

Tema 9. Trastornos psicofisiológicos



- 9.1 Biofeedback.
- 9.2 Síndrome del intestino irritable (SII).
- 9.3 Emociones, estilo de afrontamiento y sistema inmune.
- 9.4 El estrés psicosocial

Transtornos psicofisiológicos: evaluación y tratamiento

1. Alteraciones con manifestación física en cuya génesis y desarrollo han jugado un papel fundamental no sólo los factores somáticos sino los psicosociales.
2. El psicoanálisis habla de patología psicosomática. Fueron los primeros que “descubrieron” el papel de lo emocional en la salud física, incorporando los conceptos de inconsciente, emociones reprimidas, etc.
3. Principales trastornos psicofisiológicos:
 - Cutáneos (hiperhidrosis, urticaria, alopecia, neurodermatitis,...).
 - Urinarios (polaquiuria, enuresis secundaria,...).
 - Endocrinos (hiper e hipotiroidismo, síntomas psíquicos,...).
 - Osteo-musculares (tortícolis, mialgias,... ; por tensiones psíquicas. Nuestro cuerpo es la expresión de nuestras emociones como la cara es el espejo del alma). Fibromialgia -> Fotocopias.
 - Gastrointestinales (gastralgias, diarreas, úlcera péptica por ansiedad e ira no expresadas. Ej.: úlcera del ejecutivo que tenía que evitar el shock. Experimento de los monos ejecutivos y S.I.I. -> Fotocopias).
 - Cardiovasculares (HTA-represión de la ira y baja asertividad. Estrés y ansiedad –experimento de Torrelavega–. Jaquecas –vasoconstricción y estrés–).
 - Respiratorias (Asma –alteraciones del patrón respiratorio–, “falta de aire”. Asma no alérgica).
 - Enfermedades por bajadas o fallos en el sistema inmune (-> fotocopias).
 - Trastornos psicosexuales (dispareunia, trastorno eréctil).
4. Estereotipia individual y trastornos psicosomáticos: Teoría de Sterbach: Estamos predispuestos a desarrollar patrones específicos de respuesta ante situaciones de estrés (familias con trastornos cardiovasculares, respiratorios, etc.).
Para llegar a hacer un trastorno psicosomático hacen falta tres condiciones:
 - a) Factores hereditarios -> vulnerabilidad orgánica.
 - b) Exposición prolongada al estrés.
 - c) Inadecuados mecanismos para modular la actividad emocional.
5. Evaluación de los trastornos psicofisiológicos:
 - a) Entrevista -> Fotocopia teoría.
 - b) Autorregistros -> Fotocopias y práctica.
 - c) Cuestionarios, inventarios y escalas -> Fotocopia teoría.
 - d) Observación -> Fotocopia ejemplo.
6. Tratamiento conductual de los trastornos psicofisiológicos:
 - Los principales son la *Relajación*, el *Biofeedback* (fotocopias), el *Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad* y la *Psicoterapia* específica para cada caso (ejemplo de cefaleas por abusos de la infancia).
 - Los tres grandes problemas de salud pública son el *Tabaquismo*, la *Obesidad* y la *HTA* (entregar protocolos del tratamiento grupal en Atención Primaria).

Medicina conductual en atención primaria: algunos ejemplos de intervención

1. Hipertensión arterial

El programa conductual a seguir constaría de los pasos siguientes:

1. Sesión informativa sobre los componentes psicosociales de la Hipertensión. Explicación y discusión sobre el programa a seguir.
2. Entrenamiento en relajación (4 ó 5 sesiones).
3. Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento al estrés: *Técnica de la Inoculación de Estrés* (*), de Meichenbaum (8 sesiones aproximadamente). Esta técnica consiste, a grandes rasgos, en lo siguiente: una vez que el sujeto está entrenado en relajación, realiza un listado de las situaciones estresantes, jerárquicamente ordenado desde lo que menos ansiedad le provoca, a lo más estresante para él. A continuación, estando el sujeto profundamente relajado, se le va exponiendo en imágenes a las situaciones estresantes, siguiendo el orden establecido en la jerarquía. Por último, se trabajan los aspectos cognitivos, es decir, los pensamientos que al sujeto se le pasan por la cabeza ante las situaciones de estrés en las cuatro fases: *Fase Anticipatoria*, *Fase de Afrontamiento*, *Fase de Máxima Tensión* y *Fase Posterior*.
4. Evaluación (cuestionarios).

(*) *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, de M. Mckay, M. Davis y P. Fanning. Ed. Martínez Roca.

2. Tabaquismo

El programa conductual a seguir consistiría en:

1. Sesión de discusión sobre el hábito de fumar. Se analizan las motivaciones para dejar de fumar: salud, dependencia, molestias a los no fumadores, estética, economía, ser un mal modelo para los hijos, etc. Se habla de si hay o no firme decisión de dejar de fumar.
2. Entrenamiento con el chicle de nicotina.
3. Comienzo de las sesiones de grupo:
 - Primer mes intensivo. La primera semana 3 sesiones, las demás, una sesión.
 - Seguimiento de 12 meses: una sesión el segundo mes, otra el tercero, otra el sexto, otra el noveno y otra el doceavo.

El consumo de chicle va disminuyendo. Los primeros meses se consume más, y al final del año, nada.

En los grupos, las tres primeras sesiones el terapeuta es muy directivo, luego ya no. En el grupo se realiza un entrenamiento en relajación, se dan estrategias de enfrentamiento al entorno sin el cigarrillo en la mano, se da refuerzo diferencial, y se trabajan aspectos cognitivos: se pasa mal por dejar de fumar, pero es soportable, muchas personas lo consiguen y no se han muerto por ello, fumar no es imprescindible. También se trabaja a nivel de *Solución de Problemas*, analizando y registrando los momentos y circunstancias en que se da más la conducta de fumar, para controlar esos factores que la provocan (por ejemplo, si el tabaco va asociado al café). Sobre una posible subida de peso o disminución del rendimiento, se le informa que es pasajero.

3. Obesidad

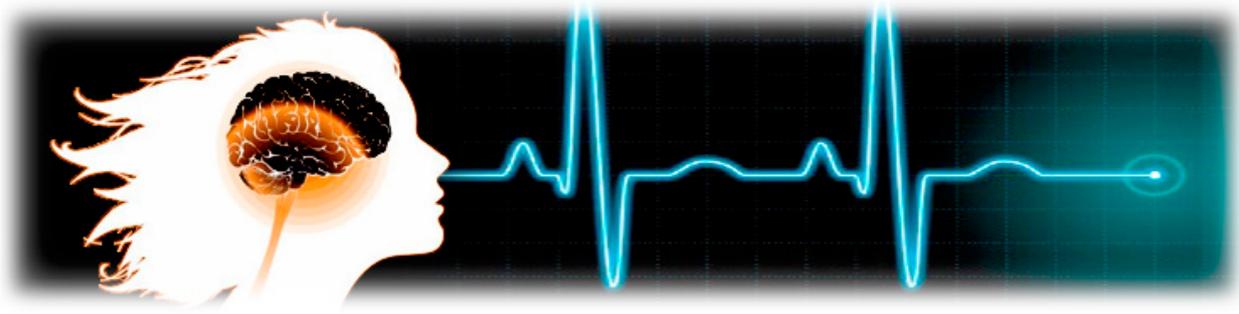
El programa conductual incluye:

1. Evaluación: ver cómo se ha desarrollado el problema. Peso. Hábitos de ingesta. Aspectos familiares y laborales. Estímulos antecedentes y consecuentes. Ejercicio físico. Datos médicos. Cogniciones del sujeto sobre la obesidad y su tratamiento.
2. Autorregistros.
3. Explicar sobre el Autorregistro las causas de la obesidad. Explicar el plan: no se trata de perder drásticamente peso, sino que es un plan tendente a adelgazar, y hay que ponerse metas bajas.
4. Pautas de control de estímulos:
 - a) Separar la actividad de comer de todas las demás, y no hacer otras cosas a la vez.
 - b) No tener disponibles comidas altas en calorías.
 - c) Comprar con el estómago lleno.
 - d) El segundo plato distanciada, y en plato pequeño y poco profundo.
 - e) Comer despacio, contando. No comer por comer, dejar pequeñas porciones. Si sobra, tirarlo. Se refuerzan estos puntos, y no la pérdida de peso directamente.
5. Entrenamiento en técnicas de relajación y de afrontamiento del estrés.
6. Seguimiento y mantenimiento. Autoinstrucciones para consolidar lo aprendido.

- GRUPO: CONTROL DE OBESIDAD -

1. Información sobre alimentación.
2. Elaboración individualizada de plan dietético según sexo, edad, estatura y tipo de trabajo.
3. Autorregistro durante 15 días (línea base) con feedback al paciente sobre sus fallos (composición, contenido calórico, hábitos –viendo la televisión, por ejemplo– rebozados, fritos, comidas preparadas, etc.).
4. Sesiones de grupo sobre:
 - Estimación de cantidades (llevar recipientes de casa).
 - Control de horas y lugar de comer.
 - Estrategias para no pasarse en cantidad y calidad.
 - Control de compra y almacenamiento.
 - Control del proceso de comer y beber.
 - Control de situaciones especiales.

Se introduce el tema al principio de la sesión y los sujetos exponen sus problemas y sus trucos para solucionarlos, dándose las normas por el terapeuta sólo al final de la sesión. La sesión acaba cuando cada sujeto elige sus propias estrategias de autocontrol y se compromete a cumplirlas. Las reglas son acumulativas y no pasan de 10 por sujeto, y se refuerza su cumplimiento, no la pérdida de peso. Cada persona tiene su problema (picotear entre horas, comer en restaurantes, hábitos familiares,...).



9.1 Biofeedback

Proceso a través del cual una persona aprende a controlar respuestas fisiológicas, normalmente no sometidas a control voluntario, o respuestas voluntarias cuya regulación ha sido interrumpida o alterada. Un organismo puede controlar voluntariamente sus respuestas fisiológicas si:

- Se le facilita información en forma de feedback de las respuestas fisiológicas internas.
- Se les motiva a través de refuerzos o incentivos a cambiar o controlar su feedback.

El biofeedback es un principio fundamental en el campo general de la *Terapia de la Conducta* y especialmente en el modelo de la *Medicina Conductual*.

El proceso de biofeedback sigue las siguientes fases:

1. Detección de la señal o actividad del organismo

- a) Respuestas del sistema somático:
 - Respuesta electromiográfica.
 - Movimientos oculares.
 - Respiración.
- b) Respuestas del sistema nervioso autónomo:
 - Tasa cardíaca (lo más estudiado en biofeedback).
 - Presión y flujo sanguíneos.
 - Temperatura corporal.
 - Excitación sexual.
 - Respuestas electrodérmicas (resistencia, conductancia y potencial de la piel).
 - Respuesta pupilográfica.
 - Respuestas gastrointestinales.
 - Salivación.
- c) Respuestas del sistema nervioso central.
 - Respuestas electroencefalográficas.
 - Respuestas evocadas.
- d) Respuestas del sistema endocrino y bioquímico.

2. Amplificación de la señal.

3. Procesamiento de la señal.

4. Conversión a señales auditivas o visuales.

5. Información (feedback) al sujeto, lo que le va a posibilitar controlar o modificar la función.

Una situación típica de sesión de biofeedback sería:

El sujeto sentado confortablemente, conectado al aparato electrónico que transforma la información bioeléctrica en señal que el sujeto percibirá y le informará. Si, por ejemplo, tratamos de aumentar sus latidos cardiacos por minuto, cada vez que pase del criterio establecido se encenderá una luz que le informará de que va bien. Éste sería un feedback binario (éxito o fracaso según la luz se haya encendido o no), presentado en modalidad visual. A veces junto a la luz aparece una recompensa.

Por lo tanto, las técnicas de biofeedback se refieren al conjunto de procedimientos destinados a proporcionar al organismo información inmediata y precisa sobre una o varias de sus funciones. Se da el hecho empírico incuestionable de que, a través de la información que el biofeedback aporta, los sujetos pueden controlar y modificar estas funciones.

Es un proceso homeostático, como todos los que ocurren de forma similar en el organismo, que se regula a sí mismo manteniendo sus funciones dentro de un equilibrio fisiológico constante.

Algunas aplicaciones clínicas del biofeedback:

- La ansiedad.
- En rehabilitación muscular con poliomielíticos (dando primero feedback sobre el músculo sano y segundo, se transfiere al músculo inactivo), o con la tortícolis, enseñando primero a relajar los músculos espásticos y después a aumentar la tensión de los músculos contralaterales (y dando feedback).
- Cefaleas de tensión (con feedback electromiográfico).
- HTA, dando feedback sobre la presión sistólica y diastólica (se logra bajar del 20% sobre el nivel inicial, aunque no un nivel normal).
- Raynaud, dando feedback sobre la temperatura de las manos.
- Etc.

Entre otras técnicas de autocontrol (relajación, respiración, meditación, imaginación, autohipnosis y tratamiento autógeno entre otras), el biofeedback está especialmente indicado en: Ansiedad generalizada, tensión muscular, presión arterial alta, dolores de cabeza, cuello y espalda y espasmos musculares, tics o temblores.



9.2 Síndrome del intestino irritable (SII)

Trastorno funcional digestivo. Clínicamente consiste en una serie de síntomas gastrointestinales crónicos recurrentes que aparecen sin causas estructurales, metabólicas o infecciosas que lo justifiquen.

Los síntomas y el curso de la enfermedad son variables, según las características psicofisiológicas del paciente. En algunos casos es grave e impide realizar una actividad laboral normalizada.

Síntomas físicos: dolor abdominal y periodos de intensa diarrea seguidos de estreñimiento pertinaz. Suele prevalecer uno de ellos y a veces se alternan con periodos de remisión total.

Otros síntomas: saciedad, mal aliento y sabor de boca, pirosis, vómitos, disfagia, eructos. No digestivos: cefaleas, astenia, mialgia, insomnio, mareos, micción frecuente, fatiga.

Los factores psicosociales inciden de forma clara (trastornos emocionales y estrés). Si el problema no se aborda de forma multidisciplinaria la calidad de vida del paciente se verá seriamente dañada.

El trastorno es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Etiología física:

1. *Motilidad paradójica* (actividad contráctil fásica del sigmoides, disminuida en los pacientes con diarrea y aumentada en los estreñidos).
2. *Hiperalgnesia colónica* (hipersensibilidad intestinal por interocepción anormal).



9.3 Emociones, estilo de afrontamiento y sistema inmune

Los individuos se diferencian en la expresividad emocional. Habría dos tipos de sujetos: los emocionalmente expresivos y los emocionalmente inexpresivos. Estos últimos no sólo pueden tener más riesgo de trastornos psicofisiológicos por una mayor activación que no es liberada –modelo hidráulico–, sino también desarreglos de su sistema inmune. Estos sujetos represores se caracterizan por mecanismos de negación, racionalización y evitación de las emociones, mientras que los “sensibilizares” usan mecanismos de aproximación, rumiaciones e intelectualización.

Los represores tienen aumentada la actividad del S.N. Simpático en respuesta al estrés, y presentan niveles de cortisol (glucocorticoide primario en humanos) basal más altos, lo que es inmunodepresor, e interfiere con la producción de glucosa, colesterol y presión sanguínea:

Represión -> desorden en la actividad simpática -> aumento catecolaminas y cortisol -> movilización de ácidos grasos libres, disminución de la evacuación de triglicéridos y aumento de la síntesis de colesterol.

Este estilo represivo afecta tanto al sistema inmune, que se relaciona con el riesgo de padecer cáncer o a un peor pronóstico.

La inhabilidad para expresar emociones (sobre todo ansiedad e ira) y la antiemocionalidad y la racionalización son factores que se han observado en el cáncer, concretamente una tendencia a ello en mujeres con cáncer de mama, aunque no hay un perfil psicológico concreto.

9.4. El estrés psicosocial



Aspectos psicosociales en el proceso salud-enfermedad. El estrés como modelo de interacción

Tanto la salud como la pérdida de la misma se dan en un contexto psicosocial. Aunque la enfermedad se presente con síntomas puramente físicos puede estar motivada por un problema mental y condicionada por la relación con el medio y por las relaciones interpersonales, culturales y sociales. A su vez, el sujeto se relaciona de forma diferente con el medio si está sano que si está enfermo. Las relaciones entre los factores físicos, sociales y psicológicos son complejas, intrincadas y sutiles. Los agentes físicos influyen evidentemente en el enfermar, pero no de forma determinante, ya que influyen, además:

- Factores psicosociales que van a determinar el que unos individuos sean más susceptibles que otros a la acción de dicho agente causal.
- Los efectos del estilo de vida que están determinando globalmente la vulnerabilidad de los sujetos.
- La influencia del estrés, fenómeno que reviste una extraordinaria importancia en el proceso de la salud a la enfermedad. Es en el estrés donde más claramente se entroncan los tres aspectos del modelo bio-psico-social, y es además uno de los problemas más relevantes en nuestra civilización y en nuestra época.

El estrés

Definición

El estrés viene definido por los diccionarios de Psicología como: *“esfuerzo, tensión, acentuación. Se emplea en fisiología y psicología con el sentido general de sobrecarga impuesta al individuo, creando un estado de tensión exagerada”*.

Lázarus y Folkman hacen hincapié en su definición en el factor inadaptación: *“el estrés es una relación concreta entre la persona y el ambiente, que es estimada por la persona como impositiva, o que supera sus recursos, poniendo en peligro su bienestar”*. Si hay estrés es que hay un desequilibrio entre la exigencia estimular y la producción de respuestas, es la enfermedad de la inadaptación: cambios, exigencias cotidianas que nos desbordan y a las que no podemos adaptarnos tan rápidamente como la situación lo exigiría. Esto afecta a nuestra salud y disminuye o perjudica nuestra afectividad laboral y nuestras relaciones personales.

La situación estresante se vive como ansiedad por parte del sujeto, y la ansiedad a su vez tiene tanto un componente fisiológico (taquicardia, opresión, tensión muscular, descarga de adrenalina, etc.) como psicológica (vivencia de ansiedad o angustia).

Aspectos objetivos y subjetivos del estrés

El aspecto objetivo se refiere a los acontecimientos que generan la vivencia de ansiedad, y se puede dividir en tres bloques:

1. Acontecimientos de pérdida: como muertes, pérdida de trabajo o en general pérdida de situaciones gratificantes.
2. Acumulación de cambios vitales: un acontecimiento vital es aquel que exige un reajuste en la vida del sujeto. Todos tenemos más o menos una media de estrés al año, pero si se sobrepasa con creces esta cifra el organismo se sobrecarga, y se vive como estresante.
3. Vida cotidiana excesivamente llena de estímulos, actividades, responsabilidades,... Poco tiempo para el descanso, el ocio y la relajación.

El aspecto subjetivo se puede identificar con la vivencia de ansiedad. Lo que a cada persona le afectan los factores objetivos citados, es algo totalmente subjetivo y que varía de unas personas a otras, ya que influyen muchos factores de personalidad. No todos percibimos igual de peligrosas o amenazantes las situaciones. Cada uno nos enfrentamos de forma diferente al estrés y no todos tenemos el mismo éxito al enfrentarnos, ni las mismas estrategias, y por último no a todos nos produce el mismo grado de frustración en caso de fracasar. Un mismo problema a algunas personas no les crea conflicto y a otras les genera una auténtica ruptura del equilibrio psíquico o biológico.

Modelos explicativos sobre las reacciones frente al estrés

1. **Modelo de renuncia.** Está muy relacionado con el modelo de la *Indefensión Aprendida*, de Seligman. Cuando el sujeto ha fracasado en sus intentos de solución de conflictos, adopta una posición de indefensión e impotencia, no intenta nuevas estrategias. Esta posición contribuye a contraer enfermedades en sujetos con predisposición somática, serían sujetos-riesgo ante el estrés.
2. **Modelo de acumulación de cambios vitales.** Este modelo hace hincapié en factores objetivos del estrés anteriormente citados. Los sucesos que alteran los patrones habituales de vida del sujeto pueden, a la larga, producir una disminución de la resistencia a la enfermedad. Estos acontecimientos vitales pueden ser tanto positivos (“eustrés”) como negativos (“diestrés”), aunque parecen existir evidencias de que son los negativos los que más influyen en la aparición de enfermedades. Se conoce con el nombre de *Síndrome General de Adaptación* a la respuesta corporal estereotipada para la tensión. Se desencadena ante la situación estresante y comprende tres estadios:

- a) Reacción de alarma, en la que el sujeto no ha logrado aún la adaptación.
- b) Fase de resistencia, con una importante activación fisiológica de todos los sistemas, en la que el organismo logra adaptarse a la situación nociva.
- c) Fase de agotamiento, en que vuelve a perderse, por desgaste, la adaptación. Muchas veces cursa con síntomas semejantes a la depresión.

3. **Modelo de apreciación subjetiva de la situación de estrés.** Hace de nuevo hincapié en los factores subjetivos. Toma en cuenta los *aspectos cognitivos* (estilo mental del sujeto), los *apoyos sociales* (tanto las redes sociales estables de familia, amigos, etc., como el apoyo social institucional) y sobre todo la *personalidad del sujeto*.

Los recursos psicológicos así como el apoyo social del sujeto contribuyen a reducir el riesgo de que la situación de estrés aboque en la aparición de enfermedades.

Escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial: adultos			
Código	Término	Ejemplos de estrés	
		Agudo	Crónico
1	Ausente	No hay estrés aparente.	No hay estrés aparente.
2	Leve	Ruptura afectiva con la pareja, inicio o graduación en la escuela, marcha del hogar.	Discusiones familiares, insatisfacción laboral, vida en un barrio donde hay mucha delincuencia.
3	Moderado	Matrimonio, separación conyugal, pérdida del empleo, jubilación, aborto.	Incompatibilidad conyugal, problemas económicos serios, diferencias con los superiores, estar a cargo de los/as hijos/as como progenitor/a único/a.
4	Grave	Divorcio, nacimiento del primer hijo.	Paro, pobreza.
5	Extremo	Muerte del esposo/a, diagnóstico de una enfermedad somática grave, ser víctima de una violación.	Enfermedad crónica grave de uno mismo o de los hijos/as, alteración física o abuso sexual.
6	Catastrófico	Muerte de algún/a hijo/a, suicidio del cónyuge, catástrofe natural devastadora.	Cautividad como rehén, experiencia en campo de concentración.
0	Información inadecuada o ausencia de acontecimientos estresantes		

Escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial: niños y adolescentes			
Código	Término	Ejemplos de estrés	
		Agudo	Crónico
1	Ausente	No hay estrés aparente.	No hay estrés aparente.
2	Leve	Ruptura con la pareja, cambio de colegio.	Exceso de personas viviendo en el hogar, discusiones familiares.
3	Moderado	Expulsión de la escuela, nacimiento de un/a hermano/a.	Enfermedad crónica incapacitante en alguno de los padres, desavenencia crónica entre los padres.
4	Grave	Divorcio de los padres, embarazo no deseado, detención.	Trato duro o rechazo de los padres, enfermedad crónica que amenaza la vida de alguno de los progenitores, múltiples estancias fuera del hogar.
5	Extremo	Abuso sexual o físico, muerte de alguno de los progenitores	Abuso sexual o físico recurrente.
6	Catastrófico	Muerte de ambos progenitores.	Enfermedad crónica que amenaza la vida.
0	Información inadecuada o ausencia de acontecimientos estresantes		