

TEMAS : 3, 4, 5 y 6

SANDIN,B. y BERMUDEZ,J : "PROCESOS EMOCIONALES Y SALUD"

cap.2 :Estres,coping y alteraciones psicofisiologicas

.

1º.-INTRODUCCION:

El estres psicologico esta implicado en el desarrollo de las denominadas alteraciones psicofisiologicas o psicomaticas (alteraciones fisicas asociadas a etiologia psicologica).

Aunque nadie parece dudar de que el estres es un factor importante en la aparicion y mantenimiento de los desordenes psicofisiologicos,existe poco acuerdo y conocimiento sobre cuales son los mecanismos psicologicos y psicobiologicos que determinan o intervienen en los cambios fisiologicos asociados a esos trastornos.

Actualmente suele asumirse que el estres incluye tanto las facetas social y psicologica como la biologica.

2º.-MODELO DE ESTRES DE SELYE:

Se basa en dos teorias previas:

a)La teoria de *BERNARD* (1956):sobre la tendencia que tiene todo organismo a mantener constante su medio externo.

b)La teoria de *CANNON* (1932):sobre la homeostasis,es decir,la capacidad que posee el organismo para permanecer estable y mantener un adecuado equilibrio interno.

La idea fundamental que sostiene Selye es la que se refiere al concepto de "*INESPECIFICIDAD*":El agente desencadenador del estres(estresor)es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo.

Selye redefine el concepto de estres manifestando que se trata de respuestas inespecificas del organismo a las demandas hechas sobre el.

Generalmente,las demandas que se hacen al organismo son de tipo especifico,por ejemplo ante el frio el organismo se contrae involuntariamente (tiritar) para producir mas calor,pero ante el calor suda para conseguir el efecto opuesto.Sin embargo,ambos estímulos(frio y calor),al margen de sus propios efectos especificos,producen un efecto semejante(inespecifico)sobre el organismo,es decir una necesidad de reajuste homeostatico,y es mediante este efecto inespecifico que los estímulos adquieren la categoria de agentes estresores.

Por tanto,teoricamente:"cualquier estimulo puede ser estresor siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecifica de necesidad de reajuste o estres".

Selye sostiene que esta respuesta implica una activacion del *eje Hipotalamo-Hipofiso-Suprarrenal* y del *S.N.Autonomo*.

Tal activacion si persiste,produce un sindrome de estres caracteristico y definido por:

1) Hiperdesarrollo de la corteza suprarrenal.

2) Involución del timo.

3) Desarrollo de úlceras estomacales.

Si un estresor produce un nivel de estrés que supera el nivel normal de resistencia de un organismo determinado, su exposición continuada induce una serie de cambios inespecíficos a través del tiempo, es lo que se llama *Síndrome General de Adaptación* (SGA), y posee tres fases:

1) Reacción de alarma: es la suma de todos los fenómenos no específicos producidos por la exposición repentina del estresor a la que el organismo no estaba adaptado cualitativa o cuantitativamente. Dentro de esta fase hay dos más:

a) **Choque o shock:** es una perturbación intensa, de aparición rápida y general. En esta fase se inicia la descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides, apareciendo efectos biológicos como: hipotermia, hipotensión, depresión de funciones S.N.C., disminución del tono muscular, fenómenos de desintegración tisular, modificaciones de la permeabilidad capilar...

b) **Contra-shock:** se caracteriza por fenómenos de defensa contra el shock. Se produce un agrandamiento de la corteza suprarrenal, así como involución del sistema timo-linfático. También se observan cambios opuestos a los que se dan en la fase del choque, tales como hipertermia, hipertensión arterial, hiperglucemia, aumento del volumen sanguíneo...

2) Fase de resistencia: representa la suma de todas las reacciones sistemáticas no específicas producidas por la exposición prolongada al estímulo, al que se ha adaptado el organismo. Muchos de los cambios biológicos producidos en la primera fase desaparecen o se invierten en esta segunda fase. Se produce una resistencia (adaptación) aumentada al agente estresor a costa de una menor resistencia a otros estímulos.

3) Fase de agotamiento: ocurre cuando desaparece la adaptación de la segunda fase. Conforme se desarrolla el período de agotamiento reaparecen muchas lesiones características de la reacción de alarma. La llegada de esta fase puede significar la muerte del organismo.

3º.- CRÍTICAS AL MODELO DE SELYE Y NUEVOS ENFOQUES:

Llama la atención que Selye no incluyese explícitamente el poder de los Estímulos Psicológicos para actuar como posibles agentes estresores.

A este respecto MASON sugirió que, en lugar de una respuesta inespecífica para las distintas amenazas, lo que ocurre es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales, por lo cual la respuesta de estrés podría interpretarse más bien como una respuesta provocada por el factor psicológico que acompaña a los agentes que amenazan la homeostasis del sujeto.

Otro aspecto importante de la teoría de Selye es que la respuesta de estrés consiste en activación simultánea del eje hipofiso-corticosuprarrenal y del sistema nervioso simpático. Sin embargo, trabajos han sugerido que las respuestas neuroendocrinas a los estímulos estresores es más una "respuesta totalitaria" que una "respuesta estereotipada" reducida al eje hipofiso-suprarrenal. A través de las publicaciones al respecto se puede inferir que: la respuesta hormonal del organismo a los agentes estresores es muy compleja e incluye prácticamente a todas las hormonas y neuropeptidos, lo cual significa que existe un proceso funcional global de respuestas neuroendocrina.

Otra crítica que se le puede hacer al concepto de Inespecificidad de Selye parte de los resultados obtenidos por

LUNDBERG y FRANKENHAEUSER(1980), postularon la existencia de cierta especificidad estimular en las respuestas neuroendocrinas a estímulos estresores. En concreto, constataron que:

--- las situaciones inductoras de malestar emocional producían activación del sistema hipotálamo-hipofiso-corticosuprarrenal.

--- cuando las demandas de la situación implicaban más los factores de esfuerzo que el propio malestar emocional, entonces predominaba la activación del sistema medula-suprarrenal.

Estos dos autores evidenciaron que las hormonas corticosuprarrenales por una parte, y las medulasuprarrenales por otra, se agrupaban factorialmente de forma independiente

Por tanto: el organismo no parece funcionar de forma tan inespecífica y estereotipada como Selye suponía. En situaciones estresoras, puede existir mayor o menor grado de especificidad de respuesta y mayor o menor implicación de los distintos mecanismos neuroendocrinos, incluidos los propios neuro péptidos.

4º.-CONCEPTO DE ESTRES:

El organismo, en condiciones de equilibrio, vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño-vigilia. Bajo estas condiciones el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y ordinariamente está asociada a emociones.

El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la existencia de alguna amenaza externa o interna.

El organismo reacciona de forma extraordinaria, realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión. Esto suele suponer, un incremento de la activación o inhibición y por tanto un cambio en los estados emocionales.

El tipo de emociones que suele acompañar al estrés es de "emociones de conflicto". Cuando predomina el factor psicológico, el estrés suele estar acompañado por emociones de conflicto, cuando predomina el factor físico el estrés se acompaña de estados físicos de malestar o dolor.

El estrés, implica un proceso de reacción especial (esfuerzo) del organismo para mantener el equilibrio psicobiológico (homeostasis) en circunstancias determinadas (de amenaza).

El componente central del estrés es la respuesta del organismo en los términos descritos. Las respuestas de estrés implican tanto a los factores fisiológicos y conductuales como a los procesos cognitivos.

5º.-MODELO INTERACCIONAL DE ESTRES:

La conceptualización del estrés desde el punto de vista del equilibrio homeostático corre el riesgo de ser excesivamente mecánica. Ya LAZARUS puso de relieve la necesidad de considerar los procesos diferenciales de funcionamiento de los individuos. Sugirió que el estrés es un proceso que primariamente depende de la evaluación cognitiva que el sujeto hace de la situación: "Identicas situaciones de amenaza son percibidas y evaluadas diferencialmente por los sujetos, y/o que bajo amenazas semejantes reaccionan fisiológicamente de manera diferente".

Junto a la percepción y evaluación cognitiva de la situación Lazarus incluye los procesos de afrontamiento o recursos que usa el sujeto para controlar la situación estresora o para manejar el estrés.

Lazarus sugirió que existe una "evaluación primaria" de la demanda y una "evaluación secundaria" (evaluación de las posibilidades del afrontamiento). Posteriormente el sujeto efectúa nuevas evaluaciones (reevaluaciones) a medida que se ponen en marcha los recursos del sujeto (afrontamiento). Por lo tanto: *la evaluación cognitiva y el afrontamiento actúan como factores mediadores entre la situación y las respuestas de estrés inadecuadas.*

Este modelo se ha llamado Modelo Interaccional o transaccional, ya que asume que en el estrés existe interacción entre la situación, los factores mediadores y las respuestas. Lazarus definió estrés: "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

En el esquema de este modelo biopsicosocial se observa que entre el estímulo y las respuestas de adaptación o inadecuación median los factores de evaluación y afrontamiento. El grado de amenaza no solo depende de la situación como tal sino también de la evaluación que el sujeto hace de tal amenaza. La evaluación y/o percepción de la situación de amenaza trae consigo una serie de respuestas de estrés.

Mediante las diferentes estrategias de afrontamiento el sujeto intenta manejar la situación estresora y reducir las respuestas de estrés. Según la eficacia de estas estrategias se producirá o no adaptación a dicha situación. La no adaptación implica el mantenimiento de las respuestas de estrés y/o de procesos de coping inadecuados.

6º.-EVALUACION COGNITIVA:

El individuo normalmente incluye múltiples dimensiones de valoración cognitiva. Al menos deberían considerarse las siguientes:

- Anticipación de la demanda.
- Control.
- Predictibilidad.
- Grado de amenaza.
- Cambio.
- Significación.
- Novedad.
- Temporalidad.

Con respecto al control y predictibilidad se han llevado a cabo muchas investigaciones experimentales, pero mientras que la evidencia empírica parece apoyar la hipótesis de que la pérdida de control de la situación es una fuente importante de estrés, y el aumento de control es un factor reductor de la experiencia y las respuestas fisiológicas de estrés, la bibliografía sobre la influencia de la predictibilidad es más confusa, ya que a veces reduce y a veces incrementa tales fenómenos.

7º.-AFRONTAMIENTO (COPING):

LEVINE et al. (1978) basan su conceptualización del coping en la reducción del arousal (activación) fisiológico producido por algún tipo de amenaza o efecto nocivo. Es decir, existiría coping cuando el arousal fisiológico descendiera hasta alcanzar los niveles habituales, aun cuando la conducta pueda parecer

inapropiada.

LAZARUS y FOLKMAN (1986) han criticado esta conceptualización, focalizada en las respuestas fisiológicas, por considerarla excesivamente reduccionista y por estimar que confunde el afrontamiento con el resultado. Para ellos el concepto de afrontamiento debe incluir los "esfuerzos" necesarios para manejar las demandas con independencia del resultado.

Definen el coping: *"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas evaluadas como desbordantes de los recursos"*

El sujeto puede adoptar distintas estrategias para enfrentarse a las situaciones estresoras (estrategias de coping). Existe evidencia de que las estrategias de afrontamiento pueden estar altamente determinadas por el contexto. Sin embargo, también parece que los sujetos suelen manifestar preferencias en los modos de coping, determinados por diversos factores individuales (aprendizaje, constitución...)

Las estrategias de coping deben diferenciarse de los estilos, los cuales más que definir un modo particular de enfrentarse a la situación estresora, implica una forma general de manejo de la situación o experiencia de estrés.

La forma más habitual de operativizar el coping ha sido a través de autoinformes de estilos globales de afrontamiento. Los dos autores antes citados han aislado a partir de un cuestionario las siguientes estrategias:

- 1)confrontamiento.
- 2)distanciamiento.
- 3)autocontrol.
- 4)busqueda de apoyo social.
- 5)aceptación de responsabilidad.
- 6)escape–evitación.
- 7)planificación de solución del problema.
- 8)reevaluación positiva.

Para estos autores, los modos de afrontamiento pueden agruparse en torno a dos dimensiones generales:

- a) Modos dirigidos a la solución del problema.
- b) Modos dirigidos a la emoción.

Teniendo en cuenta los tres aspectos básicos del coping (pensamientos, sentimientos y actos), MOOS y BILLINGS han agrupado las estrategias de coping según tres categorías:

A) Coping focalizado en la evaluación cognitiva: este puede ser dirigido tanto a los aspectos instrumentales como a los afectivos.

B) Coping focalizado en el problema: puede ayudar al sujeto a reducir la emoción.

C) Coping focalizado en la emocion: puede facilitar el llevar a cabo planes de accion dirigidos al problema.

Dentro de estas tres categorias se distribuyen distintas estrategias:

a.1) Analisis logico: intentos por identificar la causa del problema, poniendo especial atencion en algun aspecto de la situacion, analizando experiencias pasadas relevantes y reevaluando posibles acciones y sus consecuencias.

a.2) Redefinicion cognitiva: el sujeto puede aceptar la situacion pero la reestructura para obtener algo favorable, concentrandose en algo favorable que pueda surgir de la situacion.

a.3) Evitacion cognitiva: incluye estrategias de evitacion como intentar olvidar la situacion, rechazar el problema, refugiandose en fantasias agradables, negar las respuestas desagradables...

b.1) Busqueda de informacion o consejo: estrategias dirigidas a la busqueda de mayor informacion sobre la situacion acudiendo a personas de autoridad que puedan guiar al sujeto.

b.2) Acciones de solucion de problemas: llevar a cabo acciones especificas sobre la situacion, efectuando planes alternativos, aprendiendo nuevas habilidades dirigidas al problema, negociando y comprometiendose a intentar solucionar la situacion.

b.3) Desarrollo de refuerzos alternativos: intentos de tratar con el problema cambiando nuestras propias actividades y creando nuevas fuentes de satisfaccion.

c.1) Regulacion afectiva: esfuerzos directos para controlar la emocion.

c.2) Aceptacion resignada: estrategias que consisten en aceptar la situacion tal y como es, decidiendo que nada puede hacerse para cambiarla.

c.3) Descarga emocional: incluye diversas acciones que parecen sugerir un fracaso en la regulacion afectiva (llanto, acciones impulsivas, fumar...).

Se ha supuesto que existen estilos o rasgos generales de coping que pueden predecir formas de afrontamiento y consecuencias a largo plazo. Los *estilos de coping* hacen referencia a constructos o dimensiones bipolares (represion-sensibilizacion, reductor-incrementador, atenuacion vs accion directa, rechazo-atencion, vigilancia-no vigilancia...)

ROTH y COHEN piensan que estas y otras dimensiones parecen reflejar las dos orientaciones basicas de coping que un sujeto puede adoptar ante situaciones estresantes: *la evitacion y la aproximacion*.

Existen otras variables que pueden modular las respuestas de estres: las diferencias geneticas, las variables de personalidad y el apoyo social, como factores moduladores de la conexion entre sucesos vitales estresores y enfermedad.

Por lo tanto los estímulos estresores y las respuestas de estres interactúan con los diversos factores mediadores (evaluación y afrontamiento) y moduladores (constitución, personalidad, soporte social...) para en última instancia determinar el mayor o menor grado de adaptación del sujeto.

8º.- MECANISMOS DE INADAPTACION Y ALTERACIONES PSICOSOMATICAS:

La finalidad del afrontamiento consiste en reducir o eliminar las respuestas o experiencias del estres. Sin embargo, las estrategias de coping no siempre son efectivas para lograr la suficiente reducción del estres que

permite una adaptacion adecuada. Cuando en condiciones de inadaptacion el estresor, se mantienen las respuestas de estres, estas pueden provocar o facilitar el desarrollo de diversas alteraciones.

El estres puede alterar la salud actuando a traves de cuatro vias no absolutamente independientes entre si:

1) Alteracion de los mecanismos fisiologicos: es la via fundamental a traves de la cual el estres psicologico influye sobre la salud. Merece la pena señalar que el sistema neuroendocrino es excepcionalmente sensible a la presencia de demandas psicologicas.

La creencia generalizada de que el sistema neuroendocrino reacciona de forma inespecifica ante los diversos estímulos estresores ha sido sustituida por la hipotesis de selectividad. Parece defendible la hipotesis de que la activacion de la liberacion de las catecolaminas se relaciona con cierto grado de especificidad al estres producido por la ejecucion y el esfuerzo, mientras que la liberacion de glucocorticoides se implicaria mas con el "distress" (estres acompañado de malestar emocional).

Se ha diferenciado incluso entre las respuestas de adrenalina y noradrenalina con relacion al tipo de estresor psicologico. Se ha puesto gran interes en la hipotesis que establece que el estres produce efectos negativos importantes sobre el sistema inmune, generalmente reduciendo la inmunocompetencia.

Existe evidencia indicativa de que el incremento de glucocorticoides, que ocurre durante las condiciones de estres, se asocia a efectos supresivos de la inmunocompetencia.

Si nos centramos en el *sistema medulo suprarrenal*, parece observarse un patron de afecciones fisiologicas diferenciabiles de las señaladas para el *sistema corticosuprarrenal*.

Los efectos fisiologicos de las catecolaminas estan directamente relacionados con la actividad cardiocirculatoria, los efectos de la adrenalina son la movilizacion de glucosa, como fuente de energia, y el incremento de la frecuencia y "output" cardiacos, mientras que la noradrenalina es un potente vasoconstrictor y es importante para el mantenimiento de la presion sanguinea.

Las respuestas neuroendocrinas de estres suelen consistir en hiperactivacion de los sistemas corticosuprarrenal y medulosuprarrenal. La predominancia de cada uno facilitara el desarrollo selectivo de ciertas alteraciones psicomaticas:

a) Mayor predominio del eje medulosuprarrenal estara asociado a un incremento de la actividad cardiovascular y del uso de glucosa, preparando para la accion.

b) Mayor predominio del eje corticosuprarrenal se asociara a la metabolizacion de los lipidos con disminucion del output y frecuencia cardiacos, preparando al organismo para la renuncia-conservacion.

Ambos fenomenos implican procesos de coping distintos: mientras que en el **a)** el sujeto emplea recursos activos para afrontar la situacion estresora (coping activo), en el **b)** el afrontamiento se realiza a traves de estrategias pasivas (coping pasivo).

La estimulacion diferencial de los dos sistemas neuroendocrinos puede asociarse a variaciones en : las situaciones estresoras, en las estrategias de coping que usa el sujeto, o ambos a la vez.

2) Adopcion de estrategias nocivas de afrontamiento: A veces para evitar el estres se usan estrategias que incrementan la exposicion a los agentes nocivos como el uso del tabaco o del alcohol, siendo estos factores de riesgo para padecer alteraciones cardiovasculares.

3) Establecimiento de alteraciones fisiologicas o psicologicas con funciones de coping : A veces, si un

sujeto es incapaz de manejar el estrés empleando estrategias efectivas, puede aprender a usar respuestas fisiológicas o psicológicas con funciones de coping, por ejemplo elevando la presión sanguínea hasta producir efectos sedativos...

4) Alteración de procesos psicológicos : Con independencia de que posean funciones de coping. A través de esta vía las respuestas producidas durante el estrés pueden alterar los patrones psicológicos normales.

TEMA:7

SANDIN, B. y BERMUDEZ, J :"PROCESOS EMOCIONALES Y SALUD"

cap.1:Factores psicológicos asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares.

1º.- EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A:

ROSENMAN y FRIEDMAN apuntaron una serie de características de los pacientes con alteraciones cardiovasculares:

- a)** Son personas que tienden a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes y competitivas.
- b)** Son personas que parecen buscar activamente este tipo de situaciones que suponen un "reto personal".
- c)** Procuran destacar en cualquier actividad que emprenden.
- d)** Se quejan constantemente de que les falta tiempo para hacer todo lo que desearían hacer.
- e)** En su lucha constante por destacar, reaccionan con ira, agresividad y hostilidad, ante cualquier obstáculo que les impida alcanzar sus objetivos.

Se han diseñado instrumentos destinados a la evaluación de esas características, para identificar a aquellas personas potencialmente susceptibles de desarrollar alteraciones cardiovasculares. El análisis de los datos ha llevado a identificar tres grandes factores o expresiones conductuales: *Competitividad, Impaciencia y Hostilidad*, como definitorios de un patrón de conducta tipo A, (siendo tipo B cuando estos factores no estén presentes o lo estén mínimamente).

Cuando se analizan las relaciones entre este tipo de comportamiento y el desarrollo de alteraciones cardiovasculares, encontramos que:

- a)** Los sujetos tipo A muestran una tasa de enfermedad coronaria 6 veces superior a los sujetos tipo B.
- b)** Los sujetos tipo A desarrollan mayores tasas de arterioesclerosis, medida en angiografía y autopsias.
- c)** Los sujetos tipo A presentan mayor número de recaídas y una más rápida progresión de los trastornos vasculares.

En 1978 se aceptó, explícitamente, que el riesgo de que una persona tipo A desarrolle alteraciones cardiovasculares es mayor que el asociado a la edad, elevadas tasas de presión sanguínea sistólica y colesterol, y consumo de tabaco. Por lo tanto este conjunto de conductas han pasado a ser un factor de riesgo cardiovascular.

1.1.- Competitividad:

Una de las características más significativas de los sujetos tipo A es su permanente afán por destacar, por sobresalir, por rendir bien.

El análisis de la trayectoria personal y profesional de estos sujetos, tiende a indicar que:

- a) Suelen participar en una gama amplia de actividades.
- b) Desarrollan una fuerte preocupación por su promoción personal y profesional
- c) Suelen tener objetivos ambiciosos en la planificación de sus vidas.
- d) Desarrollan una notable movilidad profesional, en la búsqueda constante de ascenso.
- e) Se esfuerzan por asumir cada vez mayores responsabilidades.

KRANTZ realizó un estudio donde se contrastó el rendimiento de sujetos A y B, en una tarea de memoria, en función de la duración del tiempo de presentación de la estimulación. Los datos conseguidos pusieron de manifiesto que: "los sujetos tipo A rinden mejor (recuerdan mayor número de elementos) que los sujetos tipo B, en ambas condiciones (5 vs 8 segundos de presentación de la estimulación), aunque la diferencia es mayor cuando se incrementa la dificultad de la tarea".

MATTHEWS y VOLKIN también realizaron un estudio comparando los dos tipos de sujetos, y los datos conseguidos muestran de nuevo la superioridad de los sujetos tipo A.

Estos resultados sugieren que: "los sujetos tipo A se esfuerzan por destacar en todo momento, independientemente de los requerimientos de la tarea, mientras que los sujetos tipo B solo parecen incrementar su esfuerzo cuando la tarea lo requiere explícitamente".

A este objetivo por sobresalir, contribuye la focalización atencional que los sujetos tipo A efectúan sobre aquellos estímulos ambientales, que son relevantes para la tarea en la que desean destacar, ignorando aquella otra estimulación periférica que pudiera resultar irrelevante y/o perjudicial para el desempeño de la tarea. Sobre esto hay dos tipos de conclusiones:

- 1) Los sujetos tipo A focalizan su atención sobre aquellos aspectos que son relevantes para la tarea, atendiendo menos a la información periférica.
- 2) Los sujetos tipo A parecen inhibir activamente su atención sobre aquellos elementos, presentes en la situación, que puedan distraerles e interferir con el desarrollo adecuado de la tarea.

WEIDNER y MATTHEWS indican que: "los sujetos tipo A informan menos síntomas (taquicardia, sudoración, rubor, vértigo), así como menos fatiga, cuando esperan continuar la tarea, en comparación a cuando se les informa que la tarea ha finalizado e, igualmente, en comparación a la sintomatología y fatiga informada por los tipo B en ambas condiciones".

El reconocimiento de las sensaciones de fatiga y otra sintomatología, podría interferir con la adecuada realización de la tarea, pero la negación de esas sensaciones en los sujetos tipo A puede interpretarse como un índice adicional del esfuerzo constante por rendir bien, por destacar, con independencia de la naturaleza específica de la actividad.

1.2. – Impaciencia:

Esto hace referencia al matiz de "urgencia temporal" que los sujetos tipo A introducen en todos sus actos. Por

lo tanto a la característica constante de rendir mas y mejor, hay que añadir que tal objetivo se pretende alcanzar con el mejor aprovechamiento posible del tiempo.

Cabe esperar que el rendimiento de estos sujetos se deteriore a medida que la realización de la tarea exija mayores dosis de cautela y paciencia.

1.3.– Hostilidad:

Los sujetos tipo A tienden a reaccionar con ira, irritabilidad, resentimiento y afectos negativos ante sucesos cotidianos, cuando estos suponen frustración o amenazan la consecución de los patrones de conducta fijados.

Los sujetos tipo A reaccionan ante la frustración con mayor agresividad que los tipo B, y además esas reacciones no persiguen otra finalidad que la de atacar, agredir, a la fuente de frustración.

2º.– MECANISMO EXPLICATIVO: NECESIDAD DE CONTROL.

¿Porque los sujetos tipo A desarrollan tales manifestaciones conductuales? la respuesta a esta cuestión viene a sugerir la presencia de una fuerte necesidad de control, como mecanismo subyacente desde que explicar tales manifestaciones, y cuya acción se insinúa:

- a) En la voluntad explícita por ejercer control.
- b) En la naturaleza e intensidad de sus reacciones a las experiencias de incontrolabilidad.
- c) Por la naturaleza de las atribuciones que realizan.

2.1.– Conducta controladora:

MILLER, LACK y ASROFF realizaron un estudio en el que se analiza el comportamiento de los sujetos tipo A y B en una situación en la que se les amenaza con recibir estimulación aversiva, que pueden evitar por sí mismos, o delegando tal responsabilidad en otro sujeto más competente. Los datos indican que los sujetos tipo A prefieren en mayor medida retener la posibilidad de control sobre la estimulación aversiva.

STRUBE y WERNER llegaron a resultados parecidos, pero en su estudio se manipuló más explícitamente el factor "competencia" (es decir, delegar o no la responsabilidad en otro sujeto más competente), resultó que los sujetos tipo A tienden a delegar menos ensayos que los tipo B, para quienes el conocimiento de la competencia de su compañero pareció actuar como facilitador de la conducta de delegación. Esto puede ser indicativo de la mayor susceptibilidad de los tipo A a percibir un amplio rango de situaciones, como amenazas al control que estiman poseer sobre el ambiente.

2.2.– Reacciones a la experiencia de incontrolabilidad:

Los supuestos que guían las investigaciones derivan de:

- a) La hipótesis de Wortman y Brehm: acerca de las consecuencias de la experiencia de incontrolabilidad.
- b) La supuesta diferencia entre tipo A y B en expectativas y necesidad de control.

La hipótesis viene a sugerir que cuando una persona cree disponer de ciertas libertades, confía poder controlar determinados acontecimientos, la invalidación de tales expectativas producirá un incremento en la motivación por ejercer control (efecto de "reactancia psicológica"); sin embargo, si la experiencia invalidante se prolonga y/o intensifica, el sujeto puede llegar a convencerse de que, realmente, no posee el control que pensaba,

disminuyendo la motivación por ejercer control, pudiendo llegar hasta la cesación total de la conducta (reacción de "indefensión").

Siguiendo esta hipótesis se espera que:

- a) Los tipo A reaccionen más energicamente que los B, en aquellas situaciones que supongan una amenaza a sus expectativas de control; la reacción iría dirigida a restablecer la sensación de control amenazada.
- b) Si la experiencia de incontrolabilidad se prolonga y/o intensifica, los tipo A, en mayor medida que los B, llegarían a convencerse de que la situación es realmente incontrolable, desarrollando signos de indefensión.

2.3.– Necesidad de control y proceso atribucional:

Una última línea de investigación se centra en el estudio del estilo atributivo que parece caracterizar a los tipo A y del papel que este estilo atributivo juega como mediador entre el patrón de conducta tipo A y las reacciones a la experiencia de incontrolabilidad.

RHODEWALT y DAVISON realizaron un experimento en el que la hipótesis puesta a prueba fue la siguiente:

- 1) Solo los tipo A presentarían "efecto de reactancia".
- 2) La atribución de la posibilidad de elegir a factores internos o externos condicionaría las reacciones a la pérdida de la libertad:
 - a) la autoatribución incrementaría la experiencia de reactancia.
 - b) la atribución externa, situacional, suavizaría la experiencia de reactancia

Los resultados muestran que: "los sujetos tipo A hacen atribuciones más internas que los B, salvo cuando se introdujo atribución situacional, en cuyo caso ambos grupos hacen atribuciones similares y consonantes con la manipulación experimental. La asociación entre autoatribución y reactancia, y la mayor incidencia de aquella en los tipo A viene apoyada por el comportamiento de ambos en la condición de autoatribución ". Este peculiar estilo atributivo daría cuenta de la mayor reactividad de los tipo A ante cualquier sensación de incontrolabilidad.

3º.– MECANISMO FISIOLÓGICO:

Análisis de los mecanismos fisiológicos que servirán de puente entre el patrón de conducta tipo A y el desarrollo de alteraciones cardiovasculares. Se caracterizan por:

- Mayor reactividad simpático–adrenomedular.
- Elevada presión sanguínea.
- Elevada tasa y variabilidad cardíaca.
- Elevada secreción de catecolaminas.

La hipótesis sostenida se basa en el desarrollo de arterioesclerosis como eslabón entre el patrón de conducta tipo A y la alteración cardiovascular. Así se argumenta que en el tipo A se produce un auténtico desequilibrio reactivo que progresivamente iría dañando la estructura morfológica del sistema circulatorio. ¿Cómo se llega a

esta situacion deteriorada ? la mayoría de los estudios apuntan al impacto de la elevada reactividad fisiologica a niveles absolutos de los tipo A, sin embargo hay estudios que sugieren que tal vez el efecto deteriorante se deba mas a la lenta recuperacion de los indices de reactividad fisiologica de los tipo A.

Resumiendo: persiste una notable ambigüedad acerca de la naturaleza precisa del patron de activacion neuroendocrina asociado a la conducta tipo A y cual es su contribucion al desarrollo de alteraciones cardiovasculares. A esa ambigüedad ha contribuido una serie de supuestos:

1) Homogeneidad de los correlatos fisiologicos de activacion: desde este supuesto no es inusual que solo se tomen dos o tres indices de activacion fisiologica (por ejemplo la tasa cardiaca y la presion sistolica), asumiendo que los restantes correlatos de activacion fisiologica se comportarian de igual manera que los analizados. Sin embargo existen datos que no fundamentan esta expectativa.

2) Unidimensionalidad predictiva del tipo A : resulta paradójica la aceptacion de la estructura dimensional del patron de conducta tipo A y su empleo como entidad predictiva unitaria. La evidencia disponible indica que los diversos componentes estructurales de ese patron de conducta no se comportan de la misma manera. Asi es el componente de "hostilidad", definitorio de las personas tipo A el que esta mas estrechamente asociado con las manifestaciones fisiologicas apuntadas, asi como con el desarrollo de disfunciones cardiovasculares.

3) Equivalencia de los sistemas de medida: se asume que los diversos instrumentos comunmente empleados para la evaluacion del tipo A, miden lo mismo y tienen identica utilidad predictiva. En consecuencia se intenta sacar conclusiones de contraste de estudios en los que se han empleado distintos sistemas de medida.

Limitandonos a los dos instrumentos de evaluacion aceptablemente estudiados psicometricamente: Inventario de Jenkins y la Entrevista Estructurada de Rosenman, son significativos los datos existentes que indican que el solapamiento entre los dos es minimo. Ya que el primero mide esencialmente "competitividad" e "impaciencia" y el segundo mide el componente de "hostilidad" no es sorprendente encontrar datos psicologicos mas ambiguos en aquellas investigaciones en las que el tipo A se midio con el Inventario que en aquellas en las que se uso la Entrevista puesto que este ultimo mide un componente de mayor relevancia.

TEMA: 7

REIG, A. : "COMPORTAMIENTO Y SALUD"

Cap.1 : La promocion de la salud cardiovascular: Una perspectiva desde la psicologia de la salud.

1º.- EPIDEMIOLOGIA CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA:

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa principal de mortalidad en los paises economicamente avanzados. El termino cardiovascular comprende:

- Cardiopatias: arterioesclerosis, angina de pecho, infarto de miocardio.
- Cardiopatias reumaticas cronicas y reumatismo articular agudo.
- Cardiopatias congenitas.
- Enfermedades hipertensivas.
- Enfermedades de las arterias y venas.
- Vasculas cerebrales.

--- Anomalías congénitas del aparato circulatorio.

Sin embargo los tres grupos responsables del 75% de los problemas cardiovasculares son: *Cardiopatías arteriales, Lesiones valvulares reumáticas y las Lesiones hipertensivas.*

La más importante desde el punto de vista de la Psicología de la salud es la *Cardiopatía Isquémica.*

Con el objetivo de averiguar los determinantes de las tendencias de la mortalidad por cardiopatías isquémicas se está llevando a cabo el denominado proyecto MONICA patrocinado por la OMS, su objetivo global consiste en medir las tendencias y determinantes de la mortalidad y morbilidad cardiovascular, de cardiopatía isquémica, y de enfermedad cerebro-vascular, así como evaluar si aquellas tendencias se asocian a cambios en los factores conocidos de riesgo, a los hábitos o modos de vida cotidianos, a los servicios para el cuidado de la salud o a los factores socioeconómicos, todo ello medido durante el mismo tiempo en comunidades concretas y en distintos países.

1.1.- Tasas de mortalidad cardiovascular en España:

Las enfermedades del aparato circulatorio representan un 46.5% de todas las causas de defunción en España, siendo dentro de este apartado las principales causas las enfermedades cardiovasculares seguidas de la cardiopatía isquémica.

Encontramos un aumento gradual cada año de la morbilidad y mortalidad coronaria aproximándonos a más de 18000 casos nuevos de ingresos hospitalarios anuales por infarto.

1.2.- Factores de riesgo cardiovascular y epidemiología psicosocial. Situación en España :

La situación de epidemia cardiovascular se debe principalmente a un *estilo de vida aterogénico* producido por la industrialización y urbanización. Este estilo de vida se caracteriza por:

- Alimentación excesivamente rica en calorías, sal y ácidos saturados.
- Sedentarismo.
- Sobrepeso.
- Fumar.
- Sobredesarrollada sensación de urgencia de tiempo.

Los denominados factores de riesgo coronario (aquellos factores personales y ambientales que se asocian o predisponen a la cardiopatía isquémica) han sido:

- a)** Hiperlipidemia.
- b)** Hipercolesterolemia.
- c)** Hipertensión.
- d)** Tabaquismo.
- e)** Diabetes.

- f) Obesidad.
- g) Anomalías en el ECG.
- h) Edad (mayor riesgo a mayor edad).
- i) Sexo (hombres).
- j) Herencia familiar...

Existe por lo tanto una etiología multifactorial que incluye numerosas causas mínimas suficientes. Sin embargo, los psicólogos de la salud subrayan como protagonistas que como el patrón tipo A o el tabaquismo presentan elementos comportamentales aterogénicos y que son susceptibles de intervención y cambio. De todos los factores de riesgo aparecen como susceptibles de intervención prioritaria el: consumo de cigarrillos, la hipertensión y la hipercolesterolemia.

En general se puede decir que los factores psicológicos y comportamentales están fuertemente implicados en los factores de riesgo cardiovascular más importantes por lo que una intervención psicológica tanto a nivel de prevención primaria y secundaria como terciaria aparece como componente básico en todo programa preventivo.

Conclusiones: puesto que la mitad de las tasas de mortalidad coronaria se producen repentinamente y a menudo inesperadamente, fuera del hospital y sin aviso previo, las tareas preventivas son evidentes. Los determinantes principales de la incidencia cardiovascular se pueden prevenir mediante la promoción de un estilo de vida más sano y con un análisis de coste-eficacia claramente positivo.

2º.- FACTORES PSICOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES IMPLICADOS EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR De interés prioritario para la Psicología de la salud es el estudio de cómo los hábitos y costumbres, adquiridos, influenciados, modificados o promocionados a través del proceso de socialización, que todo sujeto muestra, determinan su estado de salud. Nuestro estilo de vida (modos de pensar, sentir, reaccionar y actuar) se asocia a patrones de salud y enfermedad.

La realización de prácticas de salud (no fumar, consumo moderado de alcohol, peso controlado, actividad física moderada y dormir 7 y 8 horas), *la disponibilidad de apoyo social*, *la estimación del estado de salud* (salud percibida como excelente, buena, regular o mala), *el estatus socioeconómico* (nivel de estudios e ingresos), y *un índice de indefensión* (ítems de un cuestionario de desamparo o incertidumbre personal) se asocian directa y significativamente con mortalidad isquémica.

3º.- CUESTIONES CLÍNICAS EN LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS COMPORTAMENTALES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA MODIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO:

Uno de los trabajos fundamentales del psicólogo en el área de la salud cardiovascular consiste en la aplicación sistemática de los principios y técnicas de evaluación y de la terapia del comportamiento para la modificación de conductas de riesgo y su sustitución por conductas de salud, a los que se promueven y planifican para su mantenimiento.

La mayoría de los comportamientos de riesgo cardiovascular que el psicólogo de la salud y sus pacientes desean cambiar presentan un mismo patrón común: *"El paciente percibe las consecuencias inmediatas de sus comportamientos de riesgo como positivas aunque reconozca que las consecuencias a largo plazo pueden ser negativas. Por el contrario, las consecuencias inmediatas de los comportamientos de salud a promocionar*

tienden a ser aversivas mientras que a largo plazo son positivas"

El **ASESORAMIENTO COMPORTAMENTAL** es un tipo especializado de asesoramiento psicologico diseñado para ayudar a los pacientes a adquirir, mantener y promocionar comportamientos de salud y a modificar sensiblemente comportamientos de riesgo para la salud. El proceso consta de los pasos siguientes

- 1) Identificación del problema.
- 2) Selección de objetivos.
- 3) Recogida de información.
- 4) Desarrollo de un diagnóstico comportamental a través de un análisis funcional del , o de los comportamientos-problema.
- 5) Selección de un programa de intervención.
- 6) Intervención.
- 7) Revisión de los progresos o limitaciones del programa de intervención.
- 8) Reimplantación del programa revisado.
- 9) Intervención.
- 10) Programas de estrategias de mantenimiento.
- 11) Revisión del proceso de cambio comportamental.

Nuestra focalización básica en este proceso de asesoramiento radica en los comportamientos de riesgo y en su consideración como tales para su modificación, y no en el cambio de personalidad del paciente. Hay que señalar que los programas sin éxito tienden a promocionar en el paciente la creencia errónea de que el comportamiento-problema es parte de su personalidad.

Para el análisis de las conductas problemáticas se debe examinar los acontecimientos que ordinariamente preceden al comportamiento de riesgo (actividad, interacción social, pensamientos...) así como los efectos del hecho de incorporar una nueva conducta de salud. Una vez identificado el comportamiento de riesgo y analizado su asociación a otras actividades realizaremos el perfil de ese comportamiento indicando su frecuencia, duración e intensidad.

El registro de esta información posibilita que el problema a tratar se entienda, y a que el paciente sea consciente continuamente del problema durante un período de tiempo determinado. Esta autoconciencia hace que muchas veces aparezca un cambio significativo en el problema.

En el asesoramiento comportamental cardiovascular se usan varias técnicas de terapia de conducta en las que los principios básicos son:

- 1) El control estimular.
- 2) El moldeamiento.
- 3) La sustitución del comportamiento incompatible.

4) El control de las consecuencias (refuerzo positivo, negativo y aversivo).

Es fundamental para el éxito del programa su estructuración e incorporación a las actividades habituales del paciente.

En cuanto al tema del mantenimiento a largo plazo de los comportamientos de salud suele situarse alrededor de 25% de los pacientes que lo logran, los principales responsables de esta situación son:

--- La gravedad psicológica frente a la gravedad médica del problema.

--- El poco esfuerzo clínico dedicado a la fase de mantenimiento.

Por lo tanto debemos establecer una serie de objetivos a conseguir:

1) Retirada gradual de las ayudas artificiales que se introdujeron para ayudar al paciente a conseguir los cambios deseados.

2) Adquisición por parte del paciente de las habilidades apropiadas para responder con eficacia a los problemas de mantenimiento que aparezcan en el futuro **3)** Establecimiento de la independencia del paciente del mantenimiento continuo del clínico.

La provisión de un programa flexible y con estrategias de afrontamiento del estrés resuelven muchas veces este problema.

4º.- PROMOCION DE LA SALUD CARDIOVASCULAR:

4.1.- Promoción/prevencción primaria cardiovascular:

El objetivo de la prevención primaria es el mantenimiento y potenciación de la salud eliminando las causas y determinantes de sus desviaciones.

La prevención primaria procura el mantenimiento de hábitos de salud mediante la identificación de agentes de enfermedad y comportamientos inadaptados que puedan estar implicados en el proceso de enfermar. Desde la psicología de la salud deberíamos hablar de *promoción primaria* en el sentido de que la mejor manera de reducir la incidencia futura de comportamientos de riesgo cardiovascular es a través de la promoción de comportamientos sanos incompatibles con aquellos.

Cada vez más se insiste en la conveniencia de usar sistemáticamente las técnicas del "marketing" social en la promoción de estilos de vida sanos. El proceso de "marketing" se resume en cuatro elementos fundamentales: Producto, promoción, lugar y precio. Usando esto hay un programa bastante conocido "Estudio de las tres comunidades de Stanford".

4.2.- Promoción/prevencción secundaria cardiovascular:

La prevención secundaria significa la detección temprana de los signos y síntomas del problema de salud antes de que esta aparezca, progrese y cause daños irreversibles.

Tanto en la prevención primaria como la secundaria cardiovascular aparecen unas variables comunes que son los objetivos a promover (comportamientos de salud) o a cambiar (comportamientos de riesgo), que tienen que ver con la alimentación, peso, fumar, actividad física o control de estrés, sin embargo en la prevención secundaria aparecen dos nuevos comportamientos de riesgo:

--- El incumplimiento de las prescripciones o indicaciones terapeuticas.

--- El patron de conducta tipo A.

4.3.- El patron A de comportamiento (PAC) como estilo de vida aterogenico. Estudios de modificacion del PAC en prevencion secundaria:

El sujeto tipo A muestra todos los rasgos de una personalidad fuerte, agresiva, ambiciosa y luchadora, pero la manifestacion de los comportamientos tipo A dependera no solo de la personalidad del sujeto sino tambien del fomento de retos y otras circunstancias ambientales que desencadenan este conjunto de respuestas en sujetos susceptibles.

El PAC es un estilo de afrontamiento comportamental ante situaciones, generalmente autoimpuestas de estres, derivadas de la perdida de control, que se manifiesta en sujetos predispuestos a valorar determinadas situaciones como retos a superar.

Numerosos estudios concluyeron que el PAC era un factor de riesgo etiológico coronario independiente, de la misma magnitud patogénica que otros factores de riesgo aceptados, pero sin embargo, han aparecido tambien resultados negativos que no avalan esta asociacion. Uno de los puntos basicos de esta inconsistencia radica en la validez de constructo y predictiva de los instrumentos de medicion del PAC usados.

Los unicos 5 instrumentos que poseen validez son : Entrevista estructurada, Inventario de actividades, Escala tipo A de Framingham, Escala de estimacion de Bortner, y la Entrevista estructurada grabada en video.

Se han realizado algunos estudios de prevencion secundaria para la modificacion del PAC, la logica interna de todos ellos consiste en que reduciendo las manifestaciones de este sindrome emocional y comportamental se puede reducir la prevalencia de las cardiopatias isquemicas. El problema reside en "*que cambiar*" del PAC: si todas las manifestaciones exhibidas como tipo A, o solo los comportamientos que sean mas toxicos o aterogenicos.

Una revision exhaustiva muestra que en el caso de realizar algun programa de prevencion secundaria del PAC, se deberia seleccionar para la terapia:

- 1) Solo a aquellos sujetos tipo A con alto riesgo coronario que lo deseen voluntariamente.
- 2) Solo tratar aquellas emociones o comportamientos considerados aterogenicos es decir: la ira, hostilidad y las sensaciones de urgencia temporal e impaciencia...

4.4.- Promocion / prevencion terciaria cardiovascular:

Su objetivo basico consiste, una vez que el problema de salud cardiovascular se ha diagnosticado o establecido, en prevenir su empeoramiento o complicaciones posteriores, promocionando comportamientos de salud alternativos que incrementan la calidad y cantidad de vida del sujeto.

Los programas de rehabilitacion de estos pacientes se focalizaron en el restablecimiento y mantenimiento de un nivel de funcion optimo (fisiologico, psicologico, vocacional, recreativo y social) y su reincorporacion a una vida activa. Las tareas psicologicas al respecto son:

- 1) Reducir los factores de riesgo que dependen del comportamiento.
- 2) Entrenar a los pacientes a afrontar el estres psicosocial sin desarrollar respuestas cardiovasculares elevadas.

3) Asesorar a los sujetos en como superar los acontecimientos traumaticos de la enfermedad, reduciendo la probabilidad de aparicion de ansiedad y depresion.

4) Asesoramiento comportamental en diversas areas de la vida cotidiana del sujeto que puedan afectar su calidad de vida.

En definitiva, el asesoramiento comportamental incrementa significativamente la calidad de vida de los sujetos.

El trabajo mas completo y mejor diseñado es el *Proyecto de prevencion de recurrencia coronaria*, cuyo diseño respondia a dos objetivos:

1) Si se podia modificar el PAC en sujetos que habian sufrido uno o varios infartos de miocardio.

2) Si, en el caso de que se consiguieran reducciones en la intensidad de las manifestaciones del PAC, estas tenian una repercusion significativa en una menor morbilidad y mortalidad coronaria.

Este proyecto se llevo a cabo por cardiólogos (asesoramiento cardiologico) y por psicólogos o psiquiatras (asesoramiento comportamental). Los resultados conseguidos indican los beneficios adicionales del asesoramiento comportamental frente al cardiologico durante 5 años.

Se podria concluir que: "La intervencion psicologica es sumamente importante e imprescindible como tratamiento adjunto al cardiologico ya que, no solo reduce significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad cardiacas, sino que como se desprende de los trabajos realizados parece aumentar la calidad de vida (relaciones laborales, sociales, familiares y personales) de los sujetos coronarios".

TEMA:7

FUENTENEYRO y VAZQUEZ : "PSICOLOGIA MEDICA, PSICOPATOLOGIA Y PSIQUIATRIA".

Cap.37: Alcoholismo y toxicomanias.

1º.- ALCOHOLISMO:

1.1.- Epidemiologia:

Segun GRAU, se considera alcoholicos entre el 4 y el 12 por cien de las personas, segun distintas poblaciones y metodos de estudio. EDWARDS distingue tres metodos de estudio:

1) Entrevista a domicilio.

2) Recogida de datos en hospitales y ambulatorios.

3) Recogida de datos indirectos(numero de muertos por cirrosis, media anual de consumo de alcohol...).

En cuanto al predominio por sexos: aunque se considera que es bastante mayor en varones, hay que tener en cuenta que esta aumentando en mujeres en las cuales adquiere rasgos particulares, derivados tanto de las características socio-culturales del sexo femenino como de otras individuales(embarazo, menopausia...).

1.2.- Definiciones:

Los tres criterios diagnosticos para el abuso de alcohol son:

- 1) Patron patológico de uso de alcohol.
- 2) Deterioro de la actividad laboral o social.
- 3) Duración de la alteración de un mes como mínimo.

Para el diagnóstico de dependencia de alcohol, a los criterios anteriores hay que añadir la presencia de una de estas dos condiciones:

- a) Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol con el tiempo, para conseguir un mismo efecto, o disminución notable del efecto usando de forma regular la misma cantidad de alcohol.
- b) Abstinencia: síntomas de abstinencia (temblor matutino), al suprimir o disminuir la ingesta de alcohol.

En el DSM-III-R la definición de "dependencia" es: *"síndrome de características cognitivas, conductuales, y otros síntomas que indican la pérdida de control en el uso de la sustancia y consumo continuado de la misma a pesar de las circunstancias adversas"*. La categoría de "abuso" es considerada como residual para los casos en los que el trastorno no reúne los criterios para la dependencia, habiendo, un patrón anómalo de consumo.

JELLINEK hace una tipología del alcoholismo:

- 1) Alpha: bebedores de excesivas cantidades de alcohol, que no han desarrollado una dependencia física. Hay una dependencia psíquica, sustentada sobre un desequilibrio psíquico subyacente(ansiedad, tristeza...) que el alcohol vendría a reparar.
- 2) Beta: bebedor excesivo que ha llegado a presentar lesiones tisulares o somáticas(gastritis, polineuropatía...). No hay dependencia.
- 3) Gamma: bebedor "adicto" con pérdida de control frente a la bebida. Rasgos distintivos:
 - Adaptación del metabolismo tisular al alcohol.
 - Adquisición de una tolerancia progresiva.
 - Dependencia física, con aparición de síntomas de abstinencia tras la supresión del alcohol.
 - Pérdida de control ante la bebida.
- 4) Delta: bebedor que presenta adicción y las restantes características del Gamma, con incapacidad para abstenerse de la bebida en lugar de la pérdida de control.
- 5) Epsilon: dipsomanía o alcoholismo periódico. Puede haber temporadas más o menos largas de abstinencia hasta que un día se entrega compulsivamente a la bebida.

1.3.- Síndrome de dependencia al alcohol:

Las razones para inducir una relación de dependencia respecto al alcohol pueden ser diversas, pero el estado mismo de dependencia, una vez constituido, crea la necesidad para continuar bebiendo, por lo tanto: *La dependencia resulta en sí misma un modo de conducta autopetuyente.*

El alcohol es una sustancia para la cual el Sistema Nervioso Central desarrolla una tolerancia creciente la cual varía de unos sujetos a otros. También es variable el grado de aparición de los síntomas de abstinencia en los

sujetos dependientes, al interrumpir o disminuir la ingesta de alcohol.

GOODWIN señala que el alcoholismo se acompaña inicialmente de una preocupación por obtener el alcohol, posteriormente surgen sentimientos de culpa y remordimientos, los que a su vez, pueden favorecer una mayor ingesta para mejorar transitoriamente el malestar que ocasionan, pero a la larga a todo eso van añadiendosele insomnio, irritabilidad, crisis de ansiedad... lo cual es momentaneamente resuelto por el alcohol, apareciendo así un círculo vicioso.

EDWARDS señala que algunos pacientes refieren que ellos mismos conocen la cantidad exacta de alcohol requerido para mejorar sus síntomas, y el intervalo de tiempo preciso para que la ingesta surta efecto.

1.4.– Etiología del alcoholismo:

La etiología del alcoholismo es multidimensional, algunos de los factores que pueden intervenir en la genesis del alcoholismo son:

1) Factores individuales:

a)Formulaciones fisiologicas o biologicas:

- Hipotesis de un factor hereditario.
- Hipotesis de un factor de deficit nutricional.
- Teoria de los alcaloides opiaceos.

b)Aspectos psicologicos:

No se ha podido delinear una personalidad alcoholica, pero una variedad de rasgos de personalidad pueden predisponer a la bebida.

2) Factores socio-ambientales:

- Importancia del precio y accesibilidad de la bebida.
- Valoracion socio-cultural del consumo de la bebida.
- Influencias familiares, tanto en la genesis del alcoholismo(factores hereditarios vs educativos) como en la contribucion a su mantenimiento.

EDWARDS considera que: el alcohol es una droga con la potencialidad transitoria de cambiar o aliviar distintas vivencias afectivas desagradables o dolorosas.

1.5.– Trastornos mentales organicos inducidos por el alcohol:

El alcohol es la causa actual de trastornos mentales previamente inexistentes o inapreciables:

1) Intoxicacion alcoholica: trastorno organico transitorio, delimitado en el tiempo, precipitado por una variable cantidad de alcohol. El grado de intoxicacion puede variar desde una ligera sensacion de ebriedad hasta el coma, depresion respiratoria y raramente muerte.

A bajas cantidades, el alcohol(depresor del SNC) deshinibe la actividad cortical por depresion de las funcion

de territorios mas bajos, produciendo un estado de excitacion. A cantidades mayores aparece la accion depresora sobre las neuronas corticales, con la sedacion como efecto. La presencia de intoxicacion depende:

- De los niveles plasmaticos de alcohol.
- De la velocidad a la que se han alcanzado esas tasas.
- De la duracion del consumo.
- De la tolerancia del consumidor.

La intoxicacion severa conlleva: labilidad emocional, perdida del control de los impulsos y cambios en la personalidad. El tratamiento de la intoxicacion aguda se reduce a medidas de mantenimiento general, con interrupcion de la ingesta de alcohol, y a veces medidas protectoras para auto o heterolesiones.

2) Episodios de amnesia transitoria (Blackouts): GOODWIN señala que estos episodios los puede sufrir igualmente los no alcoholicos cuando beben, pero con menor frecuencia que los alcoholicos.

3) Intoxicacion idiosincratca o embriaguez patologica: episodio de importante agitacion, auto o heteroagresividad, y que no es propio del sujeto cuando esta sobrio. Un rasgo esencial es la desproporcion que hay entre la cantidad de alcohol ingerida y la gravedad de las alteraciones conductuales. Despues del episodio, el sujeto entra en un periodo de sueño prolongado, tras el cual hay amnesia sobre lo ocurrido. El tratamiento contempla medidas de mantenimiento y de contencion para evitar lesiones

4) Sintomas de abstinencia alcoholica: Podemos hablar de dos sintomas importantes:

a) Convulsiones: surgen entre las 7 y 8 horas tras la ultima ingesta con un pico de maxima frecuencia hacia las 24 horas. Como factores patogenicos estan la alcalosis respiratoria, hipoglucemia, hipomagnesemia e incremento de sodio intracelular

b) Delirium alcoholico (delirium tremens): lo mas frecuente es su comienzo gradual, aunque a veces sea abrupto, a los 2 o 3 dias de la disminucion o supresion de la ingesta, alcanzando su maxima intensidad en el 4 o 5 dias. Con antelacion suelen aparecer otros sintomas de abstinencia: temblor distal, inquietud, insomnio. Para FRANCES y FRANKLIN la severidad del delirium guarda relacion con la cantidad de alcohol que se consuma, la intensidad del insomnio, la de los trastornos gastrointestinales...

Por lo tanto el cuadro se caracteriza:

- Nivel de conciencia con amplias fluctuaciones, con frecuentes estados confusionales y desorientacion.
- Trastornos perceptivos: ilusiones y alucinaciones (sobre todo visuales).

Para su tratamiento, ademas de la atencion a los factores desencadenantes del cuadro incluye medidas generales como una buena hidratacion, situarlo en una habitacion tranquila bajo observacion permanente, control de las constantes vitales e inograma. Los farmacos usados son: Clormetiazol, benzodiazepinas, vitamina B1 y acido folico.

5) Alucinosis alcoholica: el sintoma que predomina es el de las alucinaciones, preferentemente auditivas. No hay alteraciones en el nivel de conciencia y el sujeto permanece bien orientado. El tratamiento conlleva la supresion del alcohol, y la atencion a los sintomas de abstinencia, posteriormente, si persisten las alucinaciones, hay que realizar un tratamiento con neurolepticos.

6) Síndrome de Wernicke– Korsakoff: se atribuye a la deficiencia de tiamina (vitamina B1).

a) Encefalopatía de Gayet– Wernicke: Su comienzo es subagudo o agudo y se caracteriza por:

----- Trastornos de los músculos oculomotores.

----- Trastornos de la marcha.

----- Polineuritis periférica.

----- Estado confusional.

Su evolución puede ser favorable, pero a veces conduce a la demencia y muerte. Su tratamiento es con administración de tiamina añadiendo magnesio.

b) Enfermedad de Korsakoff: Es una encefalopatía crónica caracterizada por:

----- Incapacidad para adquirir nueva información, por la interferencia de material previamente aprendido.

----- Amnesia anterograda y retrograda.

----- Confabulaciones (las lagunas amnésicas son rellenadas con material falso).

----- Falsos reconocimientos.

Para su tratamiento se usa la Clonidina, con efecto inhibidor de la norepinefrina, y también el Propanolol.

1.6.– Trastornos sociales por el excesivo consumo de alcohol:

Los trastornos pueden interferir en las distintas esferas de la vida social: pareja, familia, mundo laboral... Y a su vez el medio social que rodea al sujeto influye en el consumo de alcohol por parte de este, en su respuesta al tratamiento...

1.7.– Complicaciones somáticas del alcoholismo:

El alcohol tiene un efecto tóxico directo sobre el hígado, demostrado incluso en condiciones óptimas de una buena dieta y un suplemento vitamínico, que no protegen del desarrollo de una Cirrosis. Algunos trastornos cerebrales son debidos a un déficit vitamínico asociado a la ingesta de alcohol. EDWARDS señala que los trastornos orgánicos más habituales son:

1) Accidentes: el consumo de alcohol conlleva un mayor riesgo a padecer accidentes.

2) Trastornos hematológicos: es frecuente que el alcoholismo se asocie a una Anemia megaloblástica.

3) Aparato respiratorio y digestivo: la disminución de las defensas inmunes del organismo, el riesgo de aspiración de vómitos con un nivel de conciencia obnubilado, entre otros factores, facilitan la infección de las vías respiratorias. También padecen Carcinomas de boca, laringe, faringe, esófago e hígado.

4) Huesos y articulaciones: el alcoholismo se asocia con una mayor incidencia de Hiperuricemia y Gota.

5) Trastornos nerviosos: podemos encontrar los siguientes:

a) *Polineuritis periferica.*

b) *Degeneracion cerebelosa* (incoordinacion motora y trastornos de la marcha).

c) *Sindromes cerebrales infrecuentes:*

----- Enfermedad de Marchiafava- Bignami: consecuencia de la degeneracion del cuerpo calloso.

----- ESclerosis laminar de Morel: esclerosis de la 3ª capa de la corteza cerebral

d) *Demencia alcoholica.*

e) *Encefalopatia hepatica* (encefalopatia metabolica, secundaria a la insuficiencia hepatica).

6) *Sindrome cushingoide o pseudo- Cushing:* secundario a una hiperproduccion de cortisol.

7) *Epilepsia:* puede ocurrir que el alcohol disminuya el umbral convulsivamente, la ingesta puede hacer olvidar al epileptico la toma de los medicamentos...

8) *Trastornos circulatorios y cardiacos:* podemos encontrar los siguientes:

a) *Arritmias cardiacas.*

b) *Cardiopatia alcoholica.*

c) *Hipertension arterial.*

9) *Hipoglucemia:* los efectos de la hipoglucemia se suman a los de la intoxicacion etilica, con riesgo de daño cerebral.

10) *Cetoacidosis o cetosis:* se trata de una acidosis metabolica.

11) *Alteraciones sexuales:* impotencia funcional y disminucion del deso sexual en varones.

12) *Pancreatitis:*

13) *Miopatía*

14) *Enfermedades hepaticas:* entre las que encontramos:

a) *Hepatitis alcoholica.*

b) *Higado graso.*

c) *Cirrosis hepatica:* las mujeres son mas vulnerables a padecerla.

d) *Carcinoma hepatico.*

2º.- TOXICOMANIAS:

2.1.- Introduccion:

BOUDREAU y otros reúnen los siguientes motivos individuales para el consumo de las drogas alucinógenas:

- 1) Curiosidad.
- 2) Deseo de conocerse a sí mismo.
- 3) Anhelo de vida comunitaria y de comunicación.
- 4) Búsqueda de espiritualidad.
- 5) Forma de protesta.
- 6) Medio de aliviar la tensión.
- 7) Personalidad neurótica subyacente.

2.2. – Generalidades:

Hay algunas sustancias como la morfina, anfetamina, barbitúricos... que generan una dependencia física (con la supresión de la droga aparece el síndrome de abstinencia), mientras que otras producen una dependencia psíquica (necesidad de nuevas administraciones de la droga para obtener un efecto agradable o evitar el malestar).

D'ORBAN establece que la dependencia a las drogas es globalmente un fenómeno más psicológico que fisiológico, lo cual tiene una gran trascendencia a la hora de entender el problema y en relación a las distintas aproximaciones terapéuticas.

JAFFE enfatiza que el concepto de dependencia significa esencialmente dependencia física, farmacológica. En nuestra opinión hay que hacer una categorización dualista soma– psique.

Desde el punto de vista del individuo, un hecho importante para la comprensión del desarrollo de la dependencia es que las sustancias consumidas como drogas reducen la ansiedad o procuran una modificación agradable o placentera en el estado de ánimo. Aunque hay variaciones entre los efectos que una misma sustancia produce de unos sujetos a otros, esto puede atribuirse en parte a la influencia de los propios factores psicológicos del sujeto y a los factores ambientales.

Parece una hipótesis consistente que las familias en cuyo seno hay un drogadicto, apenas difieren, en cuanto a su dinámica interna de relaciones interpersonales, con respecto a las que tienen un miembro alcohólico.

CAMPBELL señala que la familia "típica" del heroinomano masculino es descrita como:

- Madre protectora y permisiva.
- Padre escasamente implicado o ausente, con problemas alcohólicos.
- Adicto con baja autoestima y dependiente respecto de la madre.

2.3. – Trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas:

El diagnóstico incumbe a la presentación de signos o síntomas conductuales o psicológicos causados por el efecto directo de alguna sustancia psicoactiva sobre el SNC. Algunas de estas sustancias son:

1) Alucinogenos: se incluyen en este apartado la Mescalina, Peyote, Psilobicina, LSD, Fenilciclidina, Ketamina... Los efectos producidos por estas varían con la personalidad, las expectativas mantenidas, el marco ambiental en el que tiene lugar la experiencia... Entre los efectos psicológicos están:

- a) *Ansiedad.*
- b) *Euforia o cambios impredecibles en el estado de ánimo.*
- c) *Impulsividad.*
- d) *Trastornos en la percepción corporal.*
- e) *Ilusiones y alucinaciones visuales.*
- f) *Hiperactividad.*
- g) *Auto o heteroagresividad y depresión.*
- h) *Aumento de salivación y sudoración.*
- i) *Disminución de la sensibilidad al dolor.*
- j) *Vómitos...*

El Diazepam es útil tanto para la agitación como para las posibles convulsiones que se puedan producir bajo los efectos de la droga, también pueden usarse otras benzodiazepinas y neurolepticos.

2) Inhalantes: su consumo no presenta síntomas de abstinencia. En el caso de que prosiga el abuso de estas sustancias los efectos tóxicos sobre el pulmón, hígado, riñón... adquieren importancia. Como dato característico de su consumo pueden aparecer alrededor de la boca y nariz una pigmentación, en casos extremos pueden aparecer alucinaciones y delirium con riesgo de muerte por arritmias cardíacas, asfixia o depresión respiratoria. Su tratamiento es sintomático: neurolepticos, benzodiazepinas y en caso necesario antiarrítmicos.

3) Cocaína y otros estimulantes del SNC: PERRY considera que los rasgos asociados al consumo crónico de cocaína son:

- a) *Cambios de personalidad.*
- b) *Conductas impulsivas y agresivas.*
- c) *Suspición.*
- d) *Hipervigilancia.*
- e) *Creencias delirantes.*
- f) *Negación del abuso de la sustancia.*
- g) *Trastornos emocionales.*
- h) *Insomnio.*

- i) *Anorexia con perdida de peso.*
- j) *Irritabilidad.*
- k) *Taquicardia e hipertension arterial.*
- l) *Dilatacion pupilar.*
- m) *Inflamacion de mucosa nasal.*
- n) *Erosion dental por bruxismo...*

Puede llevar consigo tambien sindrome paranoide, alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y especialmente tactiles. El gran potencial adictivo de la cocaína tiene mucho que ver con los sentimientos de confidencialidad y euforia que aparecen tras su administracion. Parece ser que subyace un mecanismo bioquímico de bloqueo de recaptación de Dopamina, lo que lleva a un aumento de la concentración de este neurotransmisor en el espacio sináptico, a este efecto "positivo" se añade, como reforzante, el estado depresivo que surge al interrumpir su administración.

La Bromocriptina ha resultado efectiva tanto en el tratamiento de la intoxicación, como en los estados de abstinencia.

4) Cannabis y derivados: su principio activo es el Tetrahidrocannabinol (THC), proporciona una serie de cosas:

- a) *Euforia mas o menos leve.*
- b) *Distorsiones sensoriales del tipo ilusorio.*
- c) *Cambios en la vivencia del transcurso temporal.*
- d) *Sensacion de apatia.*
- e) *En casos severos: alucinaciones diversas, despersonalizacion y sindrome paranoide.*

Las consecuencias del consumo crónico parece que son: Disminución de los niveles séricos de testosterona y un incremento en las bronquitis y lesiones precancerosas pulmonares.

5) Opio y derivados: sobre estas sustancias hay que tener en cuenta una serie de problemas derivados de su uso médico como analgésicos:

- a) *La sobredosis:* puede cursar con depresión respiratoria, hasta llegar a la apnea en los casos más graves, riesgo de edema pulmonar secundario a la modificación de la permeabilidad capilar, pupilas mióticas... Tratamiento con un antagonista.
- b) *El síndrome de abstinencia:* puede ser desencadenado por antagonistas como la Naloxona. Se caracteriza por náuseas, vómitos, diarreas, fiebre, inquietud y temblor, insomnio, algias diversas, "carne de gallina".... Alcanzando la mayor intensidad entre las 36 y 72 horas tras la última administración.
- c) *La dependencia:* una vez se va desarrollando, el curso que seguirá esta en función de factores ambientales, de las características individuales del sujeto, el tipo de opiáceo consumido, la vía de administración del mismo...

6) Cafeina: GREDEN señala que la cafeína actúa sobre receptores a los que también se unen las benzodiazepinas y unas purinas endógenas. Su efecto sería el contrario al de los ansiolíticos. Los síntomas de abstinencia incluyen: Cefaleas, depresión leve o moderada, irritabilidad, inquietud...

7) Tabaco: los síntomas más frecuentes de abstinencia son irritabilidad, inquietud, trastornos del sueño, cefaleas, alteraciones en los rendimientos cognitivos y a veces aumento del apetito.

2.4. – Trastornos mentales orgánicos inducidos por el uso de medicamentos:

PERRY considera que las manifestaciones neuropsiquiátricas inducidas por sustancias muchas veces son pasadas por alto o mal diagnosticadas, por lo cual señal diversas razones:

- 1) Los cambios mentales pueden o no mostrarse desde el inicio del tratamiento con el fármaco, sino tiempo después.
- 2) Los cambios mentales ocurren en una persona que de hecho está ya orgánicamente o psicológicamente enferma, por lo que pueden ser consideradas parte del proceso y no resultado del tratamiento.
- 3) Los cambios pueden afectar al estado de ánimo, a la personalidad...y pasar desapercibidos para el clínico.
- 4) Los cambios detectados pueden ser interpretados como "funcionales"
- 5) Muchas reacciones adversas a los medicamentos son atípicas
- 6) Los cambios pueden aparecer con dosis pequeñas e incluso únicas de un medicamento, por lo que la hipótesis de su posible relación con este es desechable.
- 7) Muchos pacientes niegan o minimizan la cantidad y el tipo de fármacos que consumen.
- 8) Razones personales dificultan al clínico reconocer y aceptar los efectos de un tratamiento por el instaurado.

Las sustancias que pueden inducir esos trastornos mentales son:

1) Anticolinérgicos y antidepresivos: los fármacos involucrados son: antidepresivos tricíclicos, colirios miotéricos, antieméticos, fármacos que se administran para disminuir secreciones de vías respiratorias, antiparkinsonianos...

El síndrome mental que puede aparecer es el siguiente:

- a) *Hipotensión postural.*
- b) *Deficit de memoria reciente.*
- c) *Inquietud y agitación.*
- d) *Trastornos sensorio-perceptivos...*

2) Depresores del SNC: el síndrome de dependencia a Benzodiazepinas ocurre tras unos pocos meses de ingesta diaria del fármaco, y los síntomas pueden ser atribuidos al trastorno de ansiedad subyacente (insomnio, inquietud, disforia). Un síndrome parecido se da también con los barbitúricos y con el alcohol. Otros síntomas añadidos son:

- a) *Temblores distales mas evidentes con movimientos voluntarios.*
- b) *Hipotension postural.*
- c) *Insomnio con pesadillas y terrores nocturnos.*
- d) *En casos graves: alucinaciones, delirium y convulsiones, hasta un grado maximo de status epileptico.*

Como tratamiento puede recurrirse a la administracion de la propia sustancia en dosis progresivamente decrecientes o bien sustituirla por un preparado parecido.

3) Litio: Puede originar una disminucion de la capacidad de concentracion, de la memoria... El tratamiento incluye:

- a) *Lavado gastrico si el sujeto esta consciente.*
- b) *1500 a 3000 mEq de cloruro sodico en 6 horas.*
- c) *Como ultimo recurso Hemodialisis.*

4) Neurolepticos: los efectos son:

- a) *Elementecimiento subjetivo de la actividad mental.*
- b) *Sedacion.*
- c) *Inquietud y acatisia.*
- d) *Disforia.*
- e) *Impulsividad.*
- f) *Distonias agudas, diskinesias tardias.*
- g) *Sindrome neuroleptico maligno.*

2.5.- Politoxicomanias:

El alcohol es uno de los productos mas frecuentes implicados en las politoxicomanias (consumir simultaneamente varias sustancias). Para su tratamiento es importante establecer el concepto global de "dependencia quimica".

TEMA: 8

VALLEJO, J. : "INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y PSIQUIATRIA"

cap.43: Prevencion y asistencia psiquiatrica.

1º.- PREVENCIÓN Y ASISTENCIA. INTEGRALIDAD EN MEDICINA Y EN PSIQUIATRIA:

Dos valores pueden ser considerados representativos de nuestra epoca: la democracia y "lo social", la dimension social se ha ido introduciendo en todas las actividades humanas y entre ellas en la Medicina.

Hablar de prevención y asistencia en medicina y en psiquiatría es hablar necesariamente de Medicina Integral, y por tanto de la integración de aspectos que como, los biológicos y los psicosociales, deben sobrepasar los problemas de comunicación entre clínicos y sanitarios.

Los tres grandes planos de integralidad en Medicina y en Psiquiatría son los que atienden a una síntesis de lo individual y lo social, de lo físico y lo psíquico, y de lo curativo y lo preventivo. Por lo tanto: *Salud y enfermedad, prevención y asistencia, clínica y sanidad son elementos interdependientes de un mismo continuo.*

2º.- PSQUIATRIA PREVENTIVA Y SALUD MENTAL:

Tres líneas de pensamiento contribuyeron a la aparición de la Medicina preventiva:

- 1) La búsqueda sistemática de los orígenes y causas de la enfermedad.
- 2) La consideración de la dimensión social de enfermar.
- 3) La validación práctica de las medidas preventivas.

El concepto de Prevención se puede definir: *"el conjunto de medidas encaminadas a evitar, en el sujeto, la familia y la colectividad, la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo y promoviendo la salud y limitando las invalideces que aquellas pueden ocasionar"*.

Esta definición abarca los dos fines de la Medicina: curar la enfermedad y proteger la salud, señalando los tres tipos de esfuerzos preventivos ante el enfermar:

- 1) Su no aparición (*prevención primaria*).
- 2) Su desaparición (*prevención secundaria*).
- 3) El desarrollo de capacidades compensadoras (*prevención terciaria*).

CAPLAN definió Psiquiatría preventiva: *"el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir: la frecuencia, duración (de los trastornos mentales) y el deterioro que puede ocasionar esos trastornos mentales"*

W. JAMES, A. MEYER y C. BEERS fundaron el movimiento de Higiene mental norteamericano. BEERS propuso el concepto de Higiene Mental en relación a "la influencia de los factores psicológicos y sociales sobre la maduración del niño y sobre la salud mental del adulto".

Es imposible concebir salud mental y salud física separadamente. La OMS (organización mundial de la salud) define Salud Mental como: *"capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás y la contribución constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social"*.

Clínica, prevención y asistencia psiquiátrica son elementos inseparables de una visión integral de la psiquiatría, cuyos objetivos, métodos y resultados en favor de la salud mental dependen no solo de los progresos de la ciencia médica, sino también de las condiciones sociales y económicas que determinan el nivel de higiene mental y preventiva de un país.

3º.- ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SANIDAD PUBLICA:

3.1.- Dimensiones de la asistencia psiquiátrica:

La asistencia psiquiatrica puede ser definida como: " *el conjunto de comportamientos y de instituciones con los que una sociedad intenta resolver el problema que para ella representa la existencia de personas consideradas como psiquicamente anormales*", y en funcion de estos contenidos tambien se puede definir como: " *el conjunto de acciones encaminadas a lograr la prevencion de las enfermedades mentales, su tratamiento una vez se hayan manifestado y la rehabilitacion y reinsercion social de los afectados*".

Las tres dimensiones que caracterizan un modelo de asistencia son:

- 1) El tipo de ayuda.
- 2) Las estructuras que prestan la ayuda.
- 3) La organizacion, financiacion y direccion de las estructuras.

3.2. – La reforma de la asistencia psiquiatrica:

El final de la 2ª Guerra Mundial marca la aparicion de transformaciones tecnicas y sociopoliticas que constituyen la base de lo que se ha dado en llamar la tercera revolucion psiquiatrica: *La psiquiatria comunitaria*.

Existen dos hitos fundamentales en la planificacion y ordenacion de los servicios de salud mental:

a) La modificacion de la legislacion en EEUU: lo que promovio la creacion de los centros de salud comunitarios.

b) La politica de sector en FRANCIA.

El tema de los recursos es fundamental en toda reforma por ser la base pragmatica que la condiciona. Estos recursos se pueden agrupar en tres grupos:

- 1) *Recursos humanos:* numero y cualificacion de los profesionales que pueden atender a la colectividad.
- 2) *Recursos institucionales:* equipamientos existentes o necesarios en los que se pueda apoyar una politica asistencial coherente, congruente y con dimension de futuro.
- 3) *Recursos economicos:* fuentes de financiacion y organos de gerencia que permitan la creacion y el mantenimiento de una red asistencial racionalizada y completa.

En la reforma asistencial realizada en BARCELONA se procedio al diseño e implantacion de una red asistencial basada en los principios de territorializacion y continuidad asistencial y dotada de distintos dispositivos:

A) Centro de asistencia primaria en salud mental (CAP): situado en el seno de la comunidad y estrechamente vinculado a ella, atiende en regimen ambulatorio y de visita a domicilio las demandas asistenciales procedentes de la poblacion. Ademias de su funcion asistencial, el CAP realiza tareas encaminadas a la prevencion y potenciacion de la salud, colaborando con los promotores de salud de su area y articulando y coordinando otros recursos, en programas de accion comunitaria a partir de los casos atendidos.

B) Centro de dia (CD): es un dispositivo de hospitalizacion parcial que se situa a medio camino entre el CAP y la unidad hospitalaria, contribuyendo a evitar o acortar los ingresos y facilitando la articulacion del paciente en su medio sociofamiliar. El acceso a CD se realiza a traves del CAP.

C) Unidad terapeutica de hospitalizacion (UTH): situada en el hospital general o psiquiatrico es la encargada de garantizar la hospitalizacion breve que exige unos niveles de intervencion tecnica y terapeutica elevados, es decir atiende aquellos casos que no pueden ser contenidos en los dispositivos anteriores. El acceso a UTH se realiza a traves del CAP, excepto en situaciones de urgencia.

D) Unidad rehabilitadora residencial (URR): es la encargada de proseguir el tratamiento y la rehabilitacion de aquellos pacientes que no han podido ser reinsertados socialmente tras haber recibido la ayuda terapeutica correspondiente. EL URR debe mantenerse en contacto con el CAP, y con los otros centros de servicios sociales de su zona para movilizar los recursos que posibiliten la rehabilitacion y reinsercion.

3.3.– Integracion de la asistencia psiquiatrica en la sanidad:

El informe de la comision ministerial para la reforma psiquiatrica señala que en la reforma de la sanidad, el modelo de accion sanitaria debe considerar:

- 1)** La inclusion de las acciones psiquiatricas y de salud mental en la practica sanitaria, incorporando el conjunto de factores psicologicos presentes en el proceso de salud y enfermedad.
- 2)** La modernizacion y reordenacion del sistema de salud de forma que permita superar los elementos de segregacion sanitaria, cultural y social hacia el enfermo mental.
- 3)** La integracion de la psiquiatria dentro de la sanidad, en su vertiente asistencial, presupuestaria, administrativa y territorial.
- 4)** La mayor descentralizacion posible en cuanto a la gestion de los servicios de salud.

Como funciones en salud mental y atencion psiquiatrica de los equipos basicos, especifica los siguientes:

- 1)** Identificar el trastorno psicoemocional y los componentes emocionales de los trastornos en general.
- 2)** Discriminar y llevar a cabo el tipo de intervencion necesaria, que puede ser:
 - a) Atencion y seguimiento propio.*
 - b) Atencion con asesoramiento del equipo especializado en salud mental.*
 - c) Derivacion a este equipo.*
- 3)** Colaborar con los equipos especializados, en cuanto al asesoramiento, seguimiento, derivacion y rehabilitacion de los pacientes.
- 4)** Participar en la elaboracion y desarrollo de programas de proteccion de la salud mental para la poblacion en riesgo.

La integracion de la asistencia psiquiatrica en la sanidad es un paso necesario para la consecucion de una medicina integrada que permita un enfoque total de la salud, en la que los equipos de salud puedan pasar con soltura del sujeto a la familia, al grupo y a la comunidad, pudiendose centrar, segun las circunstancias e indistintamente, en lo preventivo, lo curativo y la rehabilitacion y enfrenar ademas de lo somatico, lo afectivo y las interrelaciones.

TEMA: 8 (Tambien sirve para los temas 9 y 13)

1º.- DEFINICIONES PSICOLOGICAS:

El concepto de "Rehabilitacion" posee muchas definiciones, en una primera aproximacion a su significacion psicologica parece apuntar a un concepto funcional: "recuperacion de posibilidades operativas en todos los sentidos.

Ello llama a la existencia de un estado anterior de funcionamiento pleno, a la existencia de una disminucion de operatividad en un momento posterior para, en un tercer momento, a traves del proceso de rehabilitacion, retornar al momento y estadio primitivo. Todas las definiciones se refieren a "impedidos", con ello debe incluirse a los aspectos fisicos, a los emocionales, cognitivos y sociales en su mas amplia acepcion. Esta amplitud es lo que hace que la Rehabilitacion sea considerada como una tarea multidisciplinar.

Despues de los años 70 en algunos autores va cambiando la terminologia y se comienza a usar el termino "cliente"; BOLTON define la Rehabilitacion como: "*planificacion y disposicion de los servicios necesarios que prepararan al cliente para un emplazamiento laboral con exito y un subsecuente ajuste vocacional*".

1.2.- Algunas implicaciones: prevencion, tratamiento y rehabilitacion.

Prevencion y rehabilitacion parecen terminos antonimos. Prevencion deberia entenderse como algo que antecede a la alteracion y, por lo mismo, una prevencion adecuada elimina la posibilidad de que exista Rehabilitacion. Prevencion y Rehabilitacion poseen relaciones sutiles y ello, sin contar con la tarea preventiva que puede desempeñar el terapeuta rehabilitador.

Tratamiento y Rehabilitacion se aplican a problemas que existen en un momento dado, en ambos casos el objetivo se ha confundido muchas veces y, sin embargo, no necesariamente son terminos sinonimos. El Tratamiento posee un ambito de aplicacion mas amplio que la Rehabilitacion y, por otra parte, mas restringido:

a) Mas amplio: por cuanto que, para que se pueda hablar de rehabilitacion, se exige que haya existido, anteriormente, un estado "normal" y, en este sentido, la mayoría de tratamientos que se aplican poseen el objetivo de insertar, "normalizar" o "integrar" a las personas que se trate al mundo de los "normales" pero, de ninguna manera, podria hablarse de rehabilitacion reinsercion puesto que en ningun momento anterior han estado insertados, integrados o habilitados.

b) Mas restringido: que la rehabilitacion, en la medida en que el Tratamiento se refiere a una primera fase del programa total y la Rehabilitacion se entiende como la reinsercion de pleno derecho de estas personas dentro del sistema social.

Por todo ello , la Rehabilitacion posee al menos 3 tipos de ejes de referencia: fisico, clinico y social, en funcion tanto de las tecnicas y modelos concretos usados como de los criterios valorativos. La rehabilitacion total, suponiendo incluso un exito en todas las dimensiones es inalcanzable, por varias razones:

- 1)** El mundo psicologico personal se encuentra ordenado temporalmente, y el tiempo, hoy por hoy, es irreversible.
- 2)** Con el fin de valorar el resultado de la rehabilitacion, deberian existir datos empiricos completos respecto al funcionamiento anterior de la persona "rehabilitada", lo que exigiria la existencia de un banco de datos para cada sujeto (conocer el entramado de relaciones funcionales fisico-biologicas, psicologicas y sociales de cada persona).

- 3) Muchas veces un sujeto ha sido sometido o ha participado en procesos de rehabilitación porque el estilo de vida que llevaba ha provocado su separación del cuerpo social y familiar.
- 4) En otras ocasiones la necesidad de rehabilitación se produce en personas que han sufrido un daño irreparable en alguna parte de su cuerpo, con lo que no puede esperarse un éxito total.

Por todas estas razones, el criterio de éxito (objetivo) en rehabilitación es parcial y relativo.

2º.- UN PRIMER MOMENTO: LA EVALUACION.

Para el establecimiento de un Centro de Rehabilitación hay una serie de servicios que funcionan coordinadamente aunque con cierta autonomía funcional: *Evaluación, Tratamiento médico, Entrenamiento físico, Terapia psicológica y Colocación laboral.*

Mc GOWAN y PORTER defendieron unos criterios acerca de "cuando sí y cuando no" llevar a cabo una evaluación psicológica previa al comienzo de la rehabilitación; *Se debe realizar una evaluación psicológica en las siguientes situaciones:*

- a) Si hay que determinar deterioro o deficiencia mental.
- b) Si se sospecha la existencia de alteraciones psiquiátricas.
- c) Si la persona va a ser sometida o participar en un programa costoso o de larga duración.
- d) Si el consejero necesita o bien información o bien confirmación de las aptitudes, logros, intereses, habilidades y patrones de personalidad de la persona a rehabilitar.
- e) Si los datos existentes al respecto no existen o, aun existiendo, son ambiguos o contradictorios.
- f) Si se sospecha la existencia de posibilidades y/o potencialidades en la persona a rehabilitar.
- g) Si se sospecha la existencia de alteraciones que requieren una evaluación especial.

No es necesaria la realización de una evaluación psicológica en los casos siguientes

- a) La persona ha tenido éxito en su empleo más reciente e intenta volver a ese puesto cuando hayan terminado las tareas rehabilitadoras.
- b) La persona ha tenido éxito en su empleo y ahora es incapaz de encontrar un trabajo similar debido a perjuicios de los empresarios y no por su nivel de competencia.
- c) La persona ha tenido éxito en su empleo más reciente y se prevé tan solo un cambio accidental en el tipo de trabajo que desempeñará en el futuro.
- d) La persona posee información y buena preparación para el desempeño del puesto de trabajo anterior, puesto que no va a desempeñar después por razones que no se derivan ni de su voluntad, ni de las capacidades que posee sino del deseo de los responsables de la empresa.
- e) La persona posee un currículum escolar claro y notable al menos, en el que se relata con toda claridad las calificaciones alcanzadas y los profesores son socialmente conocidos y reconocidos.
- f) La persona no tiene buena cooperación y expresa su deseo de no realizar las pruebas y test de evaluación,

en cuyo caso, no debe exigirsele realizarlas.

Acerca de la Evaluación Psicológica hay que tener en cuenta que:

- 1) Que en todos los casos es preferible el empleo de mas de un procedimiento.
- 2) Que las tecnicas a utilizar deberian poseer indices satisfactorios de bondad (Fiabilidad, consistencia, validez) y no usar aquellas sobre las que no se tienen datos.
- 3) Que se deben distinguir en el proceso de evaluacion los datos y resultados objetivos de las estimaciones subjetivas del evaluador.
- 4) Que no se deben empezar las evaluaciones sin el establecimiento de un rapport adecuado.
- 5) Que los datos y resultados provenientes de la evaluacion deben reflejarse en un informe util cuyo contenido, estilo y formato debe ser distinto en funcion de los objetivos y/o personas a los que se dirija, siendo escueto, preciso y con recomendaciones para el futuro del cliente, evitando expresiones placebo, redundantes e inutiles.
- 6) Que este informe debe estar orientado siempre en beneficio del cliente.
- 7) Que debe incorporar informacion tanto respecto a la estructura como a la dinamica comportamental del cliente.
- 8) Que deben adecuarse pruebas y procedimientos a las necesidades del cliente.
- 9) Que los tipos de problemas posibles son muchos aunque en todos los casos las evaluaciones deben ser individualizadas y cubrir los problemas relevantes que cada cliente presente.

3º.- REHABILITACION EN SU SIGNIFICACION FISICA:

Una de las significaciones que posee "rehabilitacion" es la que se refiere a los problemas estrictamente fisicos que pueden o no ir acompañados de alteraciones psicologicas.

Mc DONALD especifica los principios generales de actuacion para la Rehabilitacion Fisica, modos e instrumentos de evaluacion y procedimientos concretos para rehabilitacion especializada de miembros superiores e inferiores, procesos neurologicos y para distintas enfermedades:(reumatismo, lumbalgia, trastornos cardiacos, diabetes...)

Por lo que se refiere a la rehabilitacion de la Afasia traumatica se recomienda como un acercamiento la monografia de LURIA en la que los procedimientos terapeuticos son expuestos a partir del material clinico y se derivan de un modelo teorico concreto sobre el funcionamiento cerebral lo que permite, la aplicacion de un aparato diagnostico complejo y la aplicacion terapeutica y la contrastacion del modelo neurologico de base.

Una area mas reciente lo representan los distintos acercamientos denominados "medicina comportamental".

3.1.- Rehabilitacion fisica post-infarto:

El pronostico de posibles problemas recurrentes en el futuro es lo que determina, en gran medida, la vuelta del paciente a su ritmo de vida cotidiano.

Este pronostico se realizaba sobre una "valoracion clinica" consistente en el estudio del curso hospitalario,

historia posthospitalaria, examen físico, rayos x y ECG... pruebas que reflejan la función cardiovascular en descanso o durante una actividad escasa y ninguna de ellas ofrece información clara respecto a presencia o ausencia de alteraciones que podrían detectarse durante las actividades cotidianas del paciente.

Actualmente se han desarrollado otros tipos de técnicas (electrocardiografía telemétrica– técnica de Holler– y el test de la cinta sin fin) que han mostrado un considerable poder predictivo en cuanto a tasa de mortalidad:

- 1) *Electrocardiografía telemétrica*: el paciente lleva consigo un dispositivo que opera con baterías, el cual permite un registro ECG de 24 horas.
- 2) *Test de la cinta sin fin*: el paciente camina sobre una cinta sin fin a distinta velocidad e intensidad mientras se registra un ECG y presión sanguínea.

Estas nuevas líneas de trabajo en las que se trata de poner a prueba la restauración de la capacidad funcional del paciente lo más pronto posible después del infarto, posee una serie de implicaciones para la rehabilitación del postinfarto:

- 1) Facilita el pronóstico puesto que, en la actualidad, dado que la tasa de mortalidad postinfarto es mayor en los primeros meses siguientes al accidente que después, resulta importante realizar la valoración en época temprana, lo que permitirá, llevar a cabo un análisis en profundidad que posibilite una disminución de la tasa de mortalidad (al descubrir los disparadores de la crisis).
- 2) El acceso a la actividad física representa una estrategia terapéutica poderosa contra la depresión y ansiedad que sigue al infarto de miocardio.
- 3) Una determinación temprana del potencial para la vuelta al mundo laboral, puede promover la capacidad de trabajo de la mayoría de los pacientes, permitiéndoles un retorno rápido a su mundo y disminuyendo desplazamientos laborales y/o retiros anticipados.

3.2. – Tratamientos comportamentales en la rehabilitación de ataques fulminantes o accidentes cardiovasculares:

En el último decenio, la incorporación de Retroalimentación Mioeléctrica (EMG) ha representado un definitivo paso hacia delante en la incorporación de estos acercamientos comportamentales al equipo de técnicas.

Se trata de pacientes que después de la fase aguda sufren de pérdida motora cuya intensidad varía de área a área dentro del mismo brazo, la mayoría de estos pacientes presentan alteraciones del tono muscular pasando de un primer estadio flácido a otro espástico, coincidiendo con el comienzo de la rehabilitación: Esta espasticidad tiende a disminuir lentamente, aunque persiste durante meses e incluso años. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan:

- a) Problemas de apraxias y afasias.
- b) Disminución de eficacia intelectual.
- c) Su estado emocional suele ser el resultado de una mezcla de desesperación y cambios patológicos en la función cortical.
- d) Alteraciones visuales.
- e) Problemas cardiovasculares que anteceden o provocan el ataque.

f) Dificultades en la ingesta.

g) Perdidas sensoriales notorias...

Para el exito de su tratamiento se requiere un apoyo social fuerte al paciente por parte de todas las personas que interactuan con el, apoyo social que tiene como objeto la estimulacion de los mecanismos y procesos cognitivos y motores que estaban activados antes de la crisis y que pueden haber sobrevivido o no haber sido afectados por el daño cerebral.

La utilizacion de las tecnicas de retroalimentacion estan apoyadas por el supuesto de que la coordinacion de la conducta motriz se logra mediante un proceso de ensayo y error de las unidades musculares motoras que depende de la inhibicion: *La inhibicion progresiva de las respuestas masivas ineficaces que son los reflejos motores basicos representa una capacidad innata del SNC normal. Si aparecen lesiones corticales graves durante el periodo neonatal, esta capacidad va disminuyendo notablemente, aunque es posible un reentrenamiento de vias y mecanismos neuronales secundarios que permita el logro de las distintas posiciones y de la movilidad.*

En el caso de ataques fulminantes es posible enseñar al paciente un control consciente del funcionamiento neuronal de los centros motores

La investigacion y la practica se han realizado sobre tres problemas: Pie caido (con y sin elasticidad), Subluxacion del hombro y Funcion disminuida de mano.

En suma, el uso masivo de tecnicas de relajacion general junto a retroalimentacion EMG para grupos musculares paralizados y entrenamiento en relajacion para musculos espasticos, son eficaces para este tipo de casos si bien, las tecnicas no permiten el abaratamiento de los aparatos para su uso masivo, ni la investigacion y realizacion de estudios controlados ha llegado a un estado satisfactorio.

4°.- UNA CONSIDERACION CLINICO-INDIVIDUAL DE LA REHABILITACION:

4.1.- Criterios de exito terapeutico y tecnicas de valoracion:

Un primer punto de analisis se refiere a los criterios usados para la evaluacion del resultado de los tratamientos. El establecimiento, eleccion y defensa de uno u otro criterio se encuentra determinado por el modelo terapeutico sobre el que se apoyan las tecnicas.

Este problema seria menos grave si todos los metodos y criterios tuvieran la misma significacion funcional (que signifiquen lo mismo los resultados alcanzados con uno u otro procedimiento de evaluacion) o que, aun no significando lo mismo, existiesen unas tablas de conversion claras para los resultados alcanzados en las distintas tecnicas.

En el caso de que lo anterior no existiera, lo que si existe son muchos resultados que apuntan a lo contrario: *La existencia de una independencia entre la mayoría de los resultados alcanzados con tecnicas de evaluacion distintas, por lo que no puede predecirse lo que ocurre a partir de datos provenientes tan solo de uno u otro procedimiento.*

Este problema se agrava con otros aspectos ,la polemica central entre:

a) *Cuantitativistas:* para los que todo es susceptible de ser estudiado mediante procedimientos de cuantificacion.

b) *Cualitativistas:* para los que toda cuantificacion representa una traicion esencial a lo que debe ser un

estudio científico del ser humano.

Estas razones y problemas promueven la existencia de una disparidad de criterios y técnicas de valoración que pueden agruparse en:

1) Cuestionarios e inventarios de personalidad.

2) Autoinformes por parte del cliente.

Ambos presentan los peligros debidos a los sesgos propios de las respuestas verbales (deseabilidad social, tendencia a dar respuestas extremas, aquiescencia)

3) Pruebas proyectivas: su validez sigue siendo un misterio, no cumplen los mínimos requisitos científicos para su uso masivo, los supuestos sobre los que se asientan son discutibles y los pasos e inferencias desde la respuesta a la "dinámica personal" del cliente representan saltos en el vacío con escaso apoyo empírico.

4) Estimaciones y juicios del terapeuta: existen una serie de sesgos perceptuales incluso en el profesional que no deben ignorarse. Se recomienda la emisión de juicios valorativos sobre aspectos funcionales concretos, procedimiento que es adecuado para el desarrollo de descripciones individualizadas y multivariadas del resultado terapéutico que ha mostrado cierta utilidad. Este procedimiento incluye:

a) recogida de información sobre el cliente, información que puede ser ordenada y convertida en escalas de logro.

b) especificación de las áreas más globales en las que el cambio sería factible.

c) formulación de predicciones específicas para cada área.

d) puntuación de los resultados al final de la terapia.

5) Calificaciones realizadas por parte de otras personas: este criterio se ha defendido desde presupuestos de objetividad en las estimaciones, así como procedimientos de validación social de los resultados terapéuticos. Desgraciadamente estos supuestos han mostrado su inviabilidad: el "observador", sea interno o externo, surge de sus sesgos, del impacto de lo situacional frente a lo más invariante, de intereses y expectativas distorsionantes y, en definitiva, "objetividad" no significa reflejo de la realidad sino construcción-elaboración contrastable, lo que implicaría la aceptación de distintas objetividades acerca de un mismo fenómeno, con lo que lo único "objetivo-absoluto" sería su negación.

6) Test objetivos y de laboratorio: la realización de test de laboratorio y el análisis de sus puntuaciones normativas resulta importantísimo. Uno de los indicadores de inmadurez de la psicopatología y clínica experimentales es la carencia de test objetivos, fiables y con gran valor predictivo acerca de reacciones tanto normales como sus contrapartidas anormales.

Conclusiones:

A) No existe ningún procedimiento que pueda dar, por sí mismo, una respuesta satisfactoria a la cuestión sobre la eficacia y valor diferencial de las técnicas y modelos terapéuticos.

B) No existe ningún procedimiento que no tenga problemas en su aplicación.

C) El objetivo terapéutico a lograr determina el criterio de valoración así como los procedimientos de medida más adecuados.

D) Cada tipo de procedimientos se dirige a áreas de funcionamiento específicas, por lo que la evaluación de los objetivos y efectos principales y de los secundarios exigirían la gestión de instrumentación adecuada.

E) En ausencia de un procedimiento perfecto, es mejor la utilización de dos tipos de procedimientos y criterios.

4.2.– Algunos tópicos y flecos relevantes:

1) La importancia de factores diferenciales dentro de la valoración de la eficacia terapéutica: ha sido denunciada por KIESLER bajo el nombre de "mitos de la psicoterapia", y son los siguientes:

- a)** La uniformidad de los clientes.
- b)** La uniformidad del terapeuta.
- c)** La monolinealidad de los resultados terapéuticos.

La adscripción a estos tres mitos ha dificultado el desarrollo y realización de estudios científicamente adecuados. Pese a la importancia que teóricamente posee la personalidad para la comprensión de la psicopatología y de la recuperación terapéutica, empíricamente la evidencia encontrada va de escasa a nula por lo que se refiere a Personalidad y Eficacia terapéutica.

2) El estudio de la eficacia terapéutica y de los efectos indeseables: de las terapias psicológicas no se han hecho de modo sistemático, sin embargo se han observado algunos fenómenos:

- a)** Empeoramiento de los síntomas del cliente.
- b)** Aparición de nuevos problemas que no existían antes de comenzar el tratamiento.
- c)** Mala utilización o abuso terapéutico por parte del cliente y pérdida de confianza en el terapeuta o en el proceso terapéutico.

Algunos de estos efectos son esperables aunque no existe un conocimiento sistemático de ellos. HADLEY y STRUPP realizaron un estudio en el que algunos terapeutas de USA expresaron su opinión acerca de los factores que eran responsables de la aparición de efectos negativos:

- a)** Evaluación previa inadecuada o deficiente.
- b)** Juicio clínico pobre por parte del terapeuta.
- c)** Aplicación incorrecta de los principios terapéuticos.
- d)** Problemas en la relación cliente–terapeuta.
- e)** Expectativas falsas y muy altas respecto a la eficacia de la terapia.
- f)** Terapia intensa y frecuente.
- g)** Fomento de una hiperdependencia en la terapia para el logro del éxito.

3) Los abandonos tempranos de la terapia por parte de los clientes: BAEKELAND y LUNDWALL aislaron tres tipos de predictores del abandono temprano:

- a) Clientes socialmente aislados o no afiliados a sociedades o grupos.
- b) Terapeutas etnocentricos que no eran partidarios del uso de medicacion, introvertidos y que se conducen de modo poco profesional con los clientes.
- c) Existencia de disparidad notoria entre cliente y terapeuta sobre expectativa de exito terapeutico.

Tan solo en la mitad de los estudios revisados tenian poder predictivo de abandono temprano las variables: Edad, Sexo, Estabilidad social y Nivel socioeconomico del cliente.

4) La terminacion de la terapia: la terminacion de las sesiones, pese al exito terapeutico, puede ir acompañada de sentimientos contrapuestos de miedo y rabia por parte del cliente. Se le debe pedir al cliente, que anticipe en estas sesiones finales alguno de los problemas con los que se va encontrar en el futuro y plantear modos alternativos de solucion para estos.

5) Deberiamos tener datos claros respecto al curso "natural" de los problemas a tratar: datos epidemiologicos fiables y modelos claros, contrastables y diferenciados para cada poblacion de los procesos de generalizacion y consolidacion de los logros terapeuticos.

5º.- CONSIDERACION PSICOSOCIAL DE LA REHABILITACION:

Rehabilitar significa recuperar los signos y distintivos sociales que existian en un momento anterior, tales como papel, estatus, nivel socioeconomico, consideracion por parte de los demas, aspectos sociolaborales...

5.1.- La psicologia comunitaria como una alternativa sin compromiso de escuelas:

Frente a la insistencia de la psicologia clinica en el estudio del caso individual y frente al movimiento de salud mental en el que se defiende un unico patron de intervencion y de integracion social, la Psicologia Comunitaria defiende la promocion y desarrollo de una pluralidad de sistemas sociales alternativos, de una promocion de distintos modos de "ser normal" y, por lo mismo, de una diversidad cultural.

En todos los analisis y propuestas realizadas se encuentran una serie de caracteristicas comunes:

- 1) Orientacion al problema a resolver, mas que a una adscripcion de escuela. Los psicologos comunitarios estarian caracterizados, a nivel profesional, no por su adscripcion a uno u otro modelo, sino por su compromiso de actuacion en una u otra parcela (delincuencia, tercera edad, drogodependencia...).
- 2) Utilizacion predominante de modos de analisis e intervencion contextuales, en los que son las interacciones entre contextos (fisicos y sociales) y personas marginadas, las que explican la existencia de los problemas y, por tanto, sobre las que hay que actuar para encontrar su solucion.
- 3) Distincion de niveles de analisis(individual, de grupo, organizacional o institucional) para cada tipo de problemas.
- 4) Aceptacion de la diversidad y la tolerancia dentro de esta diversidad.
- 5) Busqueda de propuestas distintas de funcionamiento personal y social a las actualmente existentes.

La *Psicologia Comunitaria* representa mas bien una sensibilidad para pensar e intervenir, que una escuela de pensamiento psicologico.

5.2.- Un apunte acerca de posibles valores a fomentar en programas psicosociales de rehabilitacion:

Existen cuatro líneas generales de promoción de valores:

1) La competencia individual: la idea de promoción personal se encuentra presente en acercamientos distintos: WHITE (competencia y adaptación), KRASNER (especificación del objetivo básico en la ayuda personal), ALBEE (modelo de competencia), LEHMAN (concepto positivo de salud mental). Todos estos autores tienen en común una consideración positiva y no negativa del bienestar personal, el cual no es tan solo la ausencia de enfermedad, malestar o sufrimiento sino que lleva consigo una promoción de elementos positivos:

a) Potenciar las habilidades de dominio de las situaciones.

b) La capacidad para resolver de modo satisfactorio los problemas que se vayan presentando.

c) Generar personas con recursos psicológicos que les permitan no estar a la merced de las contingencias ambientales.

Esta eficacia individual debe articularse con una consideración colectiva, debe insertarse dentro de una red significativa más general que el ámbito de actuación individual: "Los objetivos y valores de la comunidad".

2) El sentido psicológico de comunidad: fue definido por SARASON como un posible modo de articulación entre el individuo y la sociedad. Este sentido no es un estado fijado ni un rasgo personal invariante, se trata de una experiencia dinámica en la que existen tensiones y amenazas entre las que hay que contar las siguientes:

a) Muchas veces los acuerdos sobre los valores de los programas no se traducen en acciones concretas debido a la falta de mecanismos encargados de eliminar los desacuerdos.

b) Muchos contextos diseñados para ofrecer servicios de ayuda resultan devoradores por una especie de "ética de producción" (reclutar más clientes como índice de éxito y satisfacción sociopolítica, hasta el punto que los índices de productividad se aplican como argumento justificado de la existencia de servicios asistenciales).

c) El "profesionalismo" o tendencia presente en la mayoría de los centros jóvenes a definir los problemas humanos en términos exclusivamente profesionales, lo que acarrea un desajuste entre un nuevo servicio y los ya existentes.

d) Falta de coordinación entre los servicios existentes o entre estos y el resto de la comunidad de la que forman parte.

e) Hipervaloración de los objetivos individuales o de la comunidad a expensas, unos de otros, sin reconocer su complementariedad.

El internamiento, aislamiento y la localización de las personas, en clases especiales, llevan consigo un deterioro del sentido psicológico de la comunidad, tanto para los internos como para los cuidadores.

3) El desarrollo de la comunidad competente: la impotencia de las personas a rehabilitar en conseguir sus objetivos, no se debe tan solo a la pobreza de recursos a nivel individual, sino también se debe a una estructura empobrecida de oportunidades. El desarrollo de comunidades competentes para ISCOE exige que las comunidades promuevan la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones. Tan solo mediante la participación es posible influir sobre los servicios que ofrece esta comunidad, y sobre la dinámica y la estructura social.

4) Mantenimiento de la diversidad cultural: A nivel de análisis individual, la diversidad cultural debería mantenerse ya que lleva consigo una mayor oferta de posibilidades de enriquecimiento personal y, a nivel comunitario, la oferta de una variedad de culturas representa la oferta de un rango de ambientes con distinta

facilidad para integrar a individuos y se ofrece una mayor cantidad de oportunidades.

El mantenimiento de una diversidad cultural, supone aceptar el hecho de que existen diferencias individuales y culturales, y que estas diferencias son no solamente tolerables sino deseables.

TEMA : 9 (Sirve tambien para el **tema 10**).

FERNANDEZ, M. et al. : " LA REHABILITACION PSICOSOCIAL: UN MODELO DE INTERVENCION".

1º.- INTRODUCCION:

El Informe de la Comision Ministerial para la Reforma Psiquiatrica de 1985 establecio las bases de lo que debia llegar a ser la asistencia y rehabilitacion de las personas con problemas psiquiatricos cronicos.

Un aspecto importante del Informe es la consideracion de la necesidad de *"potenciar las acciones de la salud mental y atencion psiquiatrica dentro del entorno social propio de la poblacion en riesgo"*. Tambien establece la necesidad de *"reducir las hospitalizaciones y crear los recursos alternativos precisos para la atencion en su propio entorno de los pacientes con problematica de larga evolucion"*.

La Rehabilitacion Psicosocial aparece como un tipo de atencion adecuado y necesario para la poblacion con problemas mentales cronicos, siendo este un concepto complejo que engloba aspectos diferentes:

- a)** La R.P no puede ser entendida solo como "asistencia en el entorno comunitario". Debe ser definida por los metodos que usa no por donde se hace. La vuelta a la vida en comunidad de una persona, no es una intervencion en si misma, es mejorar su calidad de vida.
- b)** La R.P no es sinonimo de "disminucion del control sobre el usuario". Lo restrictivo de un ambiente debe estar en funcion, tanto de las caracteristicas de ese ambiente como de las del cliente.
- c)** La R.P no es la simple eliminacion de sintomas o de conductas "problematicas" de una persona. La reduccion de la incomodidad del cliente y de su ambiente, no lleva automaticamente a una mejora de sus habilidades.
- d)** La R.P no puede ser solo definida como "entrenamiento de habilidades". Esta definicion es muy restrictiva y puede dar lugar a equivocos:
 - d.1.- El pensar que hacemos R.P, cuando lo que hacemos es entrenar a las personas en las habilidades que el profesional conoce, y no en las que cada usuario necesita.
 - d.2.- El pensar que hacemos R.P al entrenar habilidades segun las normas sociales y entorno del propio profesional, y no en funcion de las caracteristicas del entorno de cada usuario.
 - d.3.- El pensar que entrenamos las habilidades y que luego la generalizacion que el sujeto hace de estas a su entorno es "algo" que se lleva a cabo por si mismo.

ANTHONY define R.P como: *" dotar a las personas con incapacidades de las habilidades fisicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con los menor apoyo de servicios y profesionales posibles"*.

Para llevar a cabo la Rehabilitacion Psicosocial de acuerdo con esta definicion, es necesario:

- 1) La adaptacion de los servicios de R.P al contexto socioeconomico y cultural, donde van a ser desarrollados.
- 2) La evaluacion funcional en relacion a las demandas ambientales y a las del propio sujeto.
- 3) La elaboracion de objetivos a corto, medio y largo plazo y la planificacion individualizada de todas las fases de intervencion.
- 4) El compromiso del cliente y de su grupo de apoyo en todas estas fases.
- 5) El entrenamiento de habilidades especificas al usuario y la situacion, con una unica forma de intervencion basada en los principios del aprendizaje y una metodologia experimental.
- 6) El entrenamiento y seguimiento en el propio ambiente del usuario.
- 7) La utilizacion de los apoyos necesarios segun las capacidades del usuario respecto a las demandas de su ambiente, usando, en la medida de lo posible, recursos naturales.
- 8) La modificacion del ambiente especifico del cliente y la actuacion sobre la comunidad donde se integra el servicio.
- 9) El trabajo enfocado en equipo, con delimitacion de funciones y canales de informacion adecuados.
- 10) La coordinacion de los diferentes equipos que intervienen.
- 11) La evaluacion de resultados observables y uso de esos resultados para el ajuste de objetivos e intervenciones.

2º.- UN EJEMPLO DE CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL:

Es el *Centro de Rehabilitacion Psicosocial de Alcala de Henares* que atiende a lo que se ha denominado como "nuevos cronicos", personas con edades comprendidas entre 20 y 45 años y con periodos variables de hospitalizacion. Caracteristicas:

- a) Media de edad: 28 años.
- b) Distribucion por sexos: 75% hombres y 25% mujeres.
- c) Nivel socioeconomico familiar: 60% medio-bajo, 33% bajo
- d) Trabajo: 43% desempleados, 36% pensionistas o con paga por incapacidad, 3% trabaja.
- e) Tipo de diagnostico: 20% esquizofrenia paranoide, 15% trastorno esquizofrenico, 10% trastornos paranoide.
- f) Equipo: 1 director, 3 psicologos, 1 trabajador social, 3 monitores y 1 auxiliar administrativo.

2.1.- Objetivos y funciones del centro:

El trabajo que se lleva a cabo en el centro tiene como objetivo: *el que las personas con esta problematica recuperen o adquieran, en la medida de lo posible, aquellas habilidades que se consideran necesarias para llevar una vida lo mas autonoma posible en su medio familiar y social.* Por eso el centro realiza una serie de funciones:

- 1) La evaluación, diseño de intervención y actuaciones precisas para la rehabilitación psicosocial de cada uno de sus usuarios.
- 2) Se encarga del apoyo y asesoramiento a las familias de los enfermos, promoviendo la participación de estas en grupos de autoayuda y asociaciones de apoyo a esta población.
- 3) Realiza el seguimiento de los usuarios que han cumplido sus objetivos de rehabilitación en el centro.
- 4) Lleva a cabo una labor de concienciación sobre este tipo de problemática en la comunidad, informando y promoviendo la participación activa de asociaciones, entidades y personas en este proceso de reinserción.

2.2.– Organización de la atención en el centro:

El trabajo de R.P que el centro realiza se sustenta en dos bases:

- 1) *Rigurosidad conceptual y metodológica*: que implica una planificación pormenorizada de cada una de las intervenciones que se realizan y una evaluación y medición precisa de los resultados de dicha actuación, y por otra parte, implica la evaluación continuada del funcionamiento general del centro y de como este funcionamiento traduce a la práctica los fundamentos de la R.P y los objetivos que el Centro tiene dentro de la red de atención a esta población.
- 2) *Consenso de todos los profesionales del servicio*: respecto a los objetivos para cada usuario y a las actuaciones que se han de realizar para la consecución de tales objetivos.

En el Centro se han establecido una serie de mecanismos (reuniones de coordinación, reuniones diarias y semanales de todo el equipo, juntas de evaluación, registros, memorias e informes), que garantizan una coordinación efectiva entre todos los profesionales del equipo.

2.3.– Fases de la atención:

A) *Evaluación y Diseño de la Intervención*: la actuación del Centro comienza con una **Evaluación** de cada usuario, llevada a cabo por un Psicólogo y la Trabajadora Social. En la evaluación se exploran las siguientes áreas:

- Capacidades en la relación interpersonal.
- Capacidad en el manejo de las situaciones estresantes.
- Problemas en la autonomía personal, tanto en su propio entorno como en la comunidad.
- Características clínicas(historia de hospitalizaciones, medicación...).
- Características del entorno del usuario y su familia, situación económica, relaciones familiares.
- Capacidades motoras.
- Historia laboral y escolar.
- Utilización del tiempo libre y actividades gratificantes.
- La demanda y motivación que, hacia la intervención, presenta tanto el usuario como sus familiares.

Esta evaluacion se extiende a lo largo de la primera semana de asistencia al Centro. En la evaluacion se incluye una visita a su domicilio llevada a cabo por la trabajadora social. Una vez finalizada la evaluacion se realiza un ***Diseño Individualizado de Actuación*** donde se especifican las areas con sus objetivos a corto, medio y largo plazo y las formas de intervencion en cada area, ademas de especificar los recursos comunitarios necesarios como apoyo a la intervencion.

B) La Intervención: puede ser llevada a cabo a través de entrenamientos individuales y a través de la asistencia del sujeto a grupos de entrenamiento, completándose con la gestión de recursos sociales:

b.1.– *La intervención individual:* una vez realizado el diseño de intervención, se designa un TUTOR para el usuario, esta labor es llevada a cabo por un psicólogo y sus funciones son :

- Profundizar en la evaluación realizada en la 1ª semana.
- El diseño y realización de las intervenciones individuales que precise el usuario.
- El entrenamiento y asesoramiento a la familia.
- La supervisión del trabajo llevado a cabo con el usuario en los programas en grupo.
- Mantener continuamente informado al resto del equipo sobre los cambios en la intervención y los progresos o problemas que se produzcan con el usuario o su familia.
- Realiza el seguimiento del usuario una vez este abandona el centro.

Otra modalidad de intervención individual son los Entrenamientos Individuales, llevados a cabo por los MONITORES y el tutor que son los encargados de realizar:

- La evaluación de línea base.
- Los entrenamientos generalmente en el medio natural.
- La recogida de los datos sobre los resultados de la intervención.
- La evaluación de la intervención.

b.2.– *La intervención en los programas en grupo:* los usuarios, según su problemática, son asignados a programas en grupo, para los cuales se han diseñado previamente ejercicios, material de entrenamiento y videos, tareas que los sujetos deben realizar fuera del centro y pruebas para la evaluación de su eficacia.

En estos entrenamientos se busca la homogeneidad de sus participantes en cuanto a los niveles de déficits y habilidades en el área que se trata y se entrena sobre los problemas concretos de cada usuario. Los programas son:

- **PRERREQUISITOS:** este programa está designado a aquellas personas cuyas habilidades básicas (atención, memoria, comprensión...) son tan deficientes que les impiden aprovechar un entrenamiento en el resto de los programas. Funciona con carácter motivacional para aquellas personas que llegan con poco interés hacia su rehabilitación o con problemas para enfrentarse a entrenamiento en grupos. Los grupos son generalmente de 2 o 3 personas y son llevados a cabo por Monitores supervisados por los Tutores.
- **EJERCICIOS MOTORICOS:** está destinado a mejorar las capacidades motoras y crear hábitos de ejercicio físico en los participantes. Se divide en dos niveles, según el grado de dificultad de los ejercicios y

las habilidades que requiera. Los grupos son de 7 a 10 sujetos.

---- AUTOMEDICACION: destinado a dotar a los usuarios del conocimiento necesario sobre la medicación que esta tomando, las razones por las que lo toman, sus efectos secundarios y los beneficios que les aportan. El objetivo es que el sujeto se responsabilice de la toma adecuada de su medicación.

---- HABILIDADES SOCIALES: su objetivo es dotar al usuario de las habilidades necesarias para aumentar y mejorar sus redes sociales. Se centra en tres aspectos:

- 1) La mejora de topografías problemáticas que dificultan las relaciones sociales del usuario.
- 2) El entrenamiento de situaciones sociales problemáticas específicas de cada usuario.
- 3) El entrenamiento en el manejo de situaciones sociales.

---- ANSIEDAD: destinados a preparar al sujeto para enfrentar las situaciones que le generen ansiedad, dotándole de los conocimientos y habilidades para discriminarlas y afrontarlas. Este programa incluye entrenamientos para mejorar la autoestima y para la organización del tiempo e incremento de actividades placenteras.

---- INTEGRACIÓN COMUNITARIA: su objetivo es hacer al sujeto más competente en el conocimiento y uso de los recursos comunitarios (medios de transporte, teléfono, gestiones administrativas...). Está dividido en seminarios, y la mayoría requiere la realización de entrenamientos en el medio rural.

---- AUTOCUIDADOS: engloba todos los temas relacionados con el cuidado personal y del entorno propio. Está dividido en tres módulos:

- 1) Aseo: cuidado de la higiene y vestido.
- 2) Hábitos saludables: mejora del sueño, alimentación y salud.
- 3) Vivienda: cuidado de la casa, cocina y prevención de accidentes.

El objetivo no es solo el aprendizaje de estas conductas sino también la implantación de hábitos adecuados, para los cuales se realizan diseños individuales complementarios a la participación en grupo.

---- ESCUELA DE FAMILIAS: la rehabilitación y reinserción de los crónicos depende en gran medida de la participación de su familia en ellas. Este programa tiene como objetivos:

- 1) Dar a conocer a los familiares los diversos aspectos de esta problemática (medicación, prevención de crisis, aspectos implicados en el desarrollo de la esquizofrenia y la cronicidad...).
- 2) Enseñar a los familiares como relacionarse con el usuario, como enfrentarse con las situaciones problemáticas, como apoyar al usuario en el proceso de rehabilitación...
- 3) Promover la participación activa de los familiares, tanto en el centro como en su comunidad.

El programa está dirigido por un Psicólogo, el número de asistentes es de 10 normalmente 2 participantes por cada usuario. La realización de las tareas que se asignan es un aspecto fundamental para el aprendizaje.

Al inicio de cada grupo, se dedican las primeras sesiones a establecer la línea base de cada usuario, la cual sirve de punto de referencia para, en las próximas evaluaciones, determinar los progresos obtenidos.

C) Intervencion en el area social: ademas de las intervenciones individuales y de los entrenamientos en grupo, el apoyo social es un requisito imprescindible para lograr la integracion del cronico en la comunidad. Por ello se colabora con los SERVICIOS SOCIALES en la gestion:

---- Recursos de ocio (gimnasios, clubs culturales, campamentos...).

---- Recursos laborales (talleres ocupacionales, empleos protegidos...).

---- Ayudas economicas y sanitarias (pensiones, ayuda a domicilio...).

Realizando un seguimiento de todas estas actividades, normalmente llevado a cabo por el Tutor.

D) Otras actividades del centro: estas actividades (fiestas, salidas a museos, piscinas, campeonatos deportivos...) pretender alcanzar una serie de objetivos:

---- Que los usuarios, deficitarios en la planificacion y ocupacion del ocio y tiempo libre, realicen alguna actividad recreativa.

---- Que las actividades programadas y puestas en marcha desde el centro sean el punto de partida para la recuperacion o adquisicion de las habilidades de planificacion y organizacion de actividades para un uso y disfrute del tiempo libre mas autonomo.

---- Fomentar las relaciones de amistad y apoyo mutuo entre los usuarios y los familiares, con el objetivo ultimo de crear grupos de autoayuda.

En todas las intervenciones que el centro realiza, se enfatiza el entrenamiento de aquellas habilidades que cada sujeto precisa para reincorporarse a un determinado medio, el centro pretende adecuarse a las necesidades de los usuarios y no al revés.

Es por ello, que es importante la evaluacion funcional tanto del sujeto como del medio concreto al que se reincorpora, asi como la realizacion de un diseño individualizado de intervencion en cada caso.

TEMA: 10

HERRUZO et al. : " ATENCION PRIMARIA EN PSICOPATOLOGIA DE LA DISCAPACIDAD E INVALIDEZ. UNA EXPERIENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL "

1º.- LA PSICOLOGIA Y LA PSICOPATOLOGIA DE LA DISCAPACIDAD E INVALIDEZ:

La OMS establece una diferencia entre los terminos "Deficiencia", "Discapacidad" y "Minusvalia" para referirse a los colectivos que precisan una intervencion rehabilitadora:

a) *Deficiencia*: se refiere a toda perdida o anormalidad de una estructura o funcion psicologica, anatomica o fisiologica.

b) *Discapacidad*: se refiere a toda ausencia o restriccion (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

c) *Minusvalia*: seria una situacion desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en funcion de su sexo, edad, factores sociales y culturales.

La *Psicología de la discapacidad* haría referencia a cambios en la personalidad o carácter de los sujetos con discapacidades físicas, es decir, cambios en sus formas globales de comportamiento sin que lleguen a ser patológicos (estaría relacionada con la psicología de la rehabilitación en un sentido amplio que abarque tanto su aspecto físico, clínico y social).

La *Psicopatología de la discapacidad* haría referencia a aquellos problemas psicológicos que son definidos como patológicos que surgen en los sujetos, súbita o paulatinamente, tras la aparición de una deficiencia, discapacidad o minusvalía (estaría relacionada con la psicopatología general).

Las diferentes minusvalías y discapacidades físicas pueden ser congénitas o perinatales o bien pueden adquirirse en algún momento a lo largo de la vida. Estas pueden producirse de manera súbita o bien de forma gradual, además pueden ser reversibles o irreversibles. Las características de la lesión van a repercutir en el grado de impacto psicológico que se va a producir en el sujeto, y en este la información o grado de conciencia de dichas características que el sujeto posea en tales circunstancias.

El efecto psicológico estará claramente ligado al repertorio conductual o psicológico normal que el sujeto tenía antes de la alteración.

La capacidad funcional (lo que significa para cada sujeto la lesión) hace posible la existencia de alternativas psicológicas claras o no que suplan la pérdida conductual ocasionada por la lesión o, al menos, de conductas prerequisites que faciliten la adquisición de otros nuevos repertorios.

KRUEGER señala que la inmunidad a los trastornos emocionales por una pérdida física será mayor cuanto más edad tenga el sujeto y mayor estabilidad y madurez del desarrollo.

El conocimiento, por parte del enfermo, de la reversibilidad o no de la pérdida suele ser uno de los factores más importantes que determinan la motivación personal para iniciar la rehabilitación.

Los que padecen estas pérdidas o lesiones se caracterizan por que en ellos se producen una serie de alteraciones:

a) Depresión: el proceso depresivo tendrá mucho que ver con el tipo de repertorio en el que el sujeto basa sus actividades y la pérdida. El grado de cambio desde un patrón conductual normal a uno depresivo depende de las habilidades y motivaciones previas de cada persona, producto de sus interacciones ontogénicas.

b) Las estrategias de resolución de problemas: la carencia de estas habilidades es uno de los déficits más comunes que los sujetos muestran al acudir a la consulta de rehabilitación y psicológica. Estas habilidades son necesarias a la hora de afrontar la nueva situación, planificar objetivos alcanzables a corto, medio y largo plazo, y especificar las actividades y pasos necesarios para alcanzarlos.

c) La conducta verbal: tiende a girar en torno a aspectos negativos de la situación, es decir, el contenido verbal es especialmente negativo, de baja autoestima. Este tipo de verbalización resulta potenciada por las personas de su alrededor mediante atención social, con verbalizaciones que denotan "sentimiento de lastima".

d) Ansiedad y miedos: pasado el traumatismo, durante el inicio del tiempo de espera para conocer la reversibilidad o no de la lesión, los niveles de ansiedad aumentan, pudiendo dar lugar a la aparición o incremento de conductas agresivas hacia el personal sanitario o hacia los familiares, así como miedos o fobias a reincorporarse a la vida social extrahospitalaria, dependencia funcional de los familiares por encima de las limitaciones reales impuestas por la lesión...

2º.- ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PSICOPATOLOGÍAS DE LA DISCAPACIDAD:

La OMS afirma que la Atencion Primaria de la salud consiste en: "*dar asistencia sanitaria esencial basada en metodos y tecnologias sencillas, cientificamente fundados y socialmente aceptables, a un coste que la comunidad y el pais puedan soportar*". En la actualidad la extension de esta reforma de la Salud Mental es desigual, y existe aun un vacio atencional en los servicios de salud de nivel primario, el cual lo cubre el medico de cabecera.

Como experiencia se desarrollo un servicio clinico de atencion psicologica ubicado en un departamento de Rehabilitacion de la Seguridad Social, su objetivo era atender a las demandas de casos que debian recibir tratamiento psicologico, en funcion de una valoracion inicial efectuada por los medicos del departamento. En este servicio: (a partir del punto **c**) son pasos y objetivos)

- a)** No existian unas formas de intervencion generalizadas.
- b)** La atencion a los pacientes se realizaba de manera individualizada, interviniendo directamente sobre el paciente, y en caso necesario tambien sobre los familiares, asi como dandoles instrucciones concretas al personal sanitario.
- c)** Con cada nuevo caso se comienza evaluando el problema y las condiciones contextuales hospitalarias y/o familiares.
- d)** Se analizan las conductas mas problematicas a traves de un analisis funcional de las mismas.
- e)** Se evalua el repertorio general de esa persona en sus condiciones actuales, y se pide informacion del repertorio psicologico o forma de funcionamiento adaptativo que tenia antes del traumatismo.
- f)** Se marcan los objetivos terapeuticos, definidos operacionalmente y ordenados por prioridad de intervencion.
- g)** Se valora la posibilidad de enseñar algun conjunto de habilidades nuevas y alternativas en las nuevas circunstancias, tambien enseñar estrategias para la eliminacion de todas aquellas conductas desadaptativas en ese momento.
- h)** Se planifica mas especificamente en los objetivos anteriores el tratamiento, en orden a incrementar comportamientos adaptativos, adquiriendo nuevos y eliminando los que no son funcionales.
- i)** Planificar el mantenimiento y la generalizacion de los objetivos anteriores, que en los casos de personas hospitalizadas incluye el objetivo de favorecer la reinsercion en el contexto familiar y social.

Como objetivo general se pretende no tanto dar un diagnostico formal, sino *intervenir de la manera mas natural y rapida posible, partiendo de las habilidades del sujeto y de su familia, y de sus condiciones biologicas y contextuales, ya que son ellos los que pasan la mayor parte del tiempo con el paciente y pueden modificar sus interacciones conductuales, dando lugar a cambios psicologicos.*

El tipo de trastorno conductual mostrado por los pacientes atendidos en este servicio ha sido variado:

a) Las alteraciones mas frecuentes son los *trastornos relacionados con el "estado de animo"*, formando el 33% del total de casos atendidos, dentro de los cuales se encuentran pacientes:

- Con verbalizaciones de pensamiento negativos.
- Con alta tasa de comportamiento emocional (llantos).

----- Con un nivel de actividad bajo.

----- Con un nivel de ansiedad generalizada alto...

b) Problemas de tipo psicossomático: esta formado por el 18%.

c) Comportamientos agresivos: tanto verbales como físicos, dirigidos al personal hospitalario o a los familiares, forman el 11%.

d) Problemas de adherencia al tratamiento: son sujetos que no siguen las prescripciones médicas y forman el 11%.

e) Problemas escolares: problemas a nivel académico surgidos con posterioridad a la discapacidad, forman el 9%.

f) Problemas de autonomía funcional: sería control de esfínteres, aseo personal, habilidades sociales... forman el 7%.

g) Retraso en el desarrollo: forman el 9%.

h) Otros problemas: problemas generalizados a nivel verbal y perceptual (7%), amnesias (4%), demencia senil (4%), trastornos específicos de la ansiedad (4%).

Entre los datos obtenidos tras un año de experiencia se puede destacar, que ha resultado:

1) Eficaz: en los casos de

----- Depresión no crónica

----- Problemas psicossomáticos.

----- Comportamiento agresivos.

----- Trastornos de la autonomía.

----- Trastornos de la ansiedad que no precisaran un entrenamiento específico fuera del contexto de la consulta.

----- Problemas de adherencia al tratamiento.

2) Ineficaz: en los casos de

----- Trastornos ya crónicos.

----- En sujetos que mostraban un cuadro de demencia senil.

----- Conducta verbal alterada.

3) Limitada: en el tratamiento de problemas que requieren el entrenamiento explícito de nuevas habilidades, que no pueden llevar a efecto ni los familiares ni el paciente por sí mismos, sino que necesitaría personal especializado que pudiera dar esa atención más continuada.

En definitiva se mejoraría la efectividad de estos servicios:

- 1) Centrandose en la intervencion sobre los casos de reciente aparicion, en vez de a los problemas ya cronificados, puesto que estos necesitan una atencion mas especializada y continuada.
- 2) Aumentando la duracion y frecuencia de la consulta.
- 3) Estableciendo una relacion oficialmente mas institucional, lo que supondria mayor numero de horas de dedicacion, con personal ayudante especializado que llevase a cabo la supervision de las actividades diarias que el paciente ha de realizar en el hospital en sus ratos de ocio.

TEMA: 10

AMC, 1987, vol. 13, nº 35

1º.- INTRODUCCION:

Uno de los objetivos actuales para los profesionales que trabajan con Deficientes psicicos medios y severos en ambientes educativos y profesionales, consiste en desarrollar metodos de entrenamiento que reduzcan el costo economico y social de la inclusion de deficientes severos en ambientes vocacionales protegidos.

La adquisicion de habilidades vocacionales por deficientes severos resultara economicamente practica en la medida en que esas habilidades se adquieran y practiquen con un minimo grado de supervision.

En esta investigacion empleamos como entrenadores a personal auxiliar no especializado, el cual se encargaria despues de mantener las adquisiciones del sujeto con una minima supervision.

Para implantar y mantener las conductas se usaron: Modelado, Reforzamiento y Ayudas Visuales.

2º.- METODO:

2.1.- Sujeto experimental:

El sujeto pertenece al servicio de limpieza y cocina de un centro de deficientes mentales, con 24 años de edad y un nivel de deficiencia mental severa.

Su trabajo consistia en limpieza de vajilla y servicios del centro, por lo que recibia remuneracion economica.

2.2.- Diseño experimental:

Se uso un diseño de *Linea Base Multiple a traves de Conductas*. La experimentacion consistio en tres condiciones distintas:

---- Linea Base.

---- Entrenamiento.

---- Mantenimiento.

Los datos fueron recogidos por dos observadores sobre cada objeto o parte de el previamente especificado. En cada sesion se obtuvo el porcentaje total de conducta correcta e incorrecta sobre la totalidad de ensayos realizados por el sujeto.

A) Experimento 1: limpieza de vasos:

a.1. – Procedimiento: en intervenciones anteriores se habia tratado de enseñar a la sujeto la conducta global de limpieza de vasos, acentuando las instrucciones verbales como tecnica de entrenamiento, siendo los resultados negativos. Por ello, se planteo eliminar las instrucciones y usar el Modelado, y las instigaciones fisicas y gestuales. Posteriormente, una vez adquirida la conducta correcta, se uso la ayuda verbal que gradualmente se desvanecio hasta que el sujeto mostro independencia funcional en la realizacion de la conducta.

Durante la sesion de modelado se daba al sujeto refuerzos positivos verbales cada vez que la conducta era realizada correctamente, y al termino de la sesion se le daba refuerzo material, estando la cantidad correspondida al numero total de respuestas correctas.

Una vez conseguidas las conductas, se vario el refuerzo continuo por el intermitente y se colocaron Ayudas Visuales que consistian en 4 fotos que presentaban de forma secuencial las conductas entrenadas.

B) Experimento 2 : Limpieza del servicio

b.1. – Procedimiento: las conductas de extender el detergente, aclarar y secar se entrenaron individualmente, pero secuenciadas. Las tecnicas usadas fueron Modelado, Imitacion e Instigacion fisica y verbal. El reforzamiento fue verbal e inmediato a lo largo de la sesion y material al termino de la misma.

Una vez adquiridas las conductas, se procedio al mantenimiento en un primer momento se establecieron tres controles para la observacion y dispensacion del refuerzo, tras una semana se paso a dos controles y despues se integro la conducta en las contingencias ambientales habituales (ESTA FASE SE REALIZA TAMBIEN EN EL EXPERIMENTO 1).

2.3. – Resultados: (SI INTERESA MIRAR pag. 163 y 164)

A) Experimento 1:

B) Experimento 2:

2.4. – Conclusiones:

La adquisicion de las habilidades vocacionales precisadas por el sujeto para mantener su puesto de trabajo fue rapida, su eficacia alcanzo el 100% y el seguimiento tras un año mostro el mantenimiento total de las conductas.

La elevada estructuracion del programa vocacional (definicion de conductas, descomposicion en partes, diseño experimental, secuencia de entrenamiento...) junto a la utilizacion de tecnicas de modificacion de conducta fueron los factores determinantes del exito.

A menor nivel intelectual corresponde menor nivel de comprension verbal, por ello cuanto mas grave es la deficiencia mayor debe ser el enfasis en metodos de entrenamiento no verbales.El Modelado y las Ayudas Visuales facilitaron el aprendizaje y mantenimiento de las conductas.

TEMA : 13

RICHART, M. y CABRERO, J. : "LA PSICOLOGIA EN LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIA".

cap. 5 : Programa antialcoholico

1º.- EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOL Y OTROS DATOS DE INTERES:

Una de cada 10 familias españolas estaría de una u otra forma relacionada con problemas causados por algún miembro consumidor de alcohol, es decir, que entre 4 y 5 millones de personas se verían afectados de forma indirecta por el problema.

1.1.- Lesiones y enfermedades causadas por el alcohol:

La ingesta de alcohol puede producir:

----- Encefalopatías.

----- Lesiones en el SNC.

----- Lesiones en el aparato digestivo, en el páncreas, sistema cardiovascular, circulatorio, endocrino, genito-urinario, muscular y oftalmológico.

----- Tiene relación con el cáncer y con una mayor predisponibilidad a padecer enfermedades infecciosas.

La morbilidad española por efectos del alcohol es de un 7.3%, encontrando las siguientes cifras (FREIXA et al.):

a) Cirrosis hepática: 3750, produciéndose la mitad por la ingesta de alcohol.

b) Accidentes de tráfico: 1600, siendo un 35% debido al alcohol.

c) Suicidios: 360, siendo más frecuentes en alcohólicos.

d) Accidentes laborales: 300, siendo un 15% debidos al alcohol.

e) Homicidios: 2200.

El 40% de los sujetos que requieren asistencia psiquiátrica son alcohólicos, y en el caso del cáncer algunos autores le atribuyen el 3%.

El consumo de alcohol se relaciona sobre todo con la Cirrosis de hígado, Cáncer, Suicidio y Homicidio.

2º.- ASPECTOS A CONSIDERAR AL REALIZAR UN PROGRAMA PREVENTIVO:

El consumo crónico o abuso incontrolado del alcohol es, ante todo, un problema conductual. Es una conducta aprendida que se mantiene por numerosas señales antecedentes y por consecuencias reforzantes de carácter psicológico, social o fisiológico, que incrementan la probabilidad de aparición de la conducta de ingesta en determinadas situaciones.

El alcohólico lo es por su historia de aprendizaje, en la que la conducta de beber se ha incrementado en frecuencia, intensidad y duración por los *beneficios que proporciona a corto plazo o inmediatamente después de su ingesta*, aunque a lo largo de los años sus efectos pueden ser perniciosos.

3º.- LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN:

La idea base de los programas preventivos desde la Psicología es: Si el sujeto "aprende" a ser alcohólico, ¿por qué no "desaprender", o aprender comportamientos incompatibles con su ingesta o pautas de bebida

aceptadas socialmente?.

El medico se encarga de disminuir o neutralizar la dependencia fisiologica y evitar o reparar los efectos organicos perniciosos del alcohol, el Psicologo debe de sustituir las conductas adictivas por nuevas conductas no adictivas, logrando que estas se puedan mantener en el medio que proporciona la sociedad normal.

Se trata de que la persona normal, se ayude a si misma a no llegar a ser alcoholica, y el que lo es, que se autoayude a dejar de serlo, mediante el aprendizaje de tecnicas de autocontrol y autodireccion.

Las medidas preventivas y asistenciales pueden reorientarse hacia pautas de abstinencia total o de bebida moderada.

En general, los programas deberian intentar alcanzar tres objetivos:

- 1) Disminuir las propiedades inmediatamente reforzantes del alcohol.
- 2) Desarrollar conductas incompatibles con su abuso.
- 3) Modificar el entorno del paciente de modo que reciba el maximo refuerzo por actividades distintas a la del consumo y abuso del alcohol.

Los grupos de autoayuda (con el uso de paraprofesionales), pueden encajar dentro de un marco conceptual que tiendan a conseguir estos objetivos, ya que con frecuencia se cambian los ambientes totales y se ofrece a la persona un modelo de afrontamiento al problema .

Un abordaje preventivo deseable lo constituye el "Metodo conductual de prevencion de la drogodependencia" (MACIAS), su objetivo fundamental es el de *dotar a los niños en los ultimos cursos de EGB y en BUP de habilidades comportamentales utiles para enfrentarse satisfactoriamente a todas aquellas circunstancias, problemas y presiones de gran importancia para el inicio del consumo y propiciar cambios en el contexto sobre los aspectos que puedan favorecer el inicio de su consumo.*

Es un modelo educativo cuyo fin no solo es informar, sino que persigue hacer personas competentes capaces de enfrentarse a las circunstancias facilitadoras del consumo.

Algunos autores han descubierto que dar informacion sobre aspectos negativos de la droga es contrapreventivo, ya que atraen la atencion sobre el fenomeno.

Desde una perspectiva interaccionista, que atiende tanto al individuo como al ambiente con el que interactua, su programa contempla dos aspectos:

- 1) Proporciona informacion sobre la droga y sus efectos, y sobre la informacion que se posee de las causas de iniciacion y circunstancias de consumo, con las que se consigue cambiar actitudes, valores y creencias.
- 2) Aporta soluciones alternativas de tipo conductual a traves de tecnicas de Modelado y Ensayo de conducta.

Dentro de la Prevencion Terciaria, se han desarrollado programas comunitarios para el tratamiento y reinsercion del alcoholico, un ejemplo seria el de AZRIN

El procedimiento consiste en ofrecer a todos los participantes consejeria laboral, consejeria marital y programas de actividades recreativas y de socializacion. Cada miembro tenia a su disposicion un consejero (paraprofesional) que era un exalcoholico con el que se discutian las soluciones a problemas que fueran relevantes a estar sobrio. Los resultados que se obtuvieron:

- 1) El tiempo dedicado a beber era 6 veces mayor para un grupo no tratado (grupo control) que para el tratado por este procedimiento (grupo experimental).
- 2) El tiempo dedicado a no hacer nada, era 12 veces mayor en el grupo control.
- 3) El tiempo lejos del hogar era 2 veces mas para el grupo control.
- 4) El tiempo pasado en una institucion era 15 veces mayor para el grupo control.

Otro programa es el de JONG et al. el cual se divide en cinco fases:

- 1) *Fase de contrato:* (2 semanas) se les informa sobre el programa y sus condiciones.
- 2) *Fase de control:* (2 semanas) se aprende un programa de autocontrol, se da entrenamiento para la busqueda de trabajo, y se forma a los paraprofesionales (ayudantes de terapia).
- 3) *Programa de deshabituacion:* se realiza en el hospital.
- 4) *Programa de terapia de conducta:* (4 meses) se efectua un entrenamiento en:
 - Comunicacion.
 - Rechazo de ofertas de droga.
 - Recuperacion de la capacidad de demandas justas.
 - Reacciones ante situaciones de stress.
- 5) *Programa de postratamiento:* se suprime el tratamiento, pero no el paraprofesional.

TEMA : 13

RICHART, M y CABRERO, J. : "LA PSICOLOGIA EN LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIA"

cap.6: Programa antitabaco.

1º.- SITUACION ACTUAL DE CONSUMO:

En la actualidad, el tabaquismo como dependencia, afecta a un 42.2% de la poblacion española, de ellos el 16% fuma menos de 10 cigarros por dia, el 62.7% fuma 10 a 20 y el 18.4% fuma mas de 20 cigarros al dia.

Pese a los problemas de salud que ocasiona el 39.7% de los españoles siguen pensando que el tabaco no es una droga.

2º.- PROBLEMAS DE SALUD QUE OCASIONA SU CONSUMO:

Esta demostrado que el habito de fumar es un importante factor causal de:

- Cardiopatia isquemica.
- Bronquitis cronica y enfisema.

----- Cánceres de pulmón, faringe, laringe, de cavidad bucal, de esófago, del páncreas y de la vejiga urinaria...

----- Produce durante el embarazo un retraso del crecimiento fetal e incrementa el riesgo de complicaciones y de muerte prenatal.

Aparte de la relación existente entre esta costumbre insana y todas las enfermedades enumeradas, el fumar acentúa las modificaciones de la función pulmonar naturales e imputables a la edad en el sentido de una disminución de la capacidad respiratoria.

El tabaco está compuesto por:

a) Nicotina: alcaloide responsable de su dependencia física

b) Irritantes: responsables de la destrucción de la capa de cilios vibrátiles que tapizan la tráquea y los bronquios (los cuales se encargan de expulsar las partículas extrañas que puedan entrar en nuestro sistema respiratorio).

c) Sustancias cancerígenas: pertenecen al grupo de los alquitranes.

d) Monóxido de carbono: se fija sobre la hemoglobina (encargada de transportar el oxígeno a nuestro cuerpo) y disminuye su función.

3º.- ALGUNOS INDICES COMPARATIVOS DE RIESGO ENTRE FUMADORES Y NO FUMADORES:

Los fumadores tienen un promedio entre un 50% y un 70% más de posibilidades de morir.

El consumo de:

----- 2 o más paquetes diarios, disminuye más de 8 años la expectativa de vida.

----- 1 paquete diario la disminuye más de 6 años.

El riesgo de que un niño contraiga una neumonía o bronquitis durante el 1º año de vida es más del doble si los padres fuman. El humo del ambiente durante una hora u hora y media equivale a fumar un cigarrillo.

4º.- LA PARADOJA DEL TABACO:

La OMS está recomendando desde hace años a los gobiernos que pongan en marcha planes de lucha antitabacica para controlarlo. Pero los gobiernos se encuentran en un dilema:

----- Deben de sufragar el grave costo social y sanitario que ocasiona el consumo de tabaco.

----- No pueden iniciar políticas restrictivas duras, porque aparte del poco efecto que tendrían, se dejarían de percibir importantes cifras de los impuestos.

Desde un punto de vista económico, una drástica política antitabaco podría llevar al país a la quiebra y originar muchos conflictos en un plazo de 20 años.

Debido a esta dificultad, a los gobiernos no les queda otro remedio que optar por soluciones intermedias: *Aumentar el precio del producto e intentar que los fumadores consuman productos bajos en nicotina y*

alquitrán, que aunque no suprime todos los riesgos los disminuye.

5º.- CARACTERISTICAS DEL HABITO. ASPECTOS RELACIONADOS CON SU INICIO Y MANTENIMIENTO:

No existe una técnica definitiva para abandonar el cigarrillo y los resultados obtenidos con distintos procedimientos son contradictorios y poco eficaces. Después de un tratamiento, se da una reincidencia del 60% a los 3 meses de seguimiento y del 70% y 80% al cabo de un año permaneciendo como abstinentes tan solo entre un 20% y un 30%.

La resistencia del hábito a las técnicas se debe:

- A la gran diversidad de estímulos antecedentes de la conducta de fumar
- A la gran variedad de reforzadores que lo mantienen.
- La nicotina, que tiene doble acción: excitante y como remedio a la tensión y ansiedad.
- Un reforzamiento negativo de la conducta en el sentido de que el fumador consumiría para evitar los efectos adversos de la abstinencia.
- El tabaco facilita la introducción en el grupo.
- Los efectos nocivos del modelado negativo de los profesionales de la sanidad y de los profesores (ya que ellos fuman).

6º.- OBJETIVOS DE LA LUCHA ANTITABACO:

Las metas fundamentales a alcanzar en la llamada "lucha", dados los efectos y la resistencia del hábito serían:

- 1)** Reducir al máximo posible el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar al máximo el momento de su iniciación.
- 2)** Reducir el número de fumadores, apoyando los esfuerzos de estos para dejar de fumar.
- 3)** Procurar que los fumadores que no puedan abandonar el hábito, disminuyan la inhalación de sustancias nocivas del humo.
- 4)** Proteger a los no fumadores de los efectos nocivos y molestos del tabaco.
- 5)** Crear un medio ambiental social negativo para el hábito, convirtiéndolo en socialmente inaceptable.

Para la consecución del primer objetivo, la educación sanitaria es el método más eficaz. Las acciones deben desarrollarse fundamentalmente en los centros educativos y en los distintos niveles, siendo de 2 tipos:

- a)** Se realizarán programas informativos que tengan por objeto crear un clima adecuado que consiga despertar la atención hacia el problema y favorezca su comprensión.
- b)** Se realizarán programas educativos que permitan enfrentarse a las situaciones favorecedoras del inicio al consumo y que interfieren con su abandono.

Los efectos negativos del tabaco no aparecen inmediatamente, su dilación puede ser de 30 o 40 años, por ello

no se usa como motivación, para abandonarlo o no iniciarse, los peligros del tabaco, sino los efectos beneficiosos de abstenerse.

A los fumadores se les deberían de dar instrucciones sobre "como" hacerlo, es decir, *que acciones deben realizar para enfrentarse adecuadamente y positivamente a su hábito.*

7º.- TERAPEUTICA ANTITABACO. FACTORES A TENER EN CUENTA:

Algunos autores consideran que es muy importante concienciar al fumador, de que los cambios van a depender de su propio esfuerzo.

Distintos tratamientos han mostrado una eficacia diferencial si atendian:

- A los patrones topograficos de la conducta de fumar individual
- A la intensidad del hábito.
- A la motivación del sujeto.
- Al locus de control aplicando procedimientos que diferenciaban sujetos externos e internos.
- La distribución entre patrones de conducta tipo A y B.
- La importancia de los patrones individuales de excitabilidad cortical
- A factores como el nerviosismo, relajación, dependencia temporal, conducta social, conducta de fumar ajena, acumulación de tabaco y lealtad a una marca comercial.

Los tratamientos que se proponen en este artículo son del tipo "Metodo conductual para la prevención de las drogodependencias" de MACIA.

MARLATT y GORDON han postulado que en las recaídas de todas las adicciones es crucial la acción de factores cognitivos que aparecerían en las tres situaciones que favorecen las recaídas: *Los problemas intrapersonales, la presión social y los conflictos interpersonales.* Dichas cogniciones adoptan la forma de autoreferencias cognitivas negativas que dan como consecuencia una baja autoeficacia. Por lo tanto hay que entrenar a las personas en autoeficacia para que resistan las situaciones de alto riesgo.