuta; si se trabaja en grupos, no apartar la atención de alguno con el que se está trabajando en particular en ese momento de la sesión; trabajar con parejas ayudará a problemas de adaptación, dejarlos que asistan enseñando a otros y/u organizando eventos; en casa, darle un tiempo para que lo dedique exclusivamente a sus asuntos personales, respetar su privacidad. (Melvine, 1993).

En adultos, diversas investigaciones han mostrado que existe una interacción entre la actividad de la a.r., el soporte social y las estrategias de afrontamiento del paciente con respecto a la enfermedad. Se ha observado que, con frecuencia los pacientes con a.r. sufren de por lo menos una consecuencia psicosocial negativa debida a la enfermedad: divorcio, separaciones o cambios en la estructura familiar, ingresos bajos, etc. La adaptación y el grado de soporte social están significativa y positivamente asociados con el estado funcional del paciente. (Anderson, Bradley, Young, McDaniel, Wise, 1985). Puede decirse por lo tanto, que existe la necesidad de que la psicoterapia se proporcione desde luego al paciente, pero también al menos de manera ideal, a la familia del mismo con el objetivo de lograr una mayor comprensión de los estados afectivos que se dan en el enfermo y en los demás, además de la ya reiterada intervención que favorezca la confianza en sí mismo por parte del paciente para que pueda, en caso necesario desarrollar otras actividades en las que pueda apoyarse económicamente, que fortalezca sus relaciones interpersonales.

3.3 Modalidades de psicoterapia y otras formas de intervención.-

3.3.1 Historia clínica psicosomática.-

Dado que la enfermedad psicosomática está constituida por componentes tanto psíquicos como físicos y que como se ha dicho , la asistencia terapéutica debe cubrir a cada uno de ellos, surge entonces la pregunta ¿quién debe elaborar dicha historia?; si quien la hace es el psicólogo, le harán falta conocimientos de Medicina, así mismo, si la elabora el médico, le faltarán conocimientos de Psicología. Por lo tanto, una vez más debe hacerse hincapié en la necesidad de formar profesionales capaces de abordar estos casos con una opción mayor de conocimientos, o bien, fomentar una acción conjunta de ambas ramas. Por esta razón, Valdés, (1993), Miller, (1987), Mackinnon y Michels, (1988), están de acuerdo en que, no debe pretenderse la realización de una historia clínica estandarizada, cabe únicamente puntualizar los elementos que deben tomarse en cuenta para formularla y el estilo de relación con el paciente en el momento de llevar a cabo la entrevista para realizar dicha historia.

Acerca de la entrevista, los autores antes mencionados nos dicen que, ésta debe llevarse a cabo de manera flexible, permitiendo que el paciente asocie ideas y narre libremente sus pensamientos, su historia. De preferencia se deben hacer preguntas o solicitar información de manera que el paciente

sienta que el interés no radica únicamente en sus síntomas físicos, sino también en los aspectos emocionales; por ejemplo, ¿qué problemas ha tenido?, o bien, "hábleme de usted mismo"; en ambos casos se hace referencia a los dos aspectos, se centran en el enfermo como ser humano en vez de limitarse a la enfermedad.

Otro punto importante es observar al paciente, su tensión o relajación al hablar de ciertos temas, la rigidez o naturalidad de su postura, los puntos en los que persevera, su hermetismo o locuacidad, cuando ríe, cuando llora, etc. También se puede obtener información observando factores circunstanciales; uno de los más interesantes y de más valor es el hecho de quién acompaña al paciente a consulta y que sucede entre éste y el acompañante durante la consulta. Cada matiz en la relación entre los dos individuos debe tomarse en cuenta. ¿Quién toma la iniciativa?, ¿quién interrumpe al otro?, ¿quién se queja más?, ¿quién domina y quién es el dominado?, etc., si nadie acompaña al paciente, este también es un indicio que puede llevar a algunas conclusiones.

La entrevista con el paciente y su acompañante puede ser de gran valor, sin embargo, también existen en ella ciertas limitaciones; una de ellas es que uno de los individuos puede sentirse inhibido por la presencia del otro. Este hecho puede ser superado interrogando a cada uno por separado, pero, siempre y cuando el paciente no tenga inconveniente en que se interroge a su acompañante. En este caso, debe asegurarse a cada persona que lo que se diga

es confidencial y advertir de la preferencia de no preguntar o hablar al otro acerca de lo que se ha tratado.

Hay otras áreas de la vida del paciente que deben analizarse y explorarse y que pueden dar un cuadro del auténtico ambiente emocional en el que éste se desenvuelve. Por ejemplo, tienen importancia las relaciones matrimoniales, también el no haberse casado es un dato importante. Las adaptaciones escolares, laborales, económicas y sociales en general dan una adecuada visión del uso que el paciente ha hecho de los recursos reales de su ambiente, de lo que ha realizado o no por estar enfermo, o bien, a pesar de estar enfermo.

Escuchando al paciente en la entrevista psicosomática, se descubre que, como todo ser humano, éste intenta constantemente alcanzar un estado de seguridad u homeostasis emocional; su presencia en el consultorio prueba que ha fracasado en su intento y lo que se pretende es justamente averiguar qué es lo que lo lleva repetidamente a fracasar en la consecución de su deseo.

Acerca de los elementos de la historia clínica:

La recopilación de los datos debe ser a la inversa de su secuencia temporal. Para entablar una buena relación con el enfermo, hay que darle la mayor importancia a lo que más le preocupa aquí y ahora; seguir con las enfermedades y trastornos pasados y finalmente ocuparse de las causas y orígenes probablemente hundidos en la infancia. Es preciso darle importancia a lo orgánico actual, de lo contrario el paciente se angustiará más, es decir, no

se deben aventurar interpretaciones de lo que significan sus expresiones somatizadas. Debe también tenerse en cuenta el motivo de la primera visita que casi nunca es el central, ni más importante que el resto.

La historia del paciente psicossomático tiene las siguientes partes para su estudio:

*La enfermedad.- Se debe entender como una derivación de la descompensación de la personalidad, por esta razón, la meta de la historia clínica es ser un instrumento que prepara para la asistencia terapéutica; así, se persigue por un lado, remitir los síntomas y por el otro, madurar o al menos compensar a la personalidad, teniendo en cuenta que está dentro de un contexto socioemocional del cual en gran medida depende.

*El enfermo.- Por la enfermedad misma, por su personalidad, o bien por sus conflictos emocionales, puede en un momento dado colaborar o no hacerlo, desorientar o dar pistas certeras, entregarse al tratamiento o sabotear el mismo, etc. Concretamente, el enfermo y su enfermedad son dos realidades estrictamente conectadas, pero cada una precisa de atención específica. Dicho de otro modo, debe estudiarse al enfermo y su relación con la enfermedad, sus huidas frente a la misma, su necesidad de perpetrarla, las ganancias secundarias que puede obtener de la situación, etc.

*El contexto sociofamiliar.- Se dice que no existe ambiente enteramente sano u ordenado donde exista un enfermo psicossomático y si previamente lo era, el

enfermo lo desordena por las tensiones que introduce, como pueden ser la incomunicación, desintegración o la centralización de la atención que para sí exige en base a sus desbordantes presiones de gratificación. En la historia clínica es preciso recoger datos de la dinámica intrafamiliar, así como los referentes a las relaciones laborales o escolares en su caso, la relación enfermo-cónyuge, enfermo-hijos, enfermo-trabajo u ocupación desempeñada, estudiar la actitud de la familia frente al enfermo, etc.

*La relación terapeuta-enfermo.- Deben averiguarse las anteriores y analizar la actual, también debe tomarse en cuenta la relación enfermo-medicación. El terapeuta debe escuchar más que interrogar, dirigir la comunicación más que imponer sus ideas, tener visión global y psicofísica como se mencionó al principio, no parcial, psíquica o física en exclusiva, además de ser neutral.

*Las posibilidades del enfermo.- Cuáles son sus oportunidades de crear, realizarse y obtener fruto de sí mismo, de sus capacidades, cuáles son sus áreas bien conservadas, ya que esto constituye la mejor profilaxis.

*El diagnóstico.- Se piensa que no debería existir en el sentido de aplicarle al paciente un epígrafe del cual jamás se liberará. Mejor que diagnóstico, tal vez debería pensarse en un hecho constituido por las vivencias del paciente, un enfoque o explicación que nos permita entender el mundo interno y las motivaciones inconscientes del paciente para enfermarse.

*El tratamiento.- Al igual que en el punto anterior, en los trastornos psicósomáticos no cabe hablar de tratamiento, sino de asistencia o

intervención como términos más amplios, ya que no existe especificidad etiológica para ser atacada y los agentes terapéuticos muchas veces no son capaces de ejercer un efecto definido y constante; determinada terapia proporcionada ciegamente, no siempre cura, en cambio, esa misma terapia aportada en el contexto de una buena relación y momento puede ayudar brillantemente. Por lo tanto, la terapéutica psicosomática exige no sólo preparación intelectual, sino emocional, es decir, actitud y conocimientos. La asistencia debe ir dirigida, además de los síntomas físicos, a la globalidad de una personalidad descompensada e inmadura, con la seguridad de que la solución de tal descompensación supondrá la desaparición del cuadro actual y la disminución en lo posible de la inmadurez como motor de nuevas descompensaciones, disminuirá la posibilidad de recaída, es decir, se hace evidente la necesidad de una psicoterapia.

3.3.2 Psicoanálisis, psicoterapia de orientación psicoanalítica.-

El psicoanalista debe, antes que nada, atender con atención a la demanda de ayuda del paciente, pues de ello dependerá que éste sea o no candidato al análisis. Es necesario que el paciente esté consciente de que tiene conflictos psicológicos y haga su demanda de ayuda en base a ese hecho, de lo contrario, muy probablemente no será apto para una psicoterapia (cualquiera que sea la orientación de la misma).

La designación de psicoterapia de orientación psicoanalítica abarca varios procedimientos analíticos no ortodoxos, pues se ha advertido que en el caso de enfermedades psicosomáticas pretender encontrar los conflictos inconscientes del paciente y enfrentarlo con ellos pudiera dar como resultado una desorganización grave en el funcionamiento psíquico; puede pensarse que sería como quitarle al enfermo su defensa o "adaptación" lo cual sería obviamente peor. "Es probable incluso que las defensas masivas contra el reconocimiento del conflicto mental sean necesarias para su equilibrio psíquico." (1); "Pero de algo podemos estar seguros: las manifestaciones psicóticas y psicosomáticas, como las neurosis, los trastornos de carácter y las perversiones son intentos de autocuración", (2). Sería temerario incitar a ciertos pacientes a examinar factores mentales cuando oponen una resistencia demasiado fuerte o cuando el deseo de profundizar en ellos está totalmente ausente; por lo tanto es necesario detectar desde las primeras entrevistas la

existencia de una dimensión neurótica y si la estructura del paciente se presta para ello, intentar reconstruir esas defensas con su consentimiento y cooperación (op. Cit.), sirviéndose para ello, en buena medida de la "función materna".(Marty, 1995).

Cuando ocurren fallas en el proceso de separación-individuación de un niño con respecto a su madre y no se llega a la posibilidad de la ambivalencia ni se tiene una identidad subjetiva, determinada por 2 dimensiones según Lichtenstein, "lo que se me parece" y "lo que es diferente a mí", (condiciones presentes en pacientes psicósomáticos, -McDougall, 1991-), sería conveniente en análisis que el terapeuta ofrezca la oportunidad de vivir el proceso de separación, haciendo sentir al paciente que puede manifestar sus diferencias respecto a cualquier aspecto y que aún así seguirá siendo aceptado, querido, etc; para que, el aprendizaje de esa posibilidad lo lleve a la "diferenciación" o separación y a lograr o reafirmar su identidad. Para ello, algunas formas de intervención propuestas por Marty, (1995) son: utilizar métodos de comparación entre el paciente y el terapeuta que favorezcan las identificaciones, interiorizaciones, introyecciones e idealizaciones; explotar intereses comunes (artísticos, profesionales, sociales; justificar las regresiones así como progresiones, indicando los beneficios de estos movimientos.

Poulsen, (1991), expone los beneficios de la psicoterapia de orientación psicoanalítica llevada a cabo en un grupo de pacientes con a.r. Intercambiando y compartiendo experiencias y problemas, se logra "cohesividad de grupo", lo

cual rescata del aislamiento y la soledad; el escuchar a otros miembros del grupo ayuda a disminuir la resistencia a hablar por la intensidad del material que surge, además, el saber que otros también sufren y tienen ideas, ansiedades, sentimientos agresivos puede aliviar la frustración, el estrés y la culpa; verbalizar las experiencias da la sensación de ser entendido así como uno puede entender a otros; el grupo da la oportunidad de experimentar nuevos y diferentes roles y formas de interacción social que no tienen que ver sólo con "ser paciente".

La psicoterapia de orientación psicoanalítica se caracteriza por ser flexible en cuanto a la frecuencia y duración del tratamiento (no todos los pacientes requieren una atención tan extensa y/o frecuente). En la aproximación desarrollada por Franz Alexander, se da gran importancia a la generación de experiencias emocionales correctivas utilizando la transferencia y no sólo al Insight. En el caso concreto de la a.r. y del probable conflicto asociado: autonomía vs. dependencia, sumisión, se deben aprovechar las reacciones infantiles de transferencia ante las cuales, el terapeuta evaluará si determinado(s) sentimiento(s) hacia el paciente (contratransferencia) promoverán una experiencia emocional correctiva, si no, deberá reemplazar sus reacciones espontáneas con actitudes planeadas conscientemente, es decir, la contratransferencia puede ser manipulada en este enfoque. Aquí también el terapeuta ejerce una función de guía mucho más activa y directa que en el análisis ortodoxo; en el caso de la a.r. que implica una constante

búsqueda de alternativas o soluciones para mantener lo más controlada posible la actividad del padecimiento así como ocasiones de decidir los pros y contras además del momento oportuno para llevar a cabo determinado procedimiento (una cirugía p.e), el terapeuta puede tener una participación crucial, promoviendo cambios y el ensayo de ideas de mejoramiento personal (cambiando una regla básica del análisis freudiano, en el que el paciente no debe tomar decisiones existenciales mientras esté en terapia). Otra ventaja es que puede consultarse o incluso tratar a la familia del paciente como parte del esfuerzo global para ayudar al paciente, (terapia familiar). (Bernstein y Nietzel, 1982).

Otra aproximación es la de los analistas del ego, quienes no se quedan con la proposición freudiana respecto a los instintos agresivos y sexuales como base de la conducta, sino que, manifiestan que el ego tiene su propia autonomía. Bajo estas condiciones, puede pensarse que el paciente es entonces más capaz de dirigir su propia actividad, emplear las funciones del ego para controlar su conducta y organizar la misma. En el caso de la a.r. este enfoque puede emplearse promoviendo la voluntad, los intereses y el encausamiento de los mismos con fines de autorrealización.

Otra aproximación más es la de Alfred Adler, quien propuso que los estilos de vida problemáticos surgen de conceptos erróneos, por lo tanto, la terapia gira alrededor de la exploración y modificación de los mismos; se debe descubrir el estilo de vida del paciente, incluyendo sus metas para ver cómo afectan su vida

diaria y reorientarlo para que sus actitudes lo lleven a adoptar pautas más satisfactorias. (op. Cit.). Este enfoque puede funcionar en relación con otros modelos como el cognitivo conductual que se expondrá posteriormente.

En psicoterapias de orientación psicoanalítica, el terapeuta puede hacer intervenciones explicativas, (dar significado al lenguaje del paciente en base a los propios sentimientos), dichas intervenciones contienen una dosis de interpretación, pero son diferentes de las interpretaciones psicoanalíticas y tienen como objetivo no un análisis profundo, sino hacer desaparecer los estados de desamparo y la depresión. La forma de intervención del psicoterapeuta es haciendo preguntas al paciente para saber más de él y responderle a su vez para que éste sepa lo que se hace con él, hacerlo tomar conciencia de sus funcionamiento de comportamiento y somático, sin temor de activar posiciones intelectuales. (Marty, 1995).

3.3.3 Modelo de aprendizaje social.-

Se conocen también como modelos de modificación de la conducta, terapia conductual o terapia cognitivo-conductual.

En el transcurso de los últimos treinta años, los descubrimientos en la Biología y la Psicología han conducido a una síntesis de ideas que ponen énfasis en utilizar la habilidad de la mente para producir cambios curativos en el cuerpo, asimismo han aumentado las pruebas científicas que corroboran que las emociones influyen en la salud física para mejorar o para empeorar. Una versión importante de ésta integración es la de la medicina conductista para el tratamiento de los trastornos médicos y psicosomáticos; este tipo de medicina ha desarrollado una serie de enfoques para los tratamientos, entre los cuales se incluye la terapia cognitiva que desafía los pensamientos de autoengaño. (Goleman, 1999).

Manejo de contingencias.- Dentro de éste término se describe cualquier técnica operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. Se aplica a una variedad de conductas y/o situaciones, entre ellas, las afecciones psicosomáticas; quizá su mayor ventaja es su flexibilidad y que puede aplicarse en los ambientes de la vida real. (Bernstein y Nietzel, 1982).

El modelamiento, tiempo fuera, realización de contratos de contingencias y economía de fichas son tipos específicos de manejo de contingencias, el cual

se refiere a la presentación contingente o retiro de los reforzadores y/o estímulos aversivos que suceden a determinadas conductas.

-Moldeamiento.- (aproximación sucesiva). Se pretende desarrollar nuevas conductas al reforzar, en un principio, conductas que se parezcan a la conducta que se desea lograr como meta, el criterio de reforzamiento se hace gradualmente más estricto hasta que se recompensan sólo las respuestas que cumplen con el criterio final. Es muy eficiente para propiciar conductas que parecen exceder las capacidades actuales de una persona. (op. Cit).

Ejemplos de aplicación.- 1) Conducta meta: cumplir con "x" tiempo de ejercicio diario. Suponiendo que el tiempo meta son 30 minutos, empezar por reforzar un periodo de 5 minutos hasta conseguir el objetivo. 2) Conducta meta: que el paciente verbalice (explicando y analizando) sus estados afectivos; al principio se puede reforzar que el paciente haga sólo una afirmación de cómo se siente, p.e. "estoy enojada(o)", posteriormente, para dar el refuerzo se exigirá que el paciente sea capaz de expresar con mayor amplitud lo que siente o le sucede emocionalmente (desde qué momento se siente así, qué lo desencadenó, cómo ha intentado superar la sensación -si es que lo ha hecho siempre y cuando ésta sea desagradable- etc.

-Tiempo fuera.- Es una forma de extinción que reduce la frecuencia de una conducta indeseable al retirar a la persona los reforzadores de esa conducta. Se basa en el principio de que, al ignorar el comportamiento "malo", éste

disminuirá, sobre todo si en su lugar se refuerza un comportamiento "bueno".
(op. Cit).

Ejemplo de aplicación: No reforzar (ignorar) conductas que sólo se usen como medio de ganar atención negativamente como: 1) llorar (en exceso, pues no debe impedirse que el paciente lo haga con verdaderos fines catárticos); 2) quejarse continuamente o hacer muecas y/o expresiones que tengan como única finalidad hacer saber a los demás que se está experimentando dolor (es probable que esas conductas se presenten para obtener ganancias secundarias que a la larga perjudiquen o sean contraproducentes para el paciente, p.e. tener aprobación para no esforzarse, no cumplir con deberes -escuela, trabajo, etc.- , teniendo en cuenta que habrá momentos en que el paciente verdaderamente necesite reposo o esté totalmente justificado para que se le exima del cumplimiento de ciertos deberes;, tampoco se pretende que se ignoren las quejas o peticiones de un paciente en estado crítico -recién operado, por ejemplo-); 3) expresiones que denoten culpa, autodesprecio, autorreproche p.e. "me lo merezco", "sólo doy problemas", etc. En cambio, se pueden reforzar mediante reconocimiento y festejo actitudes positivas que encaminen al paciente a solucionar, manejar y enfrentar los requerimientos que la situación plantee día con día, p.e. muestras de paciencia y perseverancia, cumplimiento de regímenes de ejercicio, medicación, búsqueda de actividades y pasatiempos empleados como terapia ocupacional, desempeño de deberes y responsabilidades (dentro de las posibilidades de

acuerdo a las limitaciones y/o fases de actividad-remisión de la enfermedad); actitudes que denoten que el paciente desea mantener su independencia en la medida de lo posible, su capacidad de decisión y compromiso así como el hecho de que se fije metas y tenga deseos de superación, etc.

-Contrato de contingencias.- Aquí, un acuerdo formal entre el terapeuta y el paciente (puede ser por escrito), establece las consecuencias de determinadas conductas, así se organizan los métodos que se emplearán para el cambio conductual. El contrato deberá formularse con las necesidades específicas que plantea la atención de cada paciente en particular y el terapeuta deberá establecer (de común acuerdo con el paciente) que el incumplimiento de cualquiera de las "cláusulas" del contrato será sancionado con lo que se haya establecido para tal fin; por su parte, el terapeuta se comprometerá a cumplir con su parte del contrato, p.e. mantenerse siempre accesible para el paciente. (op. Cit). Algunas conductas que quizá son frecuentes y que pueden incluirse en el contrato son: actitudes de autoabandono como no comer, rehusarse a tomar medicamentos, a hacer ejercicio y/o a buscar alternativas para tener un mayor bienestar, aislarse, etc; conductas irresponsables o imprudentes como realizar esfuerzos físicos exhaustivos, automedicarse, etc. Para facilitar el cumplimiento del contrato, puede elaborarse entonces un programa que incluya horarios y dosis de medicamentos; fechas y horarios de citas para consulta y/o atención profesional; tiempo destinado a ejercicio, actividades

recreativas, además de enfatizar la necesidad de actitudes de autocuidado (alimentación, sueño).

-Economía de fichas.- Es un sistema en el que se les paga a las personas (otorgando fichas) cuando llevan a cabo las conductas que se les han solicitado. Se deben especificar las conductas meta, establecer un medio de intercambio (ficha); establecer asimismo los bienes o servicios por los que se intercambiarán las fichas y establecer las reglas de intercambio. (op. Cit). Quizá su aplicación resulte más motivante en grupo, pues la competencia será un elemento extra.

Ejemplo de aplicación.- En un grupo de psicoterapia pueden incrementarse conductas deseadas establecidas como meta, p.e. interacción social, habilidades de autoayuda y ayuda mutua, comunicación (sentimientos, retroalimentación para descubrir o reafirmar cualidades, capacidades, logros, etc; creatividad (encaminada a idear talleres de actividades que apoyen como terapia ocupacional, quizá sobre todo actividades que hagan sentir que, aun cuando existen muchas limitaciones físicas, no sucede lo mismo con capacidades psicológicas -inteligencia, memoria, razonamiento, análisis, síntesis, etc.- p.e. clubes de lectura, discusión de temas de controversia y/o de interés común, videos.).

Dentro de los bienes o servicios: libros, videos, regalos sorpresa, ciertos privilegios (elegir el asiento más cómodo, comer algo durante una sesión, etc.).

Todas las intervenciones terapéuticas implican procesos cognitivos, pero algunos procedimientos se enfocan hacia el cambio de ciertas cogniciones desadaptativas. Al enfoque que utiliza específicamente dichos procedimientos, se le llama "terapia cognitivo-conductual"; ésta, intenta modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento. (op. Cit.). Se pretende que el paciente sea consciente de los pensamientos que pasan por su cabeza, identifique los pensamientos negativos habituales, puede sugerírsele que los escriba y luego desarrolle un "antídoto" contra ellos; éste último consiste en una afirmación o pensamiento positivo que se ha de repetir a diario con el fin de romper el patrón negativo habitual. Otra estrategia que puede emplearse específicamente en los casos en que, como se mencionó en el tipo de respuestas del paciente ante la pérdida de control no se obtienen resultados aún presentando las respuestas de acción orientada, la negación es una respuesta cognitiva que ofrece un potencial de adaptación que puede emplearse de manera flexible y permite al paciente, a pesar de estar consciente de la enfermedad, vivir "como si" ésta no estuviera constantemente presente; otra "maniobra" cognitiva frecuentemente empleada por la gente es hacer comparaciones entre uno mismo y otros a los que se percibe en peores condiciones. También puede emplearse la imaginación para crear distractores que permitan enfocar la atención en otra cosa, p.e. en el manejo del dolor. Sin embargo, la habilidad para usar estrategias cognitivas aumenta con la edad, las herramientas necesarias frecuentemente no están suficientemente

desarrolladas en los niños pequeños. (Williams y Kocher, 1998). Por esa razón, puede decirse que las estrategias cognitivas no están indicadas en niños pequeños, en cambio las conductuales sí, porque las respuestas de acción orientada se desarrollan tempranamente y se adquieren a través de modelos de comportamiento observados en el ambiente.

La historia, cultura y lenguaje dan forma a cierto repertorio de emociones, (Varela en Goleman -ed.-, 1999). Es necesario pensar que, hay conceptos que existen en ciertas culturas y en otras no; en nuestro país, quizá la cultura es muy culpígena, cuestión fuertemente ligada a la autoestima y para muchas personas, el valorarse depende de su contexto social. "El concepto de autoestima sana acentúa la autonomía, es decir la independencia". (3)

Existe una técnica no verbal de visualización para medir la percepción del paciente con respecto al peso y sufrimiento debidos a su enfermedad, "Representación pictórica de la enfermedad y medida del sí mismo", PRISM por sus siglas en inglés. (Büchi, s. y Sensky, T., 1999) Consiste en mostrar al paciente un pizarrón blanco (21 x 29.7cm.) con un círculo amarillo (7 cm. diámetro), fijo en la esquina inferior derecha, entonces se le pide al paciente que imagine que el pizarrón representa su vida y el disco amarillo representa su propia persona, se le da un disco rojo (5cm de diámetro, que puede ser también fijado al pizarrón), diciéndole que éste representa su enfermedad y se le pregunta ¿en dónde pondría el disco de la enfermedad en su vida en este momento?. Para la

medición cuantitativa, se utiliza el factor SIS (separación entre el sí mismo y la enfermedad), midiendo la distancia entre los centros de ambos discos en un rango de 0 a 27 cm. Existe también la versión PRISM +, en la cual puede pedirse al paciente que coloque bajo la misma pregunta otros discos de diferentes colores que representen otros aspectos de su vida, como su familia, trabajo, pasatiempos, amigos.

Este método no sólo ayuda a describir el estado presente de la situación de enfermedad en relación con la persona y su entorno, sino que puede usarse para anticipar y medir cambios con el tratamiento, ya que, se le puede preguntar también al paciente ¿en dónde le gustaría que estuviera el disco de la enfermedad en el pizarrón? O ¿qué puede hacerse para mover la enfermedad a una posición diferente de la que tiene ahora y que sea preferible?. Además, al incluir otros aspectos de la vida, se permite percibir la situación en un contexto biopsicosocial, analizando todos los elementos de igual manera, requiriendo menos tiempo y siendo más sencillo que si se hace sólo con palabras. El uso de esta técnica no sólo refuerza la conciencia de que el cambio es posible, sino que incrementa la sensación de control sobre la situación. Por otra parte, en relación con la alexitimia, si existe esa dificultad de expresión verbal de los sentimientos, simbolizar con imágenes quizá puede ser más fácil.

3.3.4 Intervención con el paciente quirúrgico.-

La cirugía implica tanto un trauma físico, como psicológico; las expectativas de un paciente acerca de una cirugía y de sus efectos secundarios, representan aspectos importantes, como lo es también la preparación psicológica que pueda ofrecérsele, (que esté bien informado acerca del procedimiento y sepa qué es lo que puede esperar -disminuir dolor, mejorar movilidad, etc;- qué significa para él la cirugía, que esté consciente de que ésta última es parte de un proceso que llevará tiempo y esfuerzo). El periodo de tiempo ideal que debe transcurrir entre la información de una cirugía programada y la realización de la misma es de una a tres semanas, se necesita mínimo una para que el sujeto pueda organizar sus mecanismos psicológicos de defensa ante la angustia y no más de tres para evitar que dichos mecanismos se desarticulen o se hagan crónicos. (Fernández, 1991). La experiencia posoperatoria de despertar en una unidad de cuidados intensivos con desorientación, fatiga, rodeado de aparatos, posiblemente con dolor y completamente dependiente de otros, es atemorizante aún para el paciente al cual se ha preparado. (Bellak, 1993). A este respecto, también Fernández (op. Cit.) coincide diciendo que en la unidad de cuidados intensivos lo que traumatiza al enfermo no es la recuperación de un estado delicado, sino la vivencia de aislamiento, la profunda soledad en el momento de reincorporarse, tener nuevamente conciencia del mundo; en ese momento, el enfermo tiene una profunda

necesidad de comunicación. Puede pensarse entonces en la conveniencia de que psicólogos (preferentemente con una especialización previa en Psicología de la salud) presten atención a los pacientes en esas condiciones.

Si esto sucede con los adultos ¿qué se puede pensar de la misma situación en un niño? Los efectos en un niño pueden ser desde luego más traumatizantes. Existen tres factores que pueden crear disturbios emocionales durante la hospitalización: 1) la edad del niño, 2) personalidad y experiencias previas, 3) los procedimientos de tratamiento requeridos. La hospitalización significa separación de la familia, los niños entre 2 y 4 años de edad son particularmente susceptibles al trauma de separación; un niño puede mostrar un comportamiento temporalmente regresivo hasta que logra una mejor adaptación, la ansiedad provocada por la separación puede trabajarse por medio de terapia de juego, por medio de llamadas telefónicas de los familiares y/o amigos (Melvine, 1993); visitas con ciertos privilegios, como cuartos y/u horarios especiales, (Williams y Kocher, 1998).

En cuanto al manejo del dolor, se ha investigado y observado los buenos resultados de estrategias cognitivas tales como, distracción, usar la fantasía, pensar en otra cosa que no sea el dolor o concentrándose en acontecimientos externos; reinterpretación de las sensaciones de dolor (imaginar que una mano se queda insensible y transferir esa insensibilidad a la zona del dolor o bien, alterar directamente la percepción del mismo, concentrándose en él e imaginándolo como una sensación de cosquilleo, calor o frío en lugar de dolor

o utilizar la "atención vigilante" que consiste en colocar toda la atención en el dolor hasta que desaparece); uso de imágenes que dirigen la atención del paciente de la cirugía a una situación placentera (imaginar que se flota en agua tibia). (Rosental y Keefe, 1980, en Keefe, 1982; Picket y Clum, 1982; Brown en Goleman -ed.- 1999). Otra técnica benéfica es la relajación ya que facilita la bioretroalimentación al dar lugar a cambios fisiológicos. Así, los métodos conductuales permiten externalizar y hacer objetivo el síntoma, así éste se convierte en una entidad que puede ser dirigida y cambiada. (Paterson en Cheren Stanley -ed;- 1989). Por otra parte, Brown, Nicassio y Wallston (1989), sugieren promover las estrategias de afrontamiento activas contra el dolor (mantenerse ocupado o activo, -desde luego, inmediatamente después de la cirugía no será posible realizar actividades que impliquen movimiento-, ignorar el dolor, distraer la atención del mismo), puesto que las estrategias pasivas de afrontamiento (dependen de otros para que ayuden a las tareas diarias, tomar medicamentos con el propósito de tener alivio inmediato, restringir las actividades sociales, reprimir el enojo o los sentimientos de frustración), se han ligado con la depresión.

"REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS".

- 1.- McDougall, Joyce. Teatros del cuerpo. Ed. Julián Yébenes, S.A. Madrid, 1991. pág. 37.
- 2.- Op. Cit. pág. 49.
- 3.- Brown, en Coleman, Daniel. La salud emocional. Ed. Kairós. Barcelona, 1999. pág. 226.

"CONCLUSIONES".

La realización de este trabajo, me ha permitido analizar, entre otras cosas, que las cuestiones relacionadas con la salud y enfermedad han sido parte inherente del ser humano en todas las épocas y aún con todos los avances que sin duda se han logrado en relación al estudio, investigación, y por consiguiente al fomento o tratamiento de dichos estados, permanecen al mismo tiempo áreas en las que, a pesar de que el conocimiento se amplía en base a los esfuerzos de investigadores verdaderamente dedicados, las dudas y los cuestionamientos se siguen suscitando tal vez de manera igualmente extensa. Tal es el caso, desde mi apreciación, de las enfermedades a las que se ha dado en llamar "psicosomáticas", (y en ese sentido estoy de acuerdo con Dejours, cuando afirma que todas las enfermedades pueden ser concebidas como psicosomáticas dado que, cualquiera que sea el padecimiento implica los dos aspectos fundamentales de todo ser humano, mente y cuerpo), pues dichos padecimientos representan precisamente el gran reto de "unificar" esos dos "componentes" que en realidad son inseparables y que se ha pretendido escindirlos quizá con fines prácticos. Es así, que con gran frecuencia podemos encontrarnos (especialmente en países como el nuestro), con esquemas de atención que abordan únicamente una de esas dos partes fundamentales y comúnmente es en el terreno puramente físico en donde se centra la atención.

De ahí que, considero de suma importancia hacer hincapié en el hecho de que, además de todos los elementos que pueden estar involucrados en el origen, desarrollo, mantenimiento, pronóstico y eventual desenlace de un padecimiento, como lo son la predisposición genética, condiciones de vida (alimentación, higiene, etc.), indudablemente el aspecto psicológico juega un papel determinante y es, como se revisó en el presente trabajo, en el desarrollo infantil (en donde coincido con autores como Cameron, Spitz, Jeammet, Mahler, Molainen), que comienza el "recorrido" o se adquieren los "requisitos" necesarios para ser un "candidato" a desarrollar un trastorno psicosomático. Particularmente pienso que es muy relevante el tipo de conflictiva "prevalente" que surge como proceso normal de crecimiento (fase de simbiosis y posterior separación-individuación), en el hecho de que un individuo tropiece en dicho desarrollo, pues de ninguna manera es sencillo lidiar justo con ese tipo de conflictos que implican tirar por los dos extremos de una misma cuerda y mucho menos, cuando el niño pequeño concibe que sencillamente su vida (física y psíquica) depende de una situación en la que, sea cual sea su decisión, tendrá que elegir sólo una de las dos opciones viables siendo que las dos resultan imprescindibles. Considero que de ese momento crítico puede darse posteriormente una interminable búsqueda de esa otra opción a la que hubo que renunciar, misma a la que quizá pueda llamarse drogadicción, alucinación (psicosis), enfermedad psicosomática, etc.

También considero de vital importancia respecto a ese momento crítico, centrar la atención en que, desde luego es muy importante el papel de la madre por ser sencillamente la persona con quien primeramente el niño establece un contacto con el mundo externo, pero estoy particularmente de acuerdo con los estudios realizados para ilustrar las diferencias individuales en el infante, como los llevados a cabo por Fries, que corroboran el hecho de que existen características propias de cada ser, mismas que en un momento dado pueden dar lugar a que un individuo tenga más limitaciones o dificultades para adaptarse al medio, aún cuando éste sea enriquecedor y basto en estimulación, cariño, cuidado, protección, etc., (éste puede ser uno de los cuestionamientos de los que hablé al principio), es decir, pienso que, de alguna manera se efectúa una "elección" de lo que aparece como la alternativa más viable de funcionamiento. Creo importante este hecho, pues de lo contrario, tal vez la Psicología no tendría ningún objeto y todos los seres humanos tendríamos amplia justificación para nuestros actos y comportamientos, aludiendo a cómo hemos sido formados o a qué ha ocurrido a nuestro alrededor.

Con respecto a este último párrafo, mi opinión es que, quizá no puede establecerse tajantemente en qué orden ocurren los hechos, si todo comienza con el equipaje genético con que se nace o si es el ambiente el que empieza a moldear o propiciar situaciones que impliquen o promuevan determinadas

respuestas, más bien creo que se trata de un proceso en el que un aspecto se alterna con el otro sin que sea lo más importante el orden sino el que uno de dichos aspectos desde luego depende y/o repercute en el otro y se establece de esa manera una relación en la que tales hechos circulan en doble sentido; por tanto, lo que se requiere son soluciones, mismas que han de ser de índole diversa con el fin de proporcionar herramientas que permitan abordar una situación de causalidad multifactorial.

Dentro de esa "doble circulación", el papel que juega el entorno que rodea al individuo enfermo es sin duda muy importante, siendo desde luego la familia del mismo, el núcleo social en el que obviamente el impacto de la enfermedad establecerá ese mismo estilo de reacción de "ida y vuelta" entre los miembros que la conformen. Por ser en muchas ocasiones el principal (si no el único) contacto social que el enfermo tiene y en el que como se comentó los lazos emocionales suelen ser de los más fuertes, pienso que por tanto, la familia es capaz de proveer al sujeto de los elementos más sólidos que le permitan establecer y mantener un compromiso de lucha y superación, mediante el trabajo conjunto basado en la comprensión, apoyo, tolerancia y complicidad bien orientada, nivel de funcionamiento que no es fácilmente alcanzable si no existe una verdadera disposición de cooperación y sobre todo, si no se establece, por principio de cuentas desde la perspectiva del paciente, seguida de la apreciación del resto del grupo, la relación contingente que existe entre

"REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS."

- 1.- Jeammet, P., Reynaud, M., Consoli, S. Manual de psicología médica. Ed. Masson. Barcelona, 1993. pág. 169.
- 2.- Nemzer, E. D. Psychosomatic illness in children and adolescents. En Garfinkel, B. D., Carlson, G.A., Weller, E. B. (eds.) Psychiatric disorders in children and adolescents, Philadelphia, W. B. Saunders, 1990, pp.135-146. En Greene, M. D., Walker, I. S. Psychosomatic problems and stress in adolescence. Pediatric clinics of North America. 1997, 44 (6), pág. 1579.
- 3.- Cameron, N. Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Ed. Trillas. México, 1988. pág. 657.
- 4.- Op. Cit. pág. 684.
- 5.- Dejours, Christophe. Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. Ed. Siglo XXI. México, 1992. pág. 78.
- 6.- Op. Cit. pág. 97.

el "ambiente emocional" de la familia y la situación de enfermedad de uno de los miembros. Cuando no se cuenta con estos elementos, ya sea porque el enfermo carece de una familia nuclear o porque aún teniéndola ésta no se involucra en la situación ni mucho menos acepta la relación contingente antes mencionada, en mi opinión esto será algo que añada una dificultad más a la situación y quizá se deban buscar en ese caso otras alternativas que den al sujeto la confianza, sentido de pertenencia, motivación, etc; de que carezca; puede pensarse por ejemplo en los grupos de autoayuda, o bien, en el caso de que el enfermo sí cuente con una familia, pero ésta permanezca ajena a la situación, se puede sugerir, aún cuando por supuesto no es una labor sencilla, intentar involucrar al grupo o al menos a los miembros que así lo permitan, es decir, creo en lo imprescindible de diseñar modelos de psicoterapia que persigan como objetivo primordial incluir justamente a ese entorno social primario del enfermo.

Considero que es de vital importancia el papel de la Psicología en relación con este último aspecto, y es realmente de llamar la atención el hecho de que en México (como en otros países subdesarrollados), no sólo puede notarse la falta de "conexión" interdisciplinaria al momento de abordar un trastorno psicosomático, tal vez debamos empezar por analizar que en estos tiempos aún sigue habiendo enfermos para los que no es accesible ningún tipo de atención profesional para ninguna clase de afección, de modo que, quizá

debamos por principio de cuentas hacernos conscientes de esa realidad para poder idear estrategias de intervención; pienso que desde luego la situación no resulta altamente atractiva puesto que todos necesitamos recursos materiales para vivir, pero sugiero promover el altruismo y la participación voluntaria desde los comienzos mismos de la formación como psicólogos(as) o de cualquier otra profesión relacionada con la salud, así como hacer hincapié una y otra vez en lo imprescindible de un abordaje integral en el que se persiga un verdadero bienestar para los enfermos, hecho que resultaría incluso importante para el propio "equipo asistencial" ya que un paciente que cuente con la información necesaria y el planteamiento y sugerencias adecuadas para atender su caso particular muy probablemente sea un paciente más cooperador que pueda encontrar una buena disposición y confianza para formar una buena alianza con quienes se encargarán de ofrecer alternativas para mejorar o enfrentar su problemática, lo cual quizá pueda repercutir incluso en el despliegue necesario de herramientas, inversiones, personal, etc., pues es probable que con un manejo así haya una evolución positiva más rápida.

En el caso particular de la artritis reumatoide, creo que la intervención psicológica debe ser, como en cualquier otra situación, dependiendo del contexto particular de cada persona, así, puede ir desde una función preponderantemente de apoyo, hasta llevar a cabo un tratamiento en el que a

un determinado paciente quizá sí se le pueda confrontar con sus conflictos o fomentarle actitudes más participativas si cuenta con un grado más elevado de conciencia del papel que juega su propio psiquismo en su situación. Sea cual sea la condición de un enfermo de artritis, los acontecimientos, retos, necesidades terapéuticas suelen ser semejantes; como se revisó durante el desarrollo de este trabajo, los tratamientos médico-quirúrgicos requieren también del apoyo psicológico y en los centros especializados en esa área, se manejan toda clase de tratamientos medicamentosos y procedimientos altamente sofisticados desde el diagnóstico hasta la medicación de una enfermedad específica, pero ¿qué puede hacer un paciente para manejar los efectos psicológicos que toda esa situación le genera? pues en dichos centros no se cuenta (al menos comúnmente) con especialistas que ofrezcan apoyo en ese sentido, pues quizá es el mismo medio médico el primero en resistirse o restarle importancia a dicho aspecto; por tal razón, considero que es muy relevante promover también el estudio y el trabajo que puede realizarse en el área de la Psicología de la salud, cuyo fomento es raro y escaso igualmente desde la formación a nivel licenciatura, que es, desde mi opinión un buen momento para "sembrar" la semilla del interés en diversos campos, así como darlos a conocer justo cuando los estudiantes están descubriendo la gama de posibilidades existentes para elegir la o las de su agrado.

Asimismo, creo en la imperiosa necesidad de fomentar la creación de una infraestructura adecuada para personas con discapacidades físicas, que permitan el acceso de las mismas a los lugares a los que éstas requieran o deseen acudir, trátase de una clínica de rehabilitación, un centro de recreación, estudio, trabajo, etc.

Pienso que si aún no se tienen respuestas para todas las interrogantes que pueden surgir, ni soluciones absolutas para tantas situaciones que la experiencia de cada individuo puede plantear (enfermo psicossomático o en cualquier otra condición), algo que sí podemos y debemos hacer es aprovechar los conocimientos con que se cuenta hasta ahora y fomentar la utilización y aplicación de las herramientas de que se dispone hoy por hoy.

"BIBLIOGRAFIA".

- Achterberg-Lawlis, Jeanne. The psychological dimensions of arthritis. Journal of consulting and clinical psychology. 1982, 50 (6), 984-992.
- Anderson, Karen O., Bradley, Laurence A., Young, Larry D., McDaniel, Lisa K. Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. Psychological bulletin. 1985, 98 (2), 358-387.
- Bach, Michael; Bach, Doris; Zwaan, Martina. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. Psychosomatics. 1996, 37 (5) 451-458.
- Barsky, Arthur J., Orav, E. John., Ahern, David K., Rogers, Malcolm P., Gruen, Shera D., Liang, Matthew H. Somatic style and symptom reporting in rheumatoid arthritis. Psychosomatics. 1999, 40 (5), 396-403.
- Bernstein, Douglas A., Nietzel, Michael T. Introducción a la psicología clínica. Ed. McGraw Hill. México, 1982.
- Bleger, José. Psicología de la conducta. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1981.
- Brown, Gregory K., Nicassio, Perry M., Wallston, Kenneth A. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. Journal of consulting and clinical psychology. 1989, 57 (5), 652-657.
- Büchi, Stefan; Sensky, Tom. PRISM: pictorial representation of illness and self measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. Psychosomatics. 1999, 40 (4), 314-320.

- Cameron, Norman. Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Ed. Trillas. México, 1988.
- Cheren, Stanley. Psychosomatic medicine: theory, physiology and practice. International University Press. Madison Con., 1989.
- Dejours, Christophe. Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. Ed. Siglo XXI. México, 1992.
- Dolto, Françoise. La imagen inconsciente del cuerpo. Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
- Erkoiahti, Ritva. Transitional object and children with chronic disease. *Psychotherapy and psychosomatic*. 1991, 56, 94-97.
- Ey, Henry. Tratado de psiquiatría. Ed. Masson, 1980.
- Fenichel, Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Paidós. México, 1991.
- Fernández, Francisco Alonso. Psicología médica y social. Ed. Salvat. Barcelona, 1991.
- Fex, E., Larsson, B. M., Nived, K., Eberhardt, K. Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *Journal of rheumatology*. 1998, 25 (1) 44-50.
- Goleman, Daniel. La salud emocional. Ed. Kairós. Barcelona, 1999.
- Greene, J. W., Walker, I. S. Psychosomatic problems and stress in adolescence. *Pediatric clinics of North America*. 1997, 44 (6) 1579-1595.
- Jeammet, P., Reynaud, M., Consoli, S. Manual de psicología médica. Ed. Masson. Barcelona, 1993.

- Keefe, Francis J. Behavioral assessment and treatment of chronic pain: current status and future directions. Journal of consulting and clinical psychology. 1982, 50 (6), 896-911.
- Kokkonen, Jorma; Kokkonen, Eva Riitta. Psychological and somatic symptoms in young adults with chronic physical diseases. Psychotherapy and psychosomatic. 1995, 64, 94-101.
- Kolb, L.C., Brodie, H.K. Psiquiatría clínica. Ed. Interamericana. México, 1985.
- Kornblit, Analía. Somática familiar. Ed. Gedisa. 1996.
- Lehtonen, Johannes. The body ego from the point of view of psychophysical fusion. Psychotherapy and psychosomatic. 1991, 56, 30-35.
- Lipsitt, Don R. Can we really teach psychosomatic medicine? Psychotherapy and psychosomatic. 1991, 56, 102-111.
- Mackinnon, R.A., Michels, R. Psiquiatría clínica aplicada. Ed. Interamericana, McGraw Hill. México, 1988.
- Marty, Pierre. La psicósomática del adulto. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1995.
- McCarty, Daniel. Arthritis and allied conditiosn: a textbook of rheumatology. Ed. Lea and Febiger. Philadelphia, 1993.
- McDougall, Joyce. Teatros del cuerpo. Ed. Julián Yébenes, S.A. España, 1991.
- Melvine, Jeanne L. Rheumatic disease in the adult and child: ocupational therapy and rehabilitation. Ed. Davis. Philadelphia, 1993.

- Miller, Hyman. Medicina psicosomática práctica. Ed. Labor. Barcelona, 1987.
- Molainen, Irma. Psychosomatic symptoms in adolescent twins. *Psychotherapy and psychosomatic*. 1991, 56, 88-93.
- Peterson, I. S., Mason, T., Nelson, A. M., O'Fallon, W. M., Gabriel, S. F. Psychosocial outcomes and health status of adults who have had juvenile rheumatoid arthritis: a controlled, population-based study. *Arthritis and rheumatism*. 1997, 40 (12) 2235-40.
- Pickett, Carolyn; Clum, George A. Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1982, 50 (3), 439-441.
- Poulsen, Annette. Psychodynamic, time limited group therapy in rheumatoid disease. A controlled study with special reference to alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatic*. 1991, 56, 12-23.
- Rodríguez Ortega, Graciela, Rojas Russel, Mario E. La psicología de la salud en América Latina. Ed. Porrúa (Fac. Psicología UNAM) . México, 1998.
- Spielberg, Charles Donald. Tensión y ansiedad. Ed. Harper and Row latinoamericana, 1980.
- Spitz, René. El primer año de vida del niño. Ed. F.C.E. 1990.
- Valdés Miyar, Manuel. Medicina psicosomática: bases psicológicas y fisiológicas. Ed. Trillas. México, 1993.

- Vappu, Viemerö. The effects of somatic disability or progressive illness on psychological and social well being. Psychotherapy and psychosomatic. 1991, 55, 120-125.
- Vingerhoets, A., Assies, J. Psychoneuroendocrinology of stress and emotions: issues for future research. Psychotherapy and psychosomatic. 1991, 55, 69-75.
- Williams, Jane; Koocher, Gerald P. Addressing loss of control in chronic illness: theory and practice. Psychotherapy. 1998, 35 (3), 325-335.
- Winfried, R., Jörg, H., Manfred, M. F. What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? Journal of clinical psychology. 1996, 52 (4) 423-429.
- Wise, Thomas N; Lee, S. Mann. The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. Comprehensive psychiatry. 1995, 36 (6) 407-410.
- Wright, G. F., Parker, J. L., Smarr, K. L., Johnson, J. C., Hewett, J. F., Walker, S. F. Age, depressive symptoms and rheumatoid arthritis. Arthritis and rheumatism. 1998, 41 (2) 298-305.