

**LA ADAPTACIÓN POSTRAUMÁTICA EN ESTADOS DE ENFERMEDAD
CRÓNICA EN SUS DIMENSIONES FÍSICA Y PSICOLÓGICA: UN
ANÁLISIS CRÍTICO DE APROXIMACIÓN META-TEÓRICA**

Yoleidis Morales

Iliana Morelo

Vivian Guerrero

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
Cartagena de Indias, D.T.
©2004**

**LA ADAPTACIÓN POSTRAUMÁTICA EN ESTADOS DE ENFERMEDAD
CRÓNICA EN SUS DIMENSIONES FÍSICA Y PSICOLÓGICA: UN
ANÁLISIS CRÍTICO DE APROXIMACIÓN META-TEÓRICA**

Yoleidis Morales

Iliana Morelo

Vivian Guerrero

**Asesora:
Ximena Palacios**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
Cartagena de Indias, D.T.
©2004**

Tabla de Contenido

	Pág.
RESUMEN.....	4
CAPÍTULO 1.....	5
ADAPTACIÓN POSTRAUMÁTICA Y ENFERMEDAD CRÓNICA.....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	8
Objetivos.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
CAPÍTULO 2.....	11
ANTECEDENTES.....	11
La Adaptación Postraumática y la Enfermedad Crónica.....	25
La Enfermedad Crónica: perspectiva mental.....	26
La Enfermedad Crónica: perspectiva física.....	27
Criterios para la Enfermedad física y psicológica.....	29
Diagnóstico de la Enfermedad crónica en general.....	31
Maltrato y Violencia como predictores de la enfermedad mental.....	32
Violencia en Colombia: datos de morbilidad en Salud Mental.....	33
Papel de la Resiliencia en la recuperación psicológica.....	35
Diagnóstico e Intervención en el TEPT.....	37
Adaptación a la Enfermedad Crónica en el Ciclo Vital.....	46

Valor del Soporte Social y emocional en la adaptación postraumática.....	48
CAPÍTULO 3.....	76
Análisis Crítico sobre la Adaptación Postraumática en Condiciones de Enfermedad Crónica.....	76
CAPÍTULO 4.....	85
Conclusiones y Recomendaciones.....	85
REFERENCIAS.....	96

Resumen

Para comprender las concepciones empíricas sobre la adaptación postraumática en estados de enfermedad crónica en sus dimensiones física y psicológica por medio de un análisis crítico, se ha consultado un marco de referencia cuyos hallazgos empíricos recientes se fundamentan en factores determinantes de la investigación sobre resiliencia psicológica hallando evidencia significativa de los paradigmas del modelo de resistencia personal que abarca hasta los problemas de adaptación mismos. El estrés es considerado como un factor amenazante de la salud, de acuerdo a los conceptos de salud mental y física, de igual manera, la manifestación más representativa para explicar los problemas de adaptación postraumática se centran en los estudios del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) característicos de eventos que generan respuestas de estrés intenso con categorías diagnósticas específicas. El análisis crítico se fundamentó en el conocimiento de la enfermedades degenerativas como el SIDA y el cáncer; y otras como la hipertensión, problemas metabólicos y de respiración que sin intervención oportuna en momentos de crisis se convertirían en crónicas; aún mas cuando existe la prevalencia de riesgo y no se toman las medidas preventivas de acuerdo a los tres niveles que contempla el Sistema de Salud

a nivel mundial. Las principales conclusiones apuntan a que el mantenimiento de la enfermedad crónica física y psicológica se relaciona significativamente con la prevalencia de eventos o situaciones estresantes que pueden desencadenar periodos de resiliencia o no a las demandas del medio.

CAPÍTULO PRIMERO

ADAPTACIÓN POSTRAUMÁTICA Y ENFERMEDAD CRÓNICA

Introducción

La presente monografía pretende realizar un análisis crítico sobre el concepto de “resiliencia” (*resilience*), cuya correcta traducción al castellano es adaptación post traumática, y su relación con la enfermedad crónica, con base una serie de artículos científicos indexados publicados recientemente

Al hablar de *aproximaciones meta-teóricas*, es necesario señalar que éstas se refieren al conglomerado de hallazgos empíricos que se fundamentan en factores determinantes de la investigación y que procuran hallar evidencia de los paradigmas del comportamiento y discutirlos a la luz de las teorías que cimientan sus conceptualizaciones. Así es como en el presente análisis crítico, se procura revisar hallazgos relacionados con situaciones donde el ser humano basado en su experiencia personal y las diferencias entre los mismos, utiliza recursos propios que le sirven de apoyo psicológico en caso de presentar alguna enfermedad crónica (Kahneman, 1986, citado por Aspinwall y Taylor, 1997).

Para ello, las investigaciones y el marco de referencia consultado dan una idea de los aportes y avances en lo relacionado con la utilidad de las emociones positivas como recurso psicológico para afrontar los eventos aversivos extremos que pueden ocasionar secuelas significativas en las personas. Una de ellas es el *trastorno por estrés postraumático*, el cual es considerado uno de síndromes psicológicos de mayor prevalencia en los adultos y que es perenne en la medida en que no se aplique tratamiento después de su diagnóstico (Aspinwall y Taylor, 1997).

De esta manera, en el desarrollo del presente análisis, las experiencias emocionales negativas al manifestarse en personas con problemas de adaptación postraumática, se convierten en indicadores de predicción de entes psicopatológicos prevalentes como la depresión, la fobia, la ansiedad, pérdida del afecto, estrés, problemas de adaptación social, paranoia, entre otros que expresan las personas después de la exposición de un evento aversivo trascendental. No obstante, las reacciones de tipo afectivo y/o emocional, serán experimentadas de manera particular de acuerdo con las características de la persona, lo que indica la importancia de abordar el tema de las diferencias individuales al momento de establecer diagnósticos de los problemas de adaptación postraumática teniendo en cuenta factores de salud física y mental de acuerdo a las revisiones empíricas existentes y que se han tomado como referencia para el presente análisis.

Así mismo, es conveniente profundizar en aquellas revisiones que proporcionan información pertinente y relevante sobre la forma en que se

manejan y controlan los problemas a través de la adaptación postraumática, enfatizando en esa visión humanística que permite comprender este tipo de repertorio cognoscitivo comportamental como la facultad humana que permite a las personas, a pesar de atravesar situaciones adversas, lograr salir no solamente a salvo, sino transformadas por la experiencia. Igualmente, se revisa el tema que explica cómo las emociones negativas contribuyen al mantenimiento de situaciones estresantes y cómo las emociones positivas como forma de manejo y control de las situaciones estresantes, es decir como facilitadores de la adaptación post traumática en la enfermedad crónica, por ejemplo, en casos de enfermedades degenerativas como el SIDA o el cáncer, para lo cual se deja tentativa la idea de cómo es la atención psicológica bajo el marco de la salud física y mental que promulgan las entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Por tanto, dentro de este amplio marco de referencia, la adaptación social es considerada como una fuente potencial que ayuda al proceso psicológico. Y la confluencia de estos dos aspectos se conoce como los recursos psicosociales empleados por todas las personas en la mayoría de las situaciones. Esto tiene que ver con la perspectiva sociocultural de las personas que tienen problemas de adaptación postraumática y que repercuten en el aspecto social (Aspinwall y Taylor, 1997).

Por último, las concepciones científicas de la adaptación postraumática, desde la perspectiva psicológica, son un avance al conocimiento de la psicopatología y proporcionan las bases necesarias para

el desarrollo de técnicas y procedimientos de investigación para el estudio del comportamiento, con la ayuda de las teorías principales que apoyan los conceptos.

Esta monografía termina con la exposición del rol del psicólogo en el tema de la adaptación post traumática.

Justificación

La importancia de realizar un análisis crítico sobre la adaptación postraumática y la enfermedad crónica, es comprender los hallazgos empíricos aplicados a los eventos de intensidad extrema a la que se exponen las personas ocasionando diversos problemas de comportamiento psicopatológico prevalente. Por esta razón, la consulta de un marco de referencia científico permite conocer los procedimientos y técnicas que se emplean para el estudio de las emociones negativas en contraste con las positivas que se consideran como fuentes o recursos psicológicos para el manejo y control de los problemas de adaptación postraumática y sus manifestaciones en las personas que fueron expuestas a situaciones de estrés intenso.

Dada la trascendencia de los factores ligados a la adaptación postraumática, cabe señalar que las diferencias individuales juegan un papel importante en las capacidades de afrontamiento de los problemas y enfermedades dolorosas como la artritis y el dolor crónico. Esta perspectiva teórica permite conocer los avances sobre salud física y psicológica que se llevan a cabo experimentalmente para la intervención profesional. Claro está

que la personalidad refleja características propias de la reactividad que se experimenta cuando ocurren situaciones de estrés y la persona responde de acuerdo a las condiciones del evento estresor. Esto es relevante en la medida en que los estudios sobre adaptación postraumática den lugar al diseño de mediciones para los factores que intervienen en ésta y a los tratamientos posibles que haya lugar según las condiciones experimentales, los organismos disponibles y los procedimientos ajustados a la metodología empleada.

El análisis crítico conviene en la medida en que se evidencie la mayoría de los hallazgos sobre comportamientos desadaptativos derivados de situaciones traumáticas previas, bien sea en etapas tempranas de la vida, en la adolescencia o la adultez. Y el hecho de estudiar relaciones entre los eventos aversivos extremos que son los factores desencadenantes de conductas valoradas como negativas, según la utilización de pruebas o instrumentos estandarizados para medir la prevalencia de estos factores.

El beneficio que proporciona el análisis, es asumir una posición crítica y objetiva con respecto a los avances científicos y acepciones de la adaptación post-traumática en los eventos estresores del medio ambiente.

Objetivos

Objetivo General

Comprender las concepciones empíricas sobre la adaptación postraumática en estados de enfermedad crónica en sus dimensiones física y psicológica por medio de un análisis crítico.

Objetivos Específicos

Realizar una revisión teórica de la adaptación postraumática en los diferentes hallazgos planteados por investigadores sobre recursos psicológicos y sociales intervinientes.

Analizar los aspectos importantes de la adaptación postraumática en las diferentes concepciones teóricas en cuanto a las emociones positivas como recursos psicológicos; y negativas, como manifestación del trauma.

Comprender el papel de las diferencias individuales que se presentan ante la exposición a eventos estresantes en enfermedades físicas crónicas, las formas de manifestarse y los efectos negativos.

Analizar la relación de los síntomas predictores del trastorno por estrés postraumático con el control de los eventos estresantes.

CAPÍTULO SEGUNDO

Antecedentes

En este capítulo se conocen los antecedentes de la adaptación post traumática desde la perspectiva investigativa, es decir, en ámbitos se ha estudiado el concepto y hacia dónde trasciende; incluyendo estudios o hallazgos realizados en el contexto nacional teniendo en cuenta las condiciones de enfermedad crónica que presentan las personas. De igual forma, se incluyen los aportes recientes y de importancia que describen la adaptación post traumática, en un marco de referencia sustentado empíricamente.

En el sentido más estricto de la palabra, las investigaciones sobre adaptación post traumática se refieren a numerosos estudios internacionales transculturales de desarrollo y vida media, sobre niños y niñas que nacieron en familias de alto riesgo, en donde los padres eran enfermos mentales, alcohólicos, abusadores o delincuentes, insertos en comunidades de extrema pobreza, o en zonas de guerra.

Uno de los datos más relevantes de estos estudios longitudinales llevados a cabo por Miller (1996), Ajdukovic, M. y Ajdukovic, D. (1993), es que al menos un 50%, y en ocasiones hasta un 70% de los jóvenes que crecieron en condiciones de alto riesgo, llegaron a ser socialmente hábiles aunque estuvieron expuestos a una tensión severa y no lograron sobreponerse del todo ante algunos obstáculos que les impidieron alcanzar el éxito. Así mismo, estos estudios no solamente sirvieron para identificar las características de estos jóvenes "resilientes" (adaptables), sino que documentaron las características del ambiente familiar, escolar y de la comunidad, lo cual facilitó el hecho de que pudieran manifestar su capacidad de resiliencia.

Las investigaciones que se han llevado a cabo sobre adaptación post traumática por Guedeney (1998), citado por Cirulnik (1998), en las cuales resistencia psicológica se define como el mantenimiento de un proceso normal de desarrollo a pesar de las condiciones difíciles.

Si bien los desplazados han sido mucho más afectados que los no desplazados, como se esperaba, no se sabe aun porque los sujetos de sexo femenino, en todas las condiciones fueron más afectados que los de sexo masculino. No obstante, estos hallazgos validan los anteriores en lo que se refiere a la teoría del desarrollo humano sobre la vulnerabilidad del sexo femenino en su aspecto afectivo y emocional; éstas han dejado claramente establecidas las necesidades que tienen los seres humanos de crecer y desarrollarse, lo cual es parte de la naturaleza, y se manifiesta de forma natural cuando están presentes ciertos elementos.

Por ello, todas las personas nacen con una adaptación post traumática "innata", y con capacidad para desarrollar rasgos o cualidades que les permiten ser adaptables, tales como el éxito social (flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor y capacidad de respuesta); habilidad para resolver problemas (elaborar estrategias, solicitar ayuda, creatividad y criticidad); autonomía (sentido de identidad, autosuficiencia, conocimiento propio, competencia y capacidad para distanciarse de mensajes y condiciones negativas); propósitos y expectativas de un futuro prometedor (metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe y espiritualidad) (Bernard, 1991, citado por Mc Laughlin, 2003).

A su vez, se destaca que la adaptación post traumática no es un rasgo genético que poseen sólo algunos "súper chicos", como lo han interpretado algunos periodistas y ciertos investigadores como Werner y Smith, 1992; Lifton, 1993, citados por McLaughlin, 2003). Por el contrario, es la capacidad innata para hacer las cosas correctamente, para transformar conductas y lograr cambios (Mc Laughlin, 2003).

La investigación sobre la adaptación post traumática, que se refiere al desarrollo infantil, a las dinámicas familiares, efectividad escolar, desarrollo de la comunidad, y a estudios etnográficos en los cuales se manifiesta lo que los jóvenes opinan, enfatizan en la forma en que éstos ilustran las características familiares, escolares y el ambiente de las comunidades que fomentan la adaptación post traumática natural de los niños y las niñas (Mc Laughlin, 2003).

De hecho, se pueden ubicar los "factores protectores" que se refieren a las características existentes en los diferentes ambientes que parecen cambiar o revertir circunstancias potencialmente negativas y le permiten al individuo transformar esas situaciones adversas al desarrollar su adaptación post traumática, a pesar de los riesgos a los que se ven expuestos, en tres categorías como son las relaciones afectuosas, los mensajes de expectativas y las oportunidades de participación y contribución significativa. Las *relaciones afectuosas*, que se refiere a la expresión de la sensibilidad, comprensión, respeto e interés que se incorporan a través del ejemplo y llegan a cimentar un sentido de seguridad y confianza (Maston, 1994, citado por Mc Laughlin, 2003).

Otro de los factores protectores en el ambiente del individuo se refiere a los *mensajes que proyectan las expectativas* que se tienen de las personas, comunican no sólo una orientación sólida, sino también estructuras y metas a seguir, transmitiendo en esta forma la certeza que se tiene de la adaptación post traumática que existe en los jóvenes, donde en vez de detectar problemas y defectos, se identifican las fortalezas y ventajas con que cuentan (Maston, 1994, citado por Mc Laughlin, 2003).

Y el último de los factores apunta al conocimiento de las *oportunidades de participación y contribución significativa*, que incluyen el tener responsabilidades importantes, el tomar decisiones, el ser escuchado, y el aplicar la capacidad personal en beneficio de la comunidad (Maston, 1994, citado por Mc Laughlin, 2003).

Las investigaciones sobre adaptación post traumática, por ejemplo, en cuanto al fenómeno del desplazamiento forzado de familias con niños y jóvenes y sus relaciones con la violencia política realizado por [Garbarino y Kostelny \(1996\)](#), han proporcionado al campo de la prevención de comportamientos agresivos y tendencia depresiva, en la educación y del desarrollo de los jóvenes con respecto a la forma de resistencia y adaptabilidad frente al hecho, nada menos que un conocimiento básico fundamentalmente diferente, con un paradigma de investigación y práctica, el cual es una esperanza para lograr cambios en el ámbito humano. Este paradigma se refiere al riesgo en un contexto social muy amplio, como por ejemplo, al racismo, la guerra y la pobreza, y no se basa propiamente en el individuo, las familias y las comunidades. Y se cuestiona cómo es que los jóvenes se desarrollan con éxito aunque se hayan enfrentado a grandes presiones.

Además, proporciona una base lógica para limitar la atención a las ciencias sociales y del comportamiento desde el punto de vista de la fortaleza innata de los jóvenes, de sus familias, sus centros educativos y sus comunidades y no desde el punto de vista del riesgo, los problemas y la patología que hayan tenido que sobrellevar para mejorar su salud y curar sus heridas (Laor, Wolmer y cols., (1996), citados por Cirulnik (1998).

Al revisar estas fortalezas y al convencerse de que todas las personas las poseen, así como también la capacidad de cambio; esto le proporciona al campo de la prevención, de la educación, y del desarrollo de los jóvenes, no solamente un sentido claro de dirección, acerca de lo que "sí funciona", sino

que sugiere no obsesionarse en identificar riesgos; ya que ésta es una práctica que estadísticamente debilita, estigmatiza y daña a los jóvenes, a sus familias, a las comunidades en riesgo medio y alto, que perpetúa los estereotipos y el racismo en los seres humanos.

Se debe destacar como dato importante, el hecho convencerse de que todas las personas poseen una adaptación post traumática innata en el campo del optimismo y de las posibilidades, que son componentes indispensables para sentirse motivadas. Uno de los factores protectores que más contribuyen a desarrollar la adaptación post traumática en jóvenes con problemas, es el tener grandes expectativas de lo que pueden lograr, ya que si interiorizan lo que se espera de ellos, esto los motiva y les da la posibilidad para superar riesgos y situaciones adversas (Laor, Wolmer y cols., (1996), citados por Cirulnik (1998).

De hecho, algunas investigaciones sobre resiliencia como las de Sadlier (1997) y las de Ritchers y Martínez (1993) con niños que emigraron al Departamento del Atlántico en Colombia, donde se estudió el efecto de la exposición crónica a la violencia socio política y el estado de TEPT asociado con el medio ambiente social. Se trataba de determinar el nivel de exposición a la violencia socio política de 140 niños colombianos y de establecer la relación de esta violencia con los síntomas de TEPT. 60 niños venían de una escuela de clase alta y 80 de una de clase media. Los niños llenaron un cuestionario sobre « *Las cosas que yo he visto y vivido* » (Ritchers y Martínez, 1993) que es una escala sobre el TEPT en los niños, y una escala

de actitudes con respecto a la violencia socio-política (creada especialmente para esta investigación).

Los resultados indicaron que casi todos los niños estuvieron expuestos de manera crónica a la violencia socio política, pero pocos presentaron síntomas de TEPT. El autor explica esta "ausencia" por varias razones, una de ellas es a través del concepto de Resistencia Psicológica (*resiliencia psicológica*) comprendida como una adaptación funcional a las situaciones potencialmente patógenas o destructoras. De esta manera los niños viven de manera cotidiana con la violencia sin sentirla como algo traumático. Esta resistencia se refuerza por la familia, los estilos de adaptación (*coping*) y el sistema de creencias. La pertenencia a una clase acomodada no protegió a los niños ni de la exposición a la violencia ni de los síntomas de TEPT. En este estudio surgen ciertos interrogantes, ambos grupos están en colegios y es lógico cuestionar: si por un lado, los niños en situaciones realmente precarias reaccionarían de la misma forma a esta exposición, y por el otro si la capacidad de la familia a ofrecer el soporte social necesario frente a este tipo de violencia varia en función de su estrato económico. No se conoce tampoco la reacción de las familias y niños que han sido desplazados recientemente (Ritchers y Martínez, 1993).

Las investigaciones anteriores demuestran la importancia de darle al desarrollo humano un sitio prominente en todo lo que se relaciona con el campo de la prevención, educación y al desarrollo de los jóvenes, pues incluso "los estudios sobre adaptación post traumática sugieren que la naturaleza ha dotado a los seres humanos de mecanismos protectores

poderosos para desarrollarse, que trascienden las fronteras geográficas, étnicas, sociales e históricas" (Ritchers y Martínez, 1993). Porque están orientados a la condición humana y responden a esas necesidades básicas de afecto, relación, respeto, retos y estructuras, así como para participar de una manera significativa, para experimentar el sentido de pertenencia y poder, y por último, comprender el significado de la vida (Maston, 1994; Werner y Smith, 1992, citados por Mc Laughil, 2003).

Así mismo, los estudios realizados sobre resiliencia validan algunos de los modelos teóricos del desarrollo humano, entre los cuales se encuentran los de Erik Erikson, Urie Bronfenbrenner, Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, Carol Gilligan, Rudolf Steiner, Abraham Maslow y Joseph Chilton Pierce (Mc Laughlin, 2003).

Aunque cada uno tiene un componente psicosocial, moral, espiritual o cognoscitivo relacionado con el desarrollo humano, todos tienen en común el aspecto biológico de crecimiento y desarrollo (por ejemplo, la naturaleza de los seres humanos para hacer las cosas correctamente), el cual se manifiesta de una forma natural cuando están presentes ciertas propiedades ambientales. De acuerdo con Maston (1994), "cuando se atenúan las situaciones adversas y se restablecen las necesidades humanas básicas, la adaptación post traumática se manifiesta". Por esta razón, se construye el sentido y la conciencia de la identidad, debido a que la deducción más importante, se desprende de las investigaciones sobre resiliencia y la forma de cómo practicarla, se orienta a la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad y utilidad, que puedan

tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, que debe ser el enfoque más importante de cualquier programa de desarrollo de jóvenes para formar futuros adultos.

En última instancia, según Maston (1994), no se debe olvidar que el desarrollo de la adaptación post traumática no es más, que el proceso de desarrollo saludable y dinámico de los seres humanos en el cual la personalidad y la influencia del ambiente interactúan recíprocamente. Sin embargo, al hablar de un “desarrollo saludable”, se puede adentrar al conocimiento de la dimensión mental y física que constituye al ser humano biológicamente hablando.

Cabe anotar que las connotaciones sobre salud mental permiten conocer a profundidad los indicadores de adaptación post traumática, básicamente centrada en la enfermedad crónica. Por ello, la connotación más significativa se fundamenta en éste concepto propio de la psicología de la salud y utilizado para denominar la forma de manejar las situaciones que producen estrés intenso, los dolores crónicos en etapas de enfermedad terminal o de alto riesgo, en fin, lo concerniente a los aportes importantes de la ciencia conductual para el avance de procedimientos y métodos para desarrollar la adaptación en acciones posteriores al trauma (González de Riviera y cols., 1989).

En lo relacionado con el fundamento propio de la enfermedad crónica, el estrés se ha convertido en el principal factor amenazante para el bienestar

del ser humano enmarcándose en el concepto de “desarrollo saludable”, como se había discutido anteriormente. No obstante, la amenaza al bienestar físico y psicológico coloca en marcha varios mecanismos fisiológicos; por un lado, está la activación del Sistema Nervioso Simpático donde se liberan hormonas llamadas adrenalina y noradrenalina cuya función es la de preparar el organismo para la huida o la lucha ante una amenaza (aumentando el metabolismo, el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, también aumenta la sudoración, mejora el flujo de oxígeno a los músculos principales, etc.) (González de Riviera y cols., 1989).

Este mecanismo suele provocar la llamada ansiedad cuando es intenso, o se considera nerviosismo, cuando es más leve. Así, cuando esta respuesta se vuelve crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo.

Por otro lado, ante el estrés se produce también la liberación de otras hormonas llamadas glucocorticoides. Estas hormonas intervienen en el metabolismo de la glucosa, que es la que proporciona energía al organismo (imprescindible para enfrentarnos a la amenaza) y tienen un efecto inhibitorio sobre el sistema inmunitario. Esta respuesta es adaptativa a corto plazo, ya que al suprimirse la respuesta de sistema inmunitario se suprime el desarrollo de la inflamación, la cual podría mermar nuestra habilidad para luchar o huir del peligro. Sin embargo, si el estrés se hace crónico, la presencia continuada de glucocorticoides puede tener un efecto negativo,

debilitando el sistema inmunitario y favoreciendo de este modo la aparición de numerosas enfermedades (González de Riviera y cols., 1989).

De esta manera, se esbozan los antecedentes de la adaptación post traumática en contextos de investigación desde la perspectiva psicosocial y cultural hasta llegar a la cognoscitiva, que es donde encaja la naturaleza de la adaptación postraumática en condiciones de enfermedad crónica. Por ejemplo, en Colombia, se le ha dado especial interés a la Salud Mental a través de Programas de Prevención e Intervención en Salud Mental, especialmente a partir de los años sesenta en la ciudad de Bogotá (Ministerio de salud de Colombia, Estudio Nacional de Salud Mental. 1993).

De hecho, la situación político-social de Colombia con la aparición de los conflictos internos ha ido acrecentando el interés de los competentes en Salud por el bienestar psicosocial de los colombianos víctimas de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, la agresión física y verbal, el desplazamiento forzado, el estrés postraumático, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas y la aparición de psicopatologías asociadas como depresión, ansiedad, angustia y estrés que afectan la calidad de vida (Secretaría Distrital de Salud, Formulación de lineamientos promoción y prevención 2000-2001 [versión preliminar], junio, 1999a).

Por lo anterior, en una investigación realizada por el Estudio Nacional de Salud Mental en 1993, acerca de las diversas maneras, en que los individuos se enfrentan a la adversidad psicosocial, realizado en la región de las Américas y el Caribe, se estimó que las enfermedades mentales

provocadas por situaciones aversivas afectarán mas del 20% de la población de la ciudad en algún momento de su vida y entre 10-15% de los niños y jóvenes en un período de un año donde las situaciones de violencia interna originan trastornos desadaptativos frente a los problemas sociales y culturales, vulnerándose a volver a sus estilos de vida anterior al evento. A esta capacidad de respuesta se le ha llamado adaptación post traumática y se entiende actualmente como la resistencia a los choques; la cualidad que acompaña a un individuo o a un grupo para funcionar bien a pesar de las dificultades de la vida en sus constantes fluctuaciones, y situaciones de crisis y dolor (Joubert & Raeburn, 1977, citados por Ministerio de salud de Colombia, Estudio Nacional de Salud Mental. 1993)

Al respecto, la genética del comportamiento sugiere que en muchas circunstancias las influencias ambientales no compartidas, ejercen sobre las personas un efecto mayor que las compartidas; características que inciden por igual, en todos los miembros de la familia, son menos importantes que diferencialmente de modo que uno de ellos resulta más afectado. Cuando existe un factor psicosocial determinante, en toda una familia, la protección puede consistir en que algunos se distancien de lo que está sucediendo. Por consiguiente, las adversidades y el estrés que se experimenta, no se distribuyen proporcionalmente en toda la población.

Algunos individuos reciben una proporción mayor de éstos; por lo tanto, los resultados de las variaciones individuales en la exposición a ambientes de riesgo traen consigo diferentes formas de influir en lo que

sucede. Dichas variaciones individuales en la susceptibilidad o vulnerabilidad a experiencias adversas, que surgen de experiencias sensibilizantes o endurecedoras, dependen en gran medida de las relaciones de estrés que se hayan tenido (Rodríguez, E., 1996, citado por Ministerio de salud de Colombia, Estudio Nacional de Salud Mental. 1993).

De acuerdo con Arteaga y Ospina (1999), al parecer, hay tres variables que influyen en el desarrollo de la adaptación post traumática: (a) las características de la personalidad, como la autonomía o la autoestima y una orientación social positiva; (b) la cohesión, el calor y la ausencia de desavenencias en la familia, y (c) la disponibilidad de sistemas externos de apoyo que alimenten y refuercen los intentos de adaptación de las personas. Así mismo, estos autores argumentan que existen unos determinantes internos de salud mental como son la disposición afectuosa, responsividad a la gente, ausencia de hábitos estresantes, sobretodo el afrontamiento activo de los problemas, las experiencias de autoeficacia y autoconfianza, las relaciones emocionales estables, el autoconcepto positivo, capacidad de controlar impulsos, destrezas de comunicación adecuada, interés y aficiones especiales y el clima social que favorece el apoyo social.

Es importante anotar que del apoyo social existen diversas definiciones. Según Cornes (1994), es la utilización directa o indirecta, formal o informal de personas, grupos u organizaciones para reducir en lo máximo los sentimientos de aislamiento, soledad e indefensión de los individuos. Se supone que así, el individuo tiene mayores probabilidades de

llegar a sentirse más competente y más autoeficaz para afrontar mejor los diferentes acontecimientos vitales que se va a encontrar a lo largo de su ciclo vital. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996), define que “otro aspecto del ambiente social que es importante para salvaguardar la salud es la existencia de un apoyo social satisfactorio y unos contactos sociales gratificantes. Es evidente que los grados de contacto, de integración o de apoyo a la sociedad, tienen incidencia en la mortalidad por suicidios y por accidentes cerebrovasculares, e incluso en algunos estudios en las tasas de mortalidad por todas las causas” (Secretaría Distrital de Salud, Formulación de lineamientos promoción y prevención 2000-2001 [versión preliminar], junio, 1999a).

Cuando las herramientas que se tienen a disposición para enfrentar situaciones estresantes no son suficientes o no son utilizadas como un recurso de soporte de éstas, el estado de salud mental del individuo se puede ver deteriorado, dando paso a la enfermedad mental. Otros determinantes del estado de salud mental, son los ambientales o externos. Algunos de ellos son: número de niños en la familia, atención prestada al niño durante el primer año de vida, relaciones positivas padres - niño durante la primera infancia, cuidadores cercanos a la madre, disponibilidad de cuidadores para apoyo emocional, estructura y reglas en el hogar, disponibilidad de consejo y apoyo necesitados, acceso a diferentes tipos de servicios (OPS, 1996).

Como dato concluyente, las experiencias internacionales acerca de los estudios de adaptación postraumática han revelado importantes aportes a la psicología de la salud en lo relacionado con la enfermedad crónica en cuanto a la forma de ejercer el control social de las respuestas a los eventos estresantes, de tal manera que el estrés es considerado como un factor amenazante para la salud física y psicológica de las personas que padecen cualquier enfermedad degenerativa o sujeta a predisposiciones del Sistema Nervioso Simpático y Autónomo que controlan fisiológicamente, las respuestas de ansiedad, estrés y angustia vistas como psicopatologías asociadas.

Por esta razón, es necesario que se contextualice el concepto de “adaptación postraumática” en la enfermedad crónica para aquellos casos enfermedades o estados de dolor crónico, enfermedades coronarias, metabólicas y respiratorias que puedan presentarse en las personas de acuerdo a las condiciones sociales, políticas y culturales en que se presente el entorno que las rodea. Es así como el tema de la “resiliencia psicológica”, servirá como punto de partida para la comprensión de los estados posteriores a la vivencia de una experiencia traumática en estudios realizados a nivel mundial, así como aspectos relevantes del contexto local sobre el tema conjugado de la adaptación postraumática en enfermedad crónica.

Adaptación post traumática y enfermedad crónica

En los países desarrollados, los grandes avances médicos y técnicos y el incremento del nivel socioeconómico y cultural de la población han hecho posible el control en incidencia y prevalencia de las enfermedades agudas, lo que unido al progresivo envejecimiento de la población con un aumento en la esperanza de vida y una mayor prevalencia de los factores de riesgo determinan que los trastornos crónicos ocupen un lugar primordial en importancia social y sanitaria.

Algunos autores como Coch, French y Syndeham (1948), citados por Horton y Wallander (2001), señalan que en la actualidad el 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere atención del sistema sanitario. Estos pueden variar en un amplio espectro desde los relativamente benignos como la pérdida de agudeza visual o la halitosis hasta enfermedades graves como enfermedades cardiovasculares, cáncer, SIDA o diabetes. La etiología de estas enfermedades está sometida a una gran variedad de factores hereditarios y ambientales (como hábitos, gérmenes, contaminación, factores estresantes, accidentabilidad, etc.). Además la mayoría de las enfermedades agudas se pueden cronificar al no curarse ni matar (Horton y Wallander, 2001).

La enfermedad crónica: perspectiva mental

El estudio psiquiátrico de la enfermedad crónica tiene un doble interés; de un lado la repercusión psicológica desde el primer momento del enfermar hasta la rehabilitación y completa integración del paciente una vez que ha concluido adecuadamente un proceso adaptativo a su nueva realidad; de otro la aparición con gran frecuencia de trastornos psiquiátricos en estos

pacientes ya sea de forma reactiva o sintomática. Genéricamente se puede considerar que entre un 20 a un 50% de los pacientes crónicos presentan problemas psiquiátricos (Horton y Wallander, 2001).

A continuación se realizará una breve descripción de algunas consideraciones generales relacionadas con el enfermo crónico, resaltando desde un punto de vista humano y médico los aspectos psicológicos y de adaptación que presentan estos pacientes, así como las posibilidades de intervención psiquiátrica en distintos momentos del proceso de adaptación y rehabilitación.

Hasta la década de los años sesenta se consideraron desde un punto de vista integrado y holista las experiencias de enfermedad de los pacientes, en lo que Engel denominó modelo biopsicosocial. En 1977, muchos fueron los esfuerzos para intentar definir la enfermedad; hasta el momento tres son las significaciones originarias que los pueblos más diversos han dado a la afección morbosa y que han sido adoptadas por prácticamente todas las culturas sucesivas: daño o mal (nosos, morbus), deficiencia o flaqueza (astenia, infirmitas) y sufrimiento (pathos, passio, dolentia) (Synder y cols., 1991, citados por Horton y Wallander, 2001).

La enfermedad crónica: perspectiva física

Desde el punto de vista de los términos de salud y enfermedad, deben considerarse implícitos en un criterio objetivo y otro subjetivo. Si se considera al cuerpo como un objeto perceptible y se aplica un criterio objetivo para definir si está sano o enfermo deberá valorarse al sujeto desde puntos de vista morfológico y fisiológico. El criterio subjetivo se refiere al sentimiento

que el hombre tiene de su propia vida, de la conducta que adopta y de su rendimiento vital. Así la salud queda definida como un sentimiento de bienestar difuso y genérico y la enfermedad como un sentimiento de malestar físico psíquico o moral (Horton y Wallander, 2001). Atendiendo tan sólo a este criterio sería difícil definir como enfermo a un sujeto que se siente bien y en cuyo organismo hay una lesión tumoral, un déficit hormonal una infección por el virus del SIDA.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se puede afirmar que la salud perfecta es un estado límite al que se aproximan los estados reales de la vida humana, y lo que habitualmente se llama “buena salud” es en realidad un estado de salud relativa. Esta relatividad puede depender de un leve desplazamiento de la vida del sujeto hacia el estado de enfermedad, o bien puede ser debida al punto de vista en el que haya querido situarse el entrevistador, que hará posible que un mismo sujeto sea considerado como sano o enfermo, o incluso de la resistencia y capacidad adaptativa del individuo a mantener el equilibrio elástico y la seguridad con que transcurre su vida una vez alterado su organismo por una causa externa o interna (Coch y French 1948, citados por Oreg, 2003).

Desde un punto de vista gnóstico, al plantear la clasificación de la enfermedad según su curso temporal, éstas se consideran en enfermedades agudas y enfermedades crónicas (Letamendi: breves efímeras y agudas y largas crónicas y perpetuas); además, se encuentra con la dificultad añadida de la relatividad de los conceptos de salud y enfermedad (Oreg, 2003).

La clasificación de las enfermedades en agudas y crónicas procede de la medicina hipocrática. Aunque ha permanecido vigente durante toda la historia de la medicina occidental, no se le concedió valor gnóstotácico suficiente hasta que (Sydenham 1947, citado por Pinquart y Sörensen, 2003), definió sus criterios diferenciales. Para este autor, el esfuerzo de la naturaleza por alcanzar la curación en las enfermedades agudas es mayor que en las crónicas. Esto es por tres causas: la índole miasmática de la materia morbígena, su localización en sangre y la mayor vitalidad natural del que hace y padece la enfermedad. Como en ellas el curso es más rápido, se hace más evidente la causa "nosográfica" y su implicación en los síntomas patognomónicos. Estas son imprevisibles y azarosas, y según Sydenham (1947) tienen a Dios como autor. En las enfermedades crónicas la materia morbígena es de índole más humoral, la localización del proceso no suele ser hemática y la vitalidad natural del sujeto que la padece es escasa, motivos estos por lo que el esfuerzo de la naturaleza es menor y la especificidad sintomática también sería menor. Las enfermedades crónicas serían dependientes del género de vida de quien las hace y las padece teniendo su autor en el propio enfermo (Schültz y cols., 1997, citados por Pinquart y Sörensen, 2003).

Criterios de la enfermedad física y psicológica

Los criterios clínicos, etiológico y topográfico descritos por Sydenham (1947) no son suficientes para distinguir la enfermedad aguda y crónica y para su actual diferenciación se ha recurrido a un criterio temporal y sobre todo biográfico, definiéndose como se describe a continuación. Enfermedad

aguda es aquella enfermedad que el sujeto siente como un paréntesis en su vida habitual y no la ha incorporado con carácter más o menos definitivo a sus hábitos biográficos, mientras que la enfermedad crónica se refiere a todos aquellos trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida del paciente, y que han persistido o es probable que persistan durante largo tiempo.

Esta definición contempla tanto los aspectos médicos como los sociales, y por lo tanto, permite inferir con cierta facilidad los psicológicos y adaptativos que intervienen en estos procesos. De este modo, según Pinquart y Sörensen (2003), las características diferenciales de las enfermedades crónicas pueden definirse como (1) permanentes e irreversibles (cursan con alteraciones residuales, multicausales y deben afrontarse desde una perspectiva multicausal); (2) requieren del entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado y de la colaboración de ambos con el equipo de salud. Precisan largos periodos de cuidados y tratamiento para su control y para paliar los efectos de la enfermedad; y (3) conllevan sentimientos de pérdida como componente específico y predominante en cualquier tipo de enfermedad crónica.

Son muchas las clasificaciones propuestas para las enfermedades crónicas. Atendiendo a los aspectos predominantes en cada una de ellas pueden agruparse según propone Kiely (1985) en enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física (tabla 1) y en

enfermedades que obligan para su evolución favorable a modificaciones en el estilo de vida (tabla 2).

Tabla 1. Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física

<i>Tipo</i>	<i>Ejemplos</i>
Enfermedades de mal pronóstico	Cáncer, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
Enfermedades que provocan gran dependencia	Insuficiencia y otras enfermedades renales; enfermedades neurológicas (Coreas, demencias, etc.)
Enfermedades que causan gran dolor o mutilación	Compresión medular, cáncer, hernias discales, enfermedades neurológicas, etc.
Enfermedades que cursan con dolor crónico	Artritis reumatoidea, cáncer, SIDA, artrosis, etc.
Enfermedades que determinan pérdidas en la imagen corporal	Cáncer (colostomía, yeyunostomía, traqueotomía, amputaciones), lupus, artritis deformante, etc.

Tabla 2. Enfermedades que obligan para su evolución favorable a modificaciones en el estilo de vida

<i>Tipo</i>	<i>Ejemplos</i>
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión arterial, cardiopatías
Enfermedades metabólicas	Obesidad, diabetes tipo 1 y tipo 2, cushing, etc.
Enfermedades respiratorias	Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis pulmonar

Diagnóstico de la enfermedad crónica en general

Cuando un paciente es diagnosticado o ha desarrollado una enfermedad crónica se van a ver afectados aspectos físicos, psicológicos,

familiares, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de este, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga (Pinquart y Sörensen, 2003).

De forma general, en estos trastornos existe una fase inicial crítica en la que al igual que en las enfermedades agudas, los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, estos pacientes deberán adaptarse a las nuevas condiciones en que se van a ver implicados por un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol de paciente crónico (Zarit, Reeve, Bach-Petersen, 1980, citados por Pinquart y Sörensen, 2003).

El maltrato y la violencia como predictor de enfermedad mental

Para Torres y Posada (1994), la mayoría de las personas están expuestas al menos a una situación de maltrato o violencia durante el transcurso de sus vidas. En Estados Unidos de acuerdo al informe del Departamento de Justicia con respecto a la violencia doméstica durante el año de 1994, estas eran las estadísticas de violencia en general e intrafamiliar. Por ejemplo, una mujer es asaltada por su compañero cada 15 segundos. Una mujer es violada cada 6 minutos. Más del 50% de las

mujeres son golpeadas alguna vez en su vida; más de un tercio son golpeadas repetidamente cada año.

La evidencia del porcentaje de violencia física en relaciones prematrimoniales es del 20 al 35%. Del 25 al 45% de las mujeres que fueron golpeadas estaban embarazadas.

El 30% de las mujeres víctimas de homicidio murieron a mano de sus esposos o novios. El 95% de los reportes policíacos sobre violencia doméstica se refieren a hombres que han golpeado a sus compañeras; 9 de cada 10 mujeres asesinadas murieron a manos de hombres; así como 4 de cada 5 asesinatos ocurren en el hogar. De acuerdo al caso, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 6 mujeres considera que bajo ciertas condiciones el varón tiene derecho a golpear a su esposa.

Estudios sobre mujeres abusadas arrojan que entre el 35 y el 40% de esas mujeres trataron luego de suicidarse. Aproximadamente el 50% de las mujeres alcohólicas fueron abusadas.

Aunque casi el 30% de las mujeres víctimas de la violencia fueron asesinadas por sus esposos, ex-esposos o novios, solo el 3% de los hombres fueron asesinados por sus esposas, ex-esposas o novias. El 26% de las violaciones y asaltos sexuales fueron cometidos por esposos, ex-esposos, novios o ex-novios. Y el 45% de todos los ataques violentos contra niñas fueron cometidos por hombres que ellas conocían.

En Colombia de acuerdo al estudio del Ministerio de Salud, realizado en 1993, "Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas" se obtiene como resultado que la prevalencia de maltrato infantil es de 148 por 1.000 niños. En cada 100 familias, 4,3 % de los niños se encuentran en maltrato físico, 0,8% han sido víctimas de abuso sexual.

Respecto a la violencia intrafamiliar, el 7.9% de las mujeres eran maltratadas físicamente, con mayor frecuencia en clases bajas. El 1.4% de las mujeres reportó abuso sexual. (Torres y Posada, 1994).

La violencia en Colombia: datos de morbilidad en Salud Mental

Para el Distrito Capital de acuerdo al Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar (SIVIM) de la Secretaria Distrital de salud 1998-1999, se recibieron 5425 casos de violencia intrafamiliar de los cuales el 17,8% fueron reportados en 1998 el restante 82,2% durante 1999. El Sistema incluye cinco tipos de violencia: física, emocional, Sexual, abandono negligencia y descuido, abandono social. Es importante aclarar que los tipos de violencia no son excluyentes en un mismo caso, es la situación más común, la violencia psicológica que se encuentra en todos los demás tipos de violencia.

En cuanto a los tipos de violencia en general se tiene: Física 77,9%, Emocional/psicológica 80,6%, Sexual 13,6%, Negligencia / descuido 19,7%, Abandono 10,1%.

En el grupo de niños afectados por maltrato, la distribución por género es del 40,1% femenino y el 59,9% masculino. Cabe resaltar que del total de niños 13,4% fueron menores de un año.

Se observa que los tipos de violencia más frecuente hacia los menores son la física y la emocional/psicológica, seguidas por negligencia y descuido. El abuso sexual se presenta más en niños que en niñas. Los agresores más frecuentes son el padre y la madre, siendo ésta la mayor agresora en cuanto a negligencia y descuido se refiere.

Y así, como las personas se desarrollan y progresan a través del ciclo vital, también confrontan a la muerte según los eventos que les toque vivir. Por ejemplo, algunas experimentan estrés agudo del cual pocos se recuperan, otros sufren con menos intensidad y por cortos períodos de tiempo. Algunos han visto recuperación rápida y comienzan a experimentar problemas de salud o dificultades en la concentración de las tareas o actividades de la vida diaria. Sin embargo, un gran número de personas manejan y controlan la pérdida cuando se presenta un evento traumático potencial, pero desafortunadamente, existen otros que no (Pinquart y Sörensen, 2003).

El Papel de la resiliencia en la recuperación psicológica

El conocimiento psicológico de los individuos adultos cuando afrontan la pérdida o el trauma, ofrece una perspectiva de la adaptación postraumática más que rasgos patológicos de cronicidad. Diversos autores

desafían estas acepciones y evidencias que representa la *resiliencia* en una trayectoria distinta del proceso de recuperación (Pinquart y Sörensen, 2003).

En la literatura acerca de la pérdida y el trauma, los investigadores tienden a asumir una respuesta unidimensional con poca variabilidad entre los adultos que han sido expuestos a eventos traumáticos potenciales. Los teóricos también tienden a asumir que la aceptación de la muerte de un amigo íntimo es necesariamente un proceso activo que puede ser o no relativo y en la mayoría de los casos, debería estar facilitado por una intervención clínica. (Pinquart y Sörensen, 2003).

Sin embargo, los teóricos y los practicantes a veces asumen que los individuos expuestos a eventos violentos y de mal trato podrían beneficiarse de intervención profesional. Por lo regular, las intervenciones clínicas en los casos de violencia intensa suele ser, algunas veces, inefectiva o aún perjudicial (Bonano, Papa y O'Neill (2001), citados por Bonano, 2004).

Aunque por siglos los practicantes han unido los eventos violentos con las disfunciones psicológicas y fisiológicas, históricamente también ha habido confusión y controversia sobre la naturaleza de los eventos traumáticos y acerca de considerar las reacciones psicológicas como malestar, debilidad o disfunción genuina. La inclusión de la categoría Trastorno de Estrés Post traumático (TEPT), en el DSM III Tercera Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1980, resultó en el surgimiento de la investigación y la teoría acerca de las reacciones traumáticas clínicamente significativas. Ahora, hay un apoyo considerable de gran utilidad para las intervenciones con individuos diagnosticados con criterios de TEPT. Los tratamientos con

terapia cognitivo – conductual ayudan a los individuos traumatizados a comprender y manejar la ansiedad y el miedo asociado con estímulos anexos al trauma, y es la más efectiva (Lamprecht y Sack, 2002; Resick, 2001, citados por Bonano, 2004).

Por tanto, otros estudios generalmente muestran pocas diferencias entre los tratamientos, hay algunos que evidencian resultados superiores con la exposición prolongada a la terapia, por ejemplo, el estudio de Foa y colaboradores en 1999 (Bonano, 2004).

Los componentes esenciales de la exposición al tratamiento, usualmente involucran confrontaciones repetitivas con los recuerdos del factor estresante (exposición imaginaria) y con situaciones que evocan miedos irreales (exposición in vivo) (Zoellener, Fitzgibbons y Foa, 2001, citados por Bonano, 2004).

Irónicamente, la efectividad de revivir las experiencias traumáticas en los individuos con TEPT puede haber ayudado a distinguir entre recuperación y adaptación post traumática. Los investigadores han hecho pocas aseveraciones al distinguir subgrupos dentro de la categoría de individuos que no muestran TEPT. Los individuos resilientes y recuperados aún no se enmarcan en categorías únicas para cada uno. Sin embargo, cuando los investigadores no direccionan esta distinción, corren el riesgo de asumir que un grupo de personas resilientes no lo sean y viceversa, debido a que los procesos traumáticos a los que fueron expuestos, recobren la mayor cantidad de síntomas posibles para intensificar el trauma (Bonano, 2004).

Diagnóstico e intervención en el TEPT

La naturaleza de esta aseveración se evidencia en el debate contencioso relacionado con el trauma psicológico. Una alternativa reciente de la intervención del trauma fue propuesta por [Linz, Gray, Bryant y Adler \(2002\)](#), citado por [Bonano \(2004\)](#) la cual resuena con la distinción propuesta aquí, mientras expone que todos los individuos expuestos a eventos traumáticos potenciales se pueden beneficiar con la intervención temprana. Ellos propusieron que el desarrollo inicial de las prácticas de intervención con individuos que muestran posibles factores de riesgo, por ejemplo, trauma inicial, poco apoyo social e hiperexcitación para desarrollar el TEPT crónico.

Implícitamente, esta aproximación es una idea de que muchos individuos expuestos a eventos traumáticos mostrarán resistencia a la adaptación que no debería interferir con una intervención clínica (Bonano, 2004).

Sin embargo, el TEPT crónico ciertamente garantiza el hecho de que una vasta mayoría de individuos expuestos a eventos de estrés intenso con características traumáticas, no vayan a desarrollar el trastorno debido a que no han recibido atención adecuada. Eso es lo que se ha establecido con los individuos expuestos, los cuales evidencia en baja proporción un TEPT o reacciones de estrés subclínicas que experimentan durante el lapso de varios meses o más. Por ejemplo, una encuesta dirigida a una población un mes después de los ataques del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York, estimó que el 7.5% de los residentes de Manhattan podría clasificarse en los criterios de TEPT y que el otro 17.4% se encontraría en el criterio del sub-síndrome del TEPT, es decir, niveles altos de sintomatología que no se

encontrarían criterios de diagnóstico completos (Galea, Ahern y colaboradores, 2002a; 2003b, citados por Frederickson y Tugade, 2003)

En un estudio diagnóstico de tipo transversal realizado por Waugh y Larkin (2002), citados por Frederickson y Tugade (2003), se ha encontrado la presencia de TEPT crónico; y fue así como probablemente, hubo una continua exposición a los estímulos estresantes. Sin embargo, la mayoría de los respondientes evidenciaron un decline rápido de los síntomas sobre el tiempo, es decir, la prevalencia de TEPT se relacionó en una probabilidad de 9/11 con sólo el 1.7% en los cuatro meses de indagación, y un 0.6% a los seis meses, mientras que el sub-síndrome del TEPT se ubicó en 4.0% y 4.7%, respectivamente en ese tiempo.

Esto demuestra que el interés por estudiar al TEPT, evidencia que la probabilidad de adquisición del trastorno varía de acuerdo a la relevancia de la situación para el individuo afectado y el tiempo de exposición a los estímulos que desencadenan los síntomas (Waugh y Larkin, 2003, citados por Frederickson y Tugade 2003). Por eso, a través del siglo XX, éste interés de estudio de los impactos psicológicos de los traumas ha tocado cumbre durante el inicio y la culminación de guerras, con el primer estudio acerca de las secuelas psicológicas del combate, que se denominó *fisionevrosis*, y que fue publicada en 1941 por A. Kardiner al observar que los sobrevivientes de la Segunda Guerra Mundial, después de la muerte de los prisioneros de guerra en los campos de concentración, evidenciaron los efectos del trauma psicológico extremo al que se exponían.

Según Ozer, Best, Lipsey y Weiss (2003), citados por Brito y Bartone (2004), el DSM III revisado incluyó como referencia el término “fatiga de combate”, en 1968, el cual fue relacionado posteriormente a la fobia asociada al combate militar y manifestada con los ejercicios que se practicaban, los entrenamientos de escalar, correr y trepar. Ambos son considerados fenómenos clínicos, sin embargo, se incluyó en la categoría diagnóstica de “perturbación situacional transitoria”, conocida posteriormente por Keiser (1968) como *neurosis traumática*, y publicada en el mismo año, sugiriendo un efecto más profundo y crónico del estrés traumático.

Un claro reconocimiento de la coherencia de las reacciones del TEPT crónico, aun no ha sido materializado debido a que los nombres iniciales explicaban fenomenológicamente los factores estresantes durante la exposición a los mismos (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados Brito y Bartone, 2004). A comienzos de 1970, los veteranos de la Guerra del Vietnam que fueron hospitalizados en el Departamento de Asuntos Veteranos en las unidades psiquiátricas fueron diagnosticados con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos relacionados con las situaciones de combate y los problemas vistos en la Segunda Guerra Mundial y los Veteranos de la Guerra de Corea (Horowitz y Solomon 1975, citados por Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados por Brito y Bartone, 2004). Más aun, los clínicos llegan a reconocer y escribir con relación a los patrones comunes de las secuelas psicológicas de las mujeres que habían sido abusadas sexualmente y en términos del *síndrome de trauma del rapto* que

se incluyó en la literatura de entonces (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados por Brito y Bartone, 2004).

El sufrimiento psicológico descrito fue sorprendentemente similar en términos de procesos, si no del vocabulario utilizado. Esas mujeres fueron observadas cuando se ponían “en guardia”, manifestaban evitación y experimentaban implosión con los recuerdos e imágenes de la situación de abuso o rapto. Esto permitió que los investigadores reconocieran separan los síndromes ya que la mayoría de las veces, las respuestas diferían.

Por tal razón el incremento del interés de estudio por los síntomas del TEPT, y el incrementos consecuente de las investigaciones empíricas culminaron con la introducción del Trastorno por Estrés Postraumático en la nomenclatura del DSM III en 1980; ésta fue muy controvertida tanto, que en la novena edición del (Clasificación Internacional de Enfermedades) CIE - 9 de la Organización Mundial de la Salud en 1978.

No obstante, la prevalencia del TEPT en la década pasada, se evidencia con estudios donde se evalúa en adultos, tal es el caso del Estudio Nacional de Reajuste para los Veteranos de Vietnam, en el cual se encuestó en todo el territorio nacional tanto a hombres como a mujeres que participaron en la Guerra del Vietnam, que incluían, personal militar y profesionales de la salud que sirvieron en el acto bélico. Se estimó que 30.9% de los hombres y el 26.0% de las mujeres se encontraron diagnosticados bajo el criterio de TEPT durante su servicio en Vietnam. La prevalencia estimada fue de 15.2% de los hombres y un 8.5% para las

mujeres Schelger y cols (1992), citados por Ozer, Best, Lipsey y Weiss (2003), citados por Brito y Bartone (2004).

Se realizaron revisiones cualitativas del TEPT en la literatura prestando especial interés al papel del personal y a las variables ambientales en la predicción del TEPT, lo cual permitió la comprensión de las mismas que la mostrada por las revisiones cuantitativas (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados por Brito y Bartone, 2004).

Por su parte, los predictores cuantitativos del TEPT en los adultos, se publicó durante el periodo en el cual se condujo el trabajo de Brewin y cols (2000), citado por Brito y Bartone (2004). Durante el desarrollo del meta análisis, se estudió cinco predictores demográficos como fueron: la edad, el género, estatus socioeconómico, educación y raza; y nueve variables más. Éstas se categorizaron en tres grupos: (a) históricos o con características estáticas tales como historia psiquiátrica familiar, inteligencia, adversidad en la infancia y trauma; otros previos al trauma; (b) severidad del trauma; y (c) apoyo social y estrés intercurrente en el intervalo entre la exposición al trauma y la evaluación de los síntomas del TEPT o la presencia del trastorno Ozer, Best, Lipsey y Weiss (2003), citados por Brito y Bartone (2004).

Otro hallazgo clave fue el de Brewin y cols. (2000), citados Brito y Bartone (2004), que permitió evidenciar la heterogeneidad considerable de los efectos de predictores específicos. Demostraron que los grados de magnitud en cada grupo de trauma, mostraba amplia variabilidad en el conjunto de predictores que evidenciaban la poca capacidad de generalizar las conclusiones. También examinaron los efectos de las muestras y las

características de estudio en las mediciones sobre tamaño del efecto. Aunque en sí mismas, las mediciones provocaban patrones de conflictos en los resultados. Como un ejemplo, se considera la comparación de los estudios con una muestra de civiles y otra de militares. El promedio de las mediciones de efecto para el apoyo social, fue significativamente distinta en los dos tipos de muestras, pero el promedio de las mediciones para el estrés no fue distinto en ambas muestras. De forma similar, si el TEPT fue indexado por un diagnóstico dicotómico o una medición continua de los síntomas, hacen una diferencia significativa sobre el valor del promedio de las mediciones para la severidad del trauma, pero no para el apoyo social.

A los hallazgos del TEPT en situaciones de postguerra, y donde el tratamiento no sólo se basaba en la asistencia de apoyo social, se evidenció durante la guerra ruso-japonesa (1904-1906) en el cual los psiquiatras rusos hicieron una importante contribución al tratamiento de la Neurosis Traumática de Guerra (actual TEPT), pusieron a sus pacientes mentales en manos de profesionales próximos al frente, y establecieron una red de centros de evacuación a lo largo del transiberiano, en sus resultados mencionaron estados de confusión y episodios "de excitación histérica" de corta duración, seguidos de irritabilidad, temor e inestabilidad emocional a lo largo de semanas y como reacciones ante la batalla, lo que constituyó las primeras descripciones de Neurosis Traumática de Guerra, estos informes junto a las experiencias de psiquiatras ingleses y franceses de los años 1914 a 1917 proporcionaron la base para la ley que creó la Organización Psiquiatría del

Ejercito de los Estados Unidos (Center for Disease Control (CDC).: Health Status of Vietnam Veterans. Jama, 1989).

En 1917 un comité selecto compuesto por Pearce Bailey, Thomas Salmon, Adolf Meyer, William A. White y Stewart Paton, asesoró al Surgeon General Gorgas sobre el problema de la neurosis de guerra y recomendó la creación de hospitales psiquiátricos cercanos al frente. Salmón (1917), visitó Inglaterra y señaló la importancia del tratamiento precoz en la vanguardia y el éxito obtenido con ello de los psiquiatras franceses que informaban de buenos resultados aproximadamente en el 90% de los afectados. La recomendación de Salmón consistió en que siempre que fuera posible los psiquiatras fueran destinados a posiciones de vanguardia, y ordenó (Salmón dirigía la psiquiatría militar de la fuerza expedicionaria estadounidense) que los psiquiatras de división se situaran en el punto de asalto durante el combate, con lo que podían devolver a los hombres a sus lugares, mandarlos a los hospitales próximos de campaña para unos pocos días de descanso y tratamiento o evacuarlos a la retaguardia de la división.

Con este método se consiguió devolver a cumplir con su deber al 60% de los pacientes en un plazo igual o inferior a 14 días. Y basándose en estas experiencias, los métodos desarrollados para el tratamiento de la reacción de combate son sencillos, Artiss (1963), citado por Center for Disease Control (CDC).: Health Status of Vietnam Veterans. Jama, (1989), ha descrito la pauta terapéutica en términos que han llegado a ser clásicos: (a) El principio de proximidad en el cual el paciente tiene que ser tratado lo más cerca posible del lugar donde ha experimentado la crisis emocional; (b) El principio

de prontitud que debe ser atendido de forma inmediata o lo más pronto posible después de la aparición de la crisis; (c) El principio de expectación, en el cual el paciente tiene que esperar (y se esperará de él) su reincorporación a sus anteriores funciones tras un corto periodo de recuperación de su equilibrio emocional.

Con estos principios resultó sensato y práctico ayudar a los soldados con alteraciones a soportar las exigencias del combate en vez de mandarlos a remotos hospitales, con lo que se evitó la sensación de fracaso personal y el desarrollo de síntomas permanentes de evitación fóbica y la consiguiente incapacidad crónica.

Quizás también por primera vez Salmón y sus colegas de la fuerza expedicionaria percibieron y utilizaron las actitudes y la conducta del personal asistencial como instrumentos terapéuticos y más tarde esta técnica ha formado la base de diferentes tipo de terapia ambiental, tanto en la psiquiatría civil como en la militar (Artiss, 1963, citado por Center for Disease Control (CDC).: Health Status of Vietnam Veterans. *Jama*, 1989).

La principal conclusión de Brewin y cols. (2000), citados Brito y Bartone (2004), fue que el conjunto de estudios mostraron una marcada heterogeneidad. Ésta ocurrió en ambos estudios en el rango de mediciones de efectos, pero dentro de los predictores, así como también, dentro del conjunto de estudios de predictores individuales como aquellos que moderaron sus características de acuerdo al tipo de muestra seleccionada y al método de medición para el diagnóstico de síntomas de TEPT. Como consecuencia, estos autores se opusieron a la construcción de un modelo

general para todos los casos de TEPT, debido a que esta aproximación ha sido aplicada a otros trastornos mentales tales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados Brito y Bartone 2004).

Tal y como se ha mostrado, el diagnóstico de una enfermedad crónica produce un impacto en la esfera psicológica de la persona y una serie de reacciones como se ha descrito con el TEPT. Para ello, se hace necesario que la persona busque una readaptación a la situación traumática (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados Brito y Bartone 2004).

La readaptación traumática deberá entenderse como la integración de un individuo que es participe de una nueva realidad dentro de la sociedad, ejerciendo sus posibilidades de forma que le permitan el máximo desarrollo psicológico, personal y social (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados por Brito y Bartone,2004).

La readaptación de un enfermo crónico esta directamente relacionada con las capacidades energéticas y funcionales que le quedan, con su edad, con su nivel educativo y fundamentalmente con su personalidad y con la fuerza de las motivaciones afectivas para superar su déficit. Así, un diabético que consigue un adecuado control de su enfermedad con un medicamento oral apenas tendrá dificultades para reintegrarse con normalidad a su actividad; ese mismo paciente con frecuentes crisis hipoglucémicas y múltiples ingresos hospitalarios quizás deba plantearse un cambio laboral (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003, citados Brito y Bartone, 2004).

En distintos estudios con estados emocionales se ha demostrado que la incapacidad funcional es tanto mayor cuanto más elevadas sean la ansiedad, la depresión, la apatía y la dependencia (Frederickson, 1998, Detweiler, Salovey, Steward y Rothman, 2000, citados por Smith, Zautra, 2002). Se considera que la depresión y la reacción de luto deben de respetarse en un primer momento. Este mecanismo de defensa tiene un pronóstico bastante favorable, y será mejor en un enfermo moderadamente ansioso haciéndose más desfavorable cuanto más elevado sea el nivel o mayor gravedad presente el estado depresivo. No obstante, el mantenimiento de la negación como mecanismo de defensa, refleja unos pronósticos más adversos en cuanto al progreso y a la adaptación ulteriores (Detweiler, Salovey, Steward y Rothman, 2000, citados por Smith y Zautra, 2002).

La adaptación a la enfermedad crónica en el ciclo vital

La edad de aparición de la enfermedad tiene importancia según sea el momento de presentación (por ejemplo si es congénita o adquirida, si es en la infancia, en la edad adulta o en la vejez). Las personas que padecen agenesias congénitas se han formado con su déficit construyendo su esquema corporal de forma distinta a un sujeto sin esta alteración intrauterina, el cual si sufre una amputación se afligirá por la dificultad de igualar la visión de su cuerpo con la representación de su imagen corporal (Detweiler, Salovey, Steward y Rothman, 2000, Smith y Zautra, 2002).

Por otro lado, la edad es un factor determinante del modo de respuesta a la enfermedad y determinante la readaptación. Así, entre los

trastornos desencadenados por la enfermedad en los individuos afectados durante su infancia están los de la imagen de su cuerpo y el conjunto de relaciones afectivas, sociales y profesionales. Desde el punto de vista psicológico, la aparición de una enfermedad crónica en uno de los periodos fecundos de la vida agrava el déficit. Las enfermedades aparecidas relativamente tarde en la vida de un adulto adaptado son amortiguadas por el éxito profesional y personal que actúa como sostén de la frustración. En el anciano la capacidad adaptativa ante la enfermedad queda limitada en mayor grado que en los adultos más jóvenes por ser sus recursos físicos y los apoyos afectivos y sociales en la mayoría de los casos menores. La pérdida crea sentimientos de resignación, colabora a poner en evidencia la necesidad de dependencia y de este modo dificulta la rehabilitación integral del paciente (Bonano, 2004).

La forma de instauración, según sea brusca o lentamente progresiva, puede influir el proceso readaptativo. En los casos de ceguera de aparición brusca, la pérdida de la visión va seguida de un periodo de shock con signos de despersonalización y de pasividad. Aparece después un estado depresivo seguido por una fase de reorganización, cuyas particularidades dependen de la personalidad previa. Estas fases son menos evidentes si la ceguera se instaura progresivamente. Cuando aparece lentamente (artrosis, esclerosis, arteritis), el déficit se desliza en la personalidad, dejándose moldear por ella. La evolución progresiva permite la actuación de mecanismos de defensa. Por el contrario, el accidente brusco determina una solución de continuidad entre pasado y un futuro en la vida del individuo (Bonano, 2004).

El progreso de la readaptación también está en relación con el umbral de tolerancia a la frustración del sujeto y de la idea que se hace el paciente de sus posibilidades. Es más eficaz en aquellos cuya tolerancia es elevada, soportan el fracaso y aceptan empezar de nuevo. Las motivaciones para hacer un esfuerzo son más intensas si se cree capaz de superar las dificultades y estima que el fin justifica sus esfuerzos, es decir se esforzará más logrando un progreso mayor si espera triunfar. Por tanto la confianza en sí mismo y la energía son factores de buen pronóstico (Detweiler, Salovey, Steward y Rothman, 2000, Smith y Zautra, 2002).

El valor del soporte social y las emociones en la adaptación postraumática

Otro factor a tener en cuenta en la perspectiva de triunfo o de fracaso de la readaptación, es la situación de refugio que puede encontrar el sujeto en la enfermedad, pudiendo evadirse de esta forma de la realidad. Entre los beneficios secundarios de la enfermedad no hay que olvidar las ventajas inmediatas de paro laboral, la huida de las dificultades profesionales, la protección de las tensiones y obligaciones familiares y sociales, las satisfacciones regresivas que encuentra el paciente de los cuidados y atenciones que se le prodigan y el que se convierta en un vehículo para hacer desaparecer situaciones que podrían causar decepción. En esta situación, aparentemente cómoda, el enfermo ve en la cronicidad una solución aceptable para sus problemas afectivos y puede que no encuentre motivos para querer abandonarla (Detweiler, Salovey, Steward y Rothman, 2000, Smith y Zautra, 2002).

La familia va a suponer un pilar esencial en la readaptación del paciente. El medio familiar suele ser el entorno habitual de vida del paciente y la separación de él muchas veces constituye un factor agravante del defecto. Por eso es interesante para la readaptación del paciente crear una atmósfera familiar apropiada y preservarla limitando los ingresos a los casos indispensables. Una familia que acepta la enfermedad en un ambiente acogedor y anima al paciente sin infantilizarlo, puede conseguir un importante apoyo para su rehabilitación. Por el contrario cuando se cuestionan los tratamientos y el pronóstico, con frecuentes críticas, la influencia que se ejerce sobre el proceso de readaptación del enfermo es desfavorable (Horton y Wallander, 2001).

En los pacientes que requieren el ingreso en centros específicos, de media o larga estancia (hospitales para minusválidos físicos, centros de rehabilitación), se pueden plantear problemas relacionados con la resistencia a los cambios. En los sujetos que conviven con su familia se evidencia una situación de crisis psicológica ante el ingreso en dicho hospital; en los internos, esta crisis se produce según se aproxima la fecha de la salida, aumentando la ansiedad del enfermo ante la inseguridad que siente (Cohen y Wills, 1985, citados por Horton y Wallander, 2001).

Pero los estados de salud del paciente, suele depender de diversos factores que definen la etiología de la enfermedad que ha desarrollado. De hecho, la salud del hombre es un proceso complejo sustentado sobre la base de un equilibrio entre factores biopsicosociales. Lograr que el hombre se adapte a su medio implica la manutención de la adecuada sincronización de

las funciones de los sistemas de su organismo, y en caso del surgimiento de un “desbalance”, esta adaptación depende del restablecimiento de ese equilibrio (López, 1999, citado por Arteaga y Ospina, 1999).

La enfermedad afecta tanto al cuerpo como a la mente y ante todo debe aceptarse al momento de presentarse y después, cada cual debe tomar la dirección y la responsabilidad de su salud. En el caso de la incidencia sobre el factor psicológico o mental, las repercusiones más evidentes se dan en la manifestación de emociones en la persona afectada (Arteaga y Ospina, 1999).

Las emociones son procesos adaptativos, entonces, ¿por qué y cómo intervienen en unos casos y determinan en otros, mecanismos que favorecen la enfermedad?. Una de las claves a la hora de entender la repercusión de las emociones en la salud es la conceptualización del proceso emocional. En él aparecen dos filtros entre la situación interna o externa que desencadena el proceso y la manifestación de las emociones en el sujeto protagonista (Werner y Smith, 1992, citados por Tugade y Fredrickson, 2004).

El primero de ellos, la evaluación cognoscitiva, modulará la activación emocional en sus componentes de experiencia subjetiva o sentimiento, expresión corporal, tendencia a la acción y respuestas fisiológicas y será el responsable del reajuste de las emociones a las demandas del entorno; pero, también, puede ser el responsable de que las emociones pierdan su valor adaptativo y sean, entonces, perjudiciales para la salud (Lazarus, 1993, citado por Tugade y Fredrickson, 2004).

El segundo filtro, que actúa entre la activación y la expresión emocional, se refiere a los mecanismos socioculturales de control emocional que determinan en gran medida los estilos de afrontamiento, es decir, las estrategias que cada persona pone en juego para responder ante las emociones (Demos, 1989; Wolin y Wolin, 1993, citados por Tugade y Frederickson, 2004).

En resumen, la función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este, y de la respuesta de afrontamiento que genere; y como se había planteado anteriormente, la salud humana es un complejo proceso sustentado sobre el equilibrio de factores biopsicosociales, es decir, una persona sana tiene en equilibrio tanto su cuerpo como su mente, en adaptación con su entorno.

De lo anterior se desprende, que existe una relación entre mente y cuerpo y que la falta de equilibrio en uno de ellos, afecta el equilibrio y el buen funcionamiento del otro. La enfermedad afecta tanto al cuerpo como a la mente. De esta relación mente/cuerpo nace la medicina psicosomática, que se centra en el estudio de las interacciones entre los procesos psicológicos (mente) y la ocurrencia de ciertas enfermedades (cuerpo) (Waugh y Larkin, 2003, Tugade y Frederickson, 2004).

Establecida la relación, el psicólogo Robert Ader del National Institute of Mental Health, se dedicó a investigar cómo influyen ciertos procesos

psicológicos, las emociones, en la salud. Es así como nace un nuevo campo de investigación, la Psiconeuroinmunología (PNI), que estudia los vínculos que existen entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso central. Su mismo nombre reconoce las relaciones: *psico* o "mente"; *neuro*, que se refiere al sistema neuroendocrino (que incluye el sistema nervioso y los sistemas hormonales); e *inmunología*, que se refiere al sistema inmunológico. Ha sido utilizada para establecer posibles relaciones entre los factores de comportamiento y la progresión de enfermedades.

Según Ader (1974), citado por Greenberg (2002), hay una infinidad de modos en que el sistema nervioso central y sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no están separados sino íntimamente interrelacionados.

Se está descubriendo que los mensajeros químicos que operan más ampliamente en el cerebro y en el sistema inmunológico son aquellos que son más densos en las zonas nerviosas que regulan la emoción. A cargo de estas investigaciones está el psicólogo David Felten. Él comenzó notando que las emociones ejercen un efecto poderoso en el sistema nervioso autónomo (SNA), que es el que regula diversas funciones del organismo. Detectó un punto de reunión en donde el SNA se comunica directamente con los linfocitos y los macrófagos, células del sistema inmunológico. Se descubrieron contactos semejantes a sinapsis, en los que los terminales nerviosas del SNA tienen terminaciones que se apoyan directamente en estas células inmunológicas. Este contacto físico permite que las células

nerviosas liberen neurotransmisores para regular estas células (Goleman, 1996, citados por Domínguez y Montes, 1998).

Luego de diversos estudios, David Felten (1994), citados por Domínguez y Montes (1998), concluyó que sin esas terminaciones nerviosas el sistema inmunológico no responde como debería al desafío de las bacterias y los virus invasores. En resumen, el sistema nervioso no sólo se conecta con el sistema inmunológico, sino que es esencial para la función inmunológica adecuada.

Otra vía clave que relaciona las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996, citado por citados por Domínguez y Montes, 1998).

Basándose en esto, se ha establecido la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades. Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Así mismo, se investiga si las emociones positivas

son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad (Tugade y Fredrickson, 2004).

También, las emociones y la salud se relacionan cuando la persona ya está enferma, y pueden ser emocionalmente frágiles mientras están enfermas porque el bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que el mundo está a salvo y seguro. De pronto, las personas se sienten débiles, impotentes y vulnerables, por esta razón, una de las emociones más típica cuando se está enfermo es el *miedo* (Lefcourt, Davidson- Katz y Kueneman, 1993, citados por Tugade y Fredrickson, 2004).

Sin embargo, se ha descubierto que otras emociones negativas, como la ira, la ansiedad o la depresión, y también el estrés, debilitan la eficacia de ciertas células inmunológicas. Los estudios confirman que las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Salovey y Mayer, 1996; Moskowitz, 2000, citado por Tugade y Fredrickson, 2004).

Las emociones están hechas para aumentar la adaptación al medio personal y social en el sentido en que Darwin lo planteó y no solamente para lograr la felicidad. En realidad, cuando nos apoyamos en el estudio de casos como el de Pablo -de conocimiento tipo clínico sobre las condiciones que resultan útiles para las emociones negativas-, se puede reconsiderar el hecho de sólo suministrarle pastillas (analgésicos) a un paciente con dolor crónico, como una acción con más de un desenlace posible. Una de ellas podría, por ejemplo, aliviar y representa después de todo, sólo un aspecto del problema general de la adaptación humana (Salovey, Detweiler, Steward y cols., 2000).

Para entender el papel del dolor y el sufrimiento en la adaptación, es necesario ubicarse en el año 1963 cuando se pensaba que era producto de una lesión o daño en cualquier parte del cuerpo y que de manera inmediata y -automática se enviaba a los "centros de dolor" en el cerebro; a esta explicación se le conoció como "la teoría del cable telefónico".

En la actualidad, con los avances de diferentes investigaciones se sabe que puede presentarse sin que ocurra una lesión y aun puede haberlas pero sin que se desencadene sufrimiento. Éste es una importante emoción negativa considerada actualmente como *una percepción compleja* es decir, que los cambios en una persona pueden ser influidos por su estado físico (sensorio-discriminativos), el gusto o disgusto (afectivos) y por los pensamientos (cognoscitivos). Desde el punto de vista evolutivo, el dolor al igual que otros sentimientos considerados negativos, impulsa a las personas

a evitar acciones que podrían causarles más daño o la muerte. La ansiedad induce cambios al nivel conductual, cognoscitivo, psicofisiológico, etc., que facilitan la autoprotección de amenazas físicas o sociales. La enfermedad conocida como *siringomelia* (una degeneración del cordón espinal que selectivamente elimina la transmisión del dolor en varias partes del cuerpo, especialmente las manos) ilustra también la utilidad de éste. Un fumador con este padecimiento repetidamente permite que su cigarro continúe prendido, hasta el extremo de quemar sus propios dedos, sin manifestar reacción alguna (Salovey, Detweiler, Steward y cols., 2000).

Según Torres y Posada (1994), problemas como el intento de suicidio de jóvenes que recurren al uso de drogas cuando se ven enfrentados a situaciones dolorosas han llevado a preguntarse:

- a) ¿Por qué el dolor es doloroso? Al parecer eso permite que la persona invariablemente se percate de que algo está ocurriendo en su cuerpo o en sus pensamientos: un aviso de que la piel está lastimada y su bienestar se ha alterado generándose un intenso estado motivacional, suficiente para cumplir con los propósitos adaptativos y de sobrevivencia.
- b) ¿Por qué una situación dolorosa debe estar vinculada con un nivel elevado de sufrimiento? Para cumplir con sus funciones adaptativas tiene que ser aversivo, con el fin de activar los mecanismos motivadores de la mente. Éstos aseguran la eliminación (o al menos lo intentan) de la fuente del dolor y adquieren aceleradamente una mayor importancia que otras

conductas. En la regulación de lo que ocurre en nuestro cuerpo, rara vez puede presentarse algo más importante para la adaptación del individuo, que interrumpir el daño a su propia estructura. Los pacientes afectados por el dolor crónico se ubican en el extremo opuesto al de aquellos que sufren siringomelia y saben muy bien lo infructuoso que resulta intentar, ignorar, inhibir o pensar en otra cosa. El reclamo de atención es crucial para cumplir su función evolutiva.

Para Frederickson (2001), hay una gran variedad, de sistemas defensivos en el cuerpo humano; algunos son desencadenados por enfermedades o estados infecciosos, por ejemplo: náuseas, vómito, diarrea, fiebre, tos, fatiga, ansiedad y se presentan ante la operación de detectores activados en el cuerpo que avisan la presencia de una amenaza o de un agresor interno. La náusea, el vómito y la diarrea *eliminan* toxinas detectadas, en el tracto gastrointestinal, y la tos *expulsa* las materias, dañinas en el respiratorio. La fiebre *contraataca* la infección. La fatiga nos *previene* los daños ocasionados por ejercicio, físico excesivo. La ansiedad *protege* al organismo de una amplia gama de peligros y amenazas (Frederickson, 2001).

Entre las diferencias de cuándo estas reacciones son *defensivas* y cuándo *problemáticas* o "*defectos*", destaca la utilidad de las primeras y el peligro de bloquearlas. Obstruir una diarrea puede agravar ciertas infecciones o fomentar las complicaciones, encubriéndolas (Potier, 1994. citado por Frederickson, 2001). Por el contrario, los *defectos* al parecer no

tienen utilidad funcional. Algunas lesiones en sí, no son dolorosas, excepto cuando hay una alteración de la función normal. En este marco, la capacidad para sentir dolor está presente sólo cuando en un sentido evolutivo un organismo ha conquistado niveles elevados de maduración, es decir, cuando ha sido capaz de convertir los estados considerados como defectos en recursos para el organismo.

La presencia de sentimientos negativos en el repertorio emocional humano está asociada con las defensas y no con los defectos. La náusea, diarrea, tos, fatiga y ansiedad, producen niveles elevados de distrés o malestar emocional y revisten con un tono emotivo para que se puedan cumplir las funciones protectoras. De manera general, puede argumentarse que todas las sensaciones negativas son en principio componentes de las defensas adaptativas (Tugade y Frederickson, 2004). La selección natural ha moldeado cada clase de sentimientos negativos para ayudar a protegernos de diversas amenazas. Una persona que no experimenta la náusea como aversiva puede llegar a comer tacos con carne descompuesta (comida tóxica); y un joven que dice no sentirse fatigado después de dos partidos de fútbol puede sufrir daños en sus músculos y coyunturas. En este contexto el sufrimiento emocional puede ser tan útil como la incomodidad física (Tugade y Frederickson, 2004).

Los cambios emocionales a los que se denomina serenidad o malestar ajustan la respuesta de una persona ante los problemas y actividades que debe afrontar. De esta manera, el miedo, la tristeza, el amor,

el coraje, el rencor, los celos, etcétera, constituyen rutinas psicológicas diferenciadas que gradualmente son moldeadas por la selección natural para elevar la habilidad de las personas para enfrentar cada desafío, contratiempo y conflicto que se les presente (Tugade y Frederickson, 2004).

Todas las emociones (más las negativas) pueden tener propiedades defensivas en ciertas situaciones y también pueden ser contraproducentes. El punto importante aquí es entender la importancia de la *flexibilidad emocional*, en este sentido no se puede rechazar lo positivo o negativo, el aspecto sobresaliente para la adaptación humana es la capacidad de transitar de una emoción a otra de acuerdo con las circunstancias. Así lo señaló Aristóteles en el 394 a.c. en su *Ética Nicomaquea*: "cualquiera puede enojarse -eso es fácil-. Pero enojarse con la, persona correcta en el grado apropiado, en el momento y propósito conveniente y en la modalidad, pertinente no es sencillo".

En, otras palabras, en el terreno de las emociones y con el fin de que no se conviertan en un defecto y cumplan sus funciones defensivas y adaptativas es necesario 1) reconocerlas -no bloquearlas, negarlas o drogarlas- para que contribuyan a energizar las actividades intelectuales y creativas; 2) desarrollar la habilidad de "leer" los más sutiles cambios emocionales en otros (empatía) para conducir armoniosamente nuestras relaciones y enriquecerlas, justamente como lo recomendó Aristóteles al referirse a lo que hoy llamamos inteligencia emocional (Goleman, 1996, citado por Salovey, Detweiler, Steward y cols. 2000). Por lo tanto, la

ansiedad puede ser fructífera y oportuna cuando ayuda a escapar de la amenaza de un perro furioso, pero esta misma emoción puede constituir un serio obstáculo cuando se presenta en el momento de acercarse y hablar por primera vez con la persona que más nos interesa. Aunque el fantaseo que produce el amor romántico puede ayudar al cortejo, esta misma conducta puede incapacitar totalmente a un individuo cuando tiene que huir de un perro furioso o de un asalto.

¿Por qué las emociones son siempre positivas o negativas y nunca neutrales? Como lo han postulado algunos estudios realizados por biólogos (Williams, 1996, citado por Salovey, Detweiler, Steward y cols. 2000) las situaciones que no ofrecen opción o amenaza no las generan. Si la ansiedad fuera placentera, los jóvenes andarían en patines por el periférico en lugar de evitarlo, Se transportarían en bicicleta sin usar casco en medio de los taxis, ignorando los autobuses y los camiones de carga.

Con el estudio científico de las emociones cada día pueden entenderse problemas graves como el suicidio y situaciones de la vida diaria, como la molestia que siente un joven cuando sus padres lo comparan con su hermano. Se ha calculado, que en el repertorio de las sensaciones humanas hay más negativas que positivas (quizá dos veces más).

Sentimientos como felicidad, excitación, placer, deseo, sirven para motivar impulsar a las personas a conquistar mayores ventajas en cada oportunidad. En contraste, las amenazas pueden presentarse en muchas

modalidades: depredadores, animales venenosos pequeños, enfermedades, estar, demasiado descubierto, fatiga total, exclusión de un grupo, pérdida o separación de los seres queridos, etcétera. En consecuencia, para cada tipo de situación amenazante se han desarrollado distintos patrones en respuesta para poder afrontarlas. En este sentido, una parte importante de la inteligencia emocional tiene que ver con la capacidad de resolver problemas y no sólo con cuántos problemas enfrenta una persona (Salovey, Detweiler, Steward y cols. 2000).

De todas las emociones negativas, la ansiedad es obviamente la más útil. El pánico va siempre acompañado de un latido cardíaco rápido y vigoroso y favorece la producción de nutrientes y oxigenación extra para los músculos haciendo más rápido el retiro de los desechos en la circulación sanguínea. La elevación en la tensión muscular prepara al individuo para la huida, la defensa o la lucha, El acortamiento en la respiración induce a una respiración rápida e hiperoxigenación de la sangre. La sudoración enfría el cuerpo anticipándose así a la contienda Una mayor producción de glucosa sanguínea ayuda a producir más nutrientes para los músculos. La secreción de adrenalina en la sangre la hace que se coagule más rápido en caso de heridas. La circulación sanguínea se concentra del sistema digestivo hacia los músculos dejando una sensación de frío, vacío en el estómago y una tensión elevada preparatoria en los músculos (Tugade y Frederickson, 2004).

Paralelo a todos los cambios corporales (fisiológicos) se presentan cambios psicológicos y conductuales. La persona que enfrenta un ataque de pánico hace un lado todas sus otras, preocupaciones (por ejemplo: presentar un examen, sus fantasías sexuales, etcétera); literalmente toda su energía mental enfoca en evaluar el peligro y determinar la mejor manera de escapar de él. Esto ocurre aun antes de enterarse en qué consiste exactamente el peligro y su magnitud real. Un joven en una situación como ésta hace ajustes conductuales y está listo para dar una respuesta a la menor provocación (Tugade y Frederickson, 2004).

En el caso de los jóvenes, los peligros sociales representan (igual o más que los adultos) amenazas muy severas. Muchos reportan (en la consulta clínica), que se sienten "demasiado sensibles a las presiones y críticas sociales". Se atemorizan mortalmente de llegar a quedar excluidos o fuera de su grupo de amigos y sienten que están obligados a ser todo el tiempo, agradables e inteligentes con otras personas. Típicamente han intentado seriamente y en muchas ocasiones, incluso con la ayuda de un especialista (terapeuta), sobreponerse a estas "inseguridades", y con frecuencia piensan que deberían tener una alta autoestima, independientemente de haber reprobado un examen de admisión o de enfrentarse con juicios y opiniones sociales adversas.

Tratar de encontrar en el proceso de la evolución cuáles han sido los orígenes evolutivos de la tristeza, reviste varias dificultades especiales, por ejemplo: es relativamente fácil identificar de qué manera la felicidad resulta

benéfica para un joven, motivándolo a buscar y encontrar nuevas amistades, a emprender acciones, incluso ante la adversidad. ¿Pero qué beneficio podría proporcionar la tristeza? (Tugade y Frederickson, 2004).

Actualmente, la hipótesis más favorecida por los especialistas es la llamada "regulación del humor a través de la reubicación de los recursos". Un humor de valor positivo reubica la energía, tiempo y recursos sociales para destinarlos a empresas redituables. El negativo resta o limita las inversiones energéticas de empresas o esfuerzos desgastantes.

En general, los jóvenes considerados normales tienden a calificarse como más hábiles de lo que realmente son y a presumir de un mayor control sobre su ambiente que el que realmente ejercen. Estudios paralelos han demostrado que la mayoría de las personas piensan, les pueden ocurrir menos cosas negativas que a otras (Bandura, 1978). En contraste, muchos individuos ubicados en estados de tristeza o depresivos resultan brutalmente más atinados en las evaluaciones que hacen de sí mismos y de sus conductas -no son pesimistas, simplemente son precisos-. Normalmente una persona y más los jóvenes, ven el mundo a través de "lentes color de rosa". Este optimismo es justamente lo que se necesita para lograr que un sujeto persevere en empresas temporales no-provechosas y "aguantar" dentro de una relación que momentáneamente no va bien. Cuando las cosas son lo suficientemente negativas y por un periodo prolongado, las ilusiones tienden a relegarse para que sean probables cambios de mayor dimensión (Tugade y Frederickson, 2004).

Clínicamente las personas entran en una depresión cuando una estrategia básica vital (un hábito exitoso en otras épocas) falla y cuando no hay opciones disponibles a la vista. En estos casos, el alejamiento y la rumiación característica de un estado depresivo orillan al joven a ejecutar una reevaluación profunda de las metas y estrategias de vida hasta el momento vigentes. Los jóvenes se preguntan reiteradamente ¿Hice bien las cosas? ¿Estaré equivocado? ¿Siempre me equivoco?.

Otras líneas de investigación como la psiconeurobiología han planteado que el humor positivo ayuda a las personas a adaptarse a su situación social. En experimentos realizados con primates, los machos dominantes dentro de un grupo de monos *verbet* presentan los niveles más elevados de serotonina sanguínea. Cuando se retira al macho dominante de la colonia y es imposibilitado para poder dominar a otros, su nivel de serotonina disminuye abruptamente, deja de comer, se hace más lento y tiene la apariencia de estar profundamente deprimido. Hasta ahora se han propuesto varias explicaciones para entender la tristeza, por ejemplo, se considera que quizá sirva como: "llorar para llamar la atención", de la misma manera que el llanto de un bebé. Esta emoción puede estimular la ayuda y proximidad de los familiares cercanos. En realidad la *comunicación* es una de las funciones centrales de la tristeza. La de un joven puede ser el mensaje de que necesita ayuda (Tugade y Frederickson, 2004).

Es común en diversos campos profesionales de nuestro medio que se considere a los sentimientos (emociones) negativos como producto de algún

defecto en el cerebro, por lo tanto, muchos investigadores se han comprometido con la meta de localizar los mecanismos neuroquímicos cerebrales que midan la ansiedad y la depresión. Muchas personas de hecho heredan *susceptibilidades* a estados de depresión y ansiedad, en algunos casos éstas ciertamente provienen de "defectos" cerebrales. Condiciones así, constituyen verdaderas enfermedades que surgen de regulaciones defectuosas y se pueden comparar a las respuestas inmunes excesivas (de nuestro sistema inmunológico); pero si estar triste tiene una utilidad adaptativa, una tendencia a la depresión podría compararse mejor a una urgente inclinación a vomitar o a desarrollar fiebres elevadas ante enfermedades como el cólera o la tuberculosis.

Lo anterior no indica, en modo alguno, que todos aquellos que tengan estos sentimientos y emociones negativas serán más vulnerables a una enfermedad mental o física. Y dadas las condiciones del desarrollo de un estado adverso o aversivo en la experiencia humana, es necesario conocer que dentro de las capacidades humanas para afrontar el problema y lograr adaptarse a situaciones traumática, conviene determinar el concepto de *resiliencia psicológica*. Por resiliencia psicológica, se entiende como la capacidad de retroceder de las experiencias emocionales negativas y adaptarse flexiblemente a las demandas cambiantes de las experiencias estresantes (Block y Block, 1980; Block y Kremen, 1996; Lazarus, 1993, citados por Tugade y Fredrickson, 2004).

Ahora, se ha comenzado a investigar la utilidad de las emociones positivas en los contextos estresantes. Una revisión reciente evidencia que las emociones positivas ayuda a reponerse de los efectos antagónicos del estrés (Folkman y Moskowitz, 2000, Tugade y Frederickson, 2004). Por ejemplo, las estrategias positivas tales como la revaloración del problema objetivo y la interpretación de los eventos ordinarios con significado positivos que se relacionan con la ocurrencia y el mantenimiento del afecto positivo y predecir el incremento en el bienestar psicológico y físico (Folkman y Moskowitz, 2000, citados por Tugade y Fredickson, 2004).

Estos hallazgos sugieren que las emociones positivas son valiosas herramientas para establecer el bienestar aun fuera del contexto. La resiliencia psicológica va de la mano del conocimiento de las emociones positivas, así lo demuestran estudios sobre las habilidades de las personas para representar cognitivamente sus emociones y ejercer control efectivo sobre sus vidas emocionales, permitiendo el manejo mas efectivo de sus emociones durante las situaciones estresantes (Feldman Barret y Gross, 2001; Salovey, Hsee y Mayer, 1993, citados por Tugade y Fredickson, 2004).

La evidencia de estudios sobre el conocimiento de las emociones por parte Salovey y colaboradores (2000) citados por Tugade y Frederickson, 2004), especialmente la capacidad para discriminar las diferentes emociones negativas, especialmente las asociadas con amplios repertorios de estrategias reguladoras de emociones indicando que la capacidad para usar el conocimiento de las emociones pueden tener efectos benéficos sobre el

control de las emociones. Es probable que el uso efectivo del conocimiento de emociones positivas pudiera proporcionar ventajas sobre el proceso de manejo y control.

En tal caso, la adaptación post traumática psicológica ha sido estudiada con el empleo de una aproximación multimetódica para examinar las relaciones entre las emociones positivas y la adaptación post traumática psicológica. Por ejemplo, dos estudios sobre la predominancia de las emociones desarrollados por Salovey y Detweiler (2000), emplearon datos psicofisiológicos para explorar los componentes corporales de la resiliencia (estudio 1) y comprender el papel que las valoraciones positivas y las emociones de igual características que controlan la activación fisiológica, están asociadas al estrés (estudio 2). El estudio número 3 examina de forma natural los factores estresantes a fin de explorar cómo las emociones positivas pueden ser benéficas en el proceso de control de estímulos aversivos, analizando sus relaciones para hallar el significado positivo en los eventos negativos. A través de esta investigación, se predice que las emociones positivas ayudan a beneficiar a los individuos resilientes con respecto a las consecuencias en el control de las emociones (Wiebe, 1991; Carver y Scheider, 1998; Smith y Ellesworth, 1985; Affleck y Tennen, 1996, citados por Tugade y Fredrickson, 2004).

En el caso de manifestación de emociones, la *ira* es una emoción negativa que influye en la salud, fundamentalmente generando problemas en el corazón. Así lo demuestran estudios realizados en la Facultad de Medicina

de la Universidad de Stanford, donde han descubierto el impacto que la ira tiene en la función cardíaca: en pacientes que habían sufrido al menos un ataque cardíaco, cuando se sentían furiosos e incluso cuando recordaban esos episodios, se producía una disminución de la eficacia de bombeo de su corazón, la cual no se observó con otros sentimientos perturbadores como la ansiedad (Goleman, 1996 y Salovey 1997, citados por Tugade y Fredickson, 2004).

Por supuesto que nadie está diciendo que la ira por sí sola provoque una enfermedad coronaria, esta es sólo uno de varios factores interactivos. Como los doctores explican, aún no se puede decir si la ira y la hostilidad juegan un papel causal en el desarrollo temprano de la enfermedad coronaria, o si esta intensifica el problema una vez que la enfermedad ha comenzado, o si ocurren ambas cosas. Pero se toma el caso de una persona que se enfurece repetidas veces. Cada episodio de ira añade una tensión adicional al corazón aumentando su ritmo cardíaco y su presión sanguínea. Cuando esto se repite una y otra vez, puede causar un daño, sobretodo debido a que la turbulencia con que la sangre fluye a través de la arteria coronaria con cada latido puede provocar micro desgarramientos en los vasos, donde se desarrolla la placa. Por eso, si su ritmo cardíaco es más rápido y su presión sanguínea más elevada porque está furioso habitualmente, tendrá mayor probabilidad de producir una enfermedad coronaria (Goleman, 1996 y Salovey 1997, citados por Tugade y Fredickson, 2004).

Un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard en 1996 por Ahster y Meed, citados por Tugade y Frederickson (2004), pidió a pacientes que habían sufrido un ataque cardíaco que describieran su estado emocional en las horas anteriores al mismo; por ejemplo, cuando estaban furiosos. Sin embargo, esto no significó que se debía suprimir la ira cuando esta fue considerada adecuada, ya que existían pruebas de que al suprimir tales sentimientos aumentaba la agitación del cuerpo y la presión sanguínea. El hecho de que se exprese la ira o no, es menos importante que el hecho de saber si la ira es crónica o no. Una muestra de hostilidad ocasional no es peligrosa para la salud, el problema surge cuando la hostilidad se vuelve tan constante que define la personalidad. Las personas con personalidad Tipo A aparentan ser agresivas y hostiles, hablan fuerte, rápido y en forma explosiva; muestran un sistema nervioso autónomo muy sensible, reaccionan de modo excesivo ante la tensión. Esta reactividad exagerada conduce a un ritmo cardíaco rápido, sensación de urgencia, impaciencia y hostilidad. Las prisas, las competencias y cosas parecidas aumentan la tensión acelerando la excitación simpática y contribuyendo más a la posibilidad de problemas coronarios (Tugade y Fredickson, 2004).

El complejo ira-hostilidad se considera el aspecto psicológico que permite entender la influencia de los procesos emocionales en los trastornos cardiovasculares. Este complejo no es unitario, sino que está configurado por distintas variables psicológicas, las que en los hombres pueden variar con

respecto a las mujeres (Breva y Palmero, 1998, citado por Tugade y Fredickson, 2004).

Como se mencionó anteriormente, la ansiedad como emoción negativa es una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación; y como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro. Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que se debe vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que una persona debe enfrentar. Por esta razón, se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas (Tugade y Fredickson, 2004).

La ansiedad influye, principalmente, en el desarrollo de enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripes y herpes. El ser humano está constantemente expuesto a esos virus, pero normalmente su sistema inmunológico los combate, sin embargo, con la ansiedad esas defensas fallan. Las diferencias en resistencia a las enfermedades infecciosas se deben, en parte, a las tensiones de la vida. Cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos. Durante la tensión las respuestas hormonales suprimen ciertas funciones inmunológicas, haciendo

que las personas sean más susceptibles a los patógenos que causan los males infecciosos. Cuando la ansiedad persiste, las actividades inmunológicas pueden estar deprimidas (Tugade y Fredickson, 2004).

El precio de la ansiedad no sólo es que disminuye la respuesta inmunológica; otra investigación está mostrando efectos adversos en el sistema cardiovascular. Mientras la hostilidad crónica y episodios repetidos de ira parecen poner a los hombres en un gran riesgo de enfermedad cardíaca, las emociones más mortales en las mujeres pueden ser la ansiedad y el temor. Lo que ocurre es que sistema nervioso simpático activado hace que los riñones retengan sal, la cual altera la regulación de la presión arterial en las personas susceptibles debido a las preocupaciones (Goleman, 1996, citado por Tugade y Fredickson, 2004).

También la ansiedad tiene un papel relevante, en situaciones tales como las operaciones quirúrgicas, el Dr. Camran Nezhat, de la Universidad de Stanford dice: "si alguien debe someterse a una cirugía y me dice que ese día siente pánico y no quiere pasar por ella, cancelo la intervención. Cualquier cirujano sabe que las personas que están muy asustadas tienen problemas durante la operación. Sufren hemorragias abundantes y más infecciones y complicaciones; además, tardan más tiempo en recuperarse" (Tugade y Frederickson, 2004).

La razón es evidente, el pánico y la ansiedad elevan la presión sanguínea y las venas dilatadas por la presión sangran más abundantemente

cuando el cirujano hace la incisión con el bisturí. La hemorragia excesiva es una de las complicaciones quirúrgicas más molestas y puede provocar la muerte (Goleman, 1996, citado por Tugade y Fredickson, 2004).

Debido a que el costo médico de la ansiedad es tan alto, las técnicas de relajación se utilizan para aliviar los síntomas de una amplia variedad de enfermedades. Estas incluyen problemas cardiovasculares, algunos tipos de diabetes, artritis, asma, alteraciones gastrointestinales y dolor crónico, por nombrar algunas.

Como lo manifiesta el PROBACI (2000), citado por Tugade y Frederickson (2004), el propósito de la prevención es disponerse y prepararse anticipadamente para evitar el daño personal y social que compromete el futuro de la vida social. El programa apunta al compromiso y la participación de la comunidad en su conjunto, "Los espacios preventivos, son todos aquellos en los cuales interactuamos a partir de nuestro propio espacio interior. La prevención será efectiva si se asume una actitud de compromiso con la vida. Por eso no basta con informar, advertir, controlar, es necesario el desenvolvimiento de las fuerzas de la vida por medio de una sostenida acción educativa para la salud, a nivel personal, familiar, institucional".

Para Caplan (1998), citado por Tugade y Frederickson (2004), la *prevención* es una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos (Tabla 3).

Tabla 3. Descripción de los tres niveles de prevención

<i>Niveles de prevención</i>	<i>Descripción</i>
PRIMARIA	Implica la participación de la comunidad bajo la organización de "Agentes de salud" para la detección y neutralización de las condiciones que constituyen la enfermedad
SECUNDARIA	Es una manera especial de asistencia destinada a disminuir la prevalencia que incluye el número de casos, el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo. Tiene como objetivo evitar la cronicidad y la aparición de secuelas.
TERCIARIA	Procura reducir el funcionamiento defectuoso (secuela) y el daño recobrando la posibilidad de reintegración. Considera por lo tanto, todas las actividades relacionadas con la rehabilitación.

Tomado y adaptado de Tugade, M.M. y Frederickson, B.L. (2004). *American Psychology Association*. United States of America: APA. Pág. 320 – 333.

En el campo de la Salud Mental, en los tres niveles de prevención no se pretende sustituir a los profesionales en sus roles específicos, sino utilizar otros medios como instrumento de análisis y perfeccionamiento de los diferentes métodos, materiales y equipos empleados en el campo de la Salud Mental (Tugade y Fredickson, 2004).

La prevención primaria debería llegar a todo el país y especialmente a aquellos grupos y personas potencialmente vulnerables, para brindarles información sobre las motivaciones subyacentes que pueden conducir a

trastornos mentales. Asimismo se debe informar sobre la repercusión de los trastornos en el nivel fisiológico, psicológico y social, y hacer pública la toma de conciencia de que el trastorno mental no es estigmatizante, que se cuenta con múltiples tratamientos y en qué consiste.

El Modelo sugerido para un programa preventivo permanente Materazzi (1991), citado por Oettingen y Mayer (2002), como con cualquier otro programa, es muy importante evitar exageraciones y ambigüedades; por lo tanto se debe considerar que dentro de lo posible la información debe basarse en hechos y experiencias concretas.

La hipótesis de la que parte es que para que un individuo no padezca trastornos psíquicos graves (además de los factores genéticos predisponentes), debe recibir continuos y adecuados aportes en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. Estos aportes se pueden dividir en tres instancias: Físicos; Psicosociales; Socioculturales.

Los aportes físicos comprenden la alimentación y vivienda adecuadas; suficiente estímulo sensorial; la oportunidad de realizar ejercicios físicos, etc., factores éstos importantes para un saludable crecimiento y desarrollo corporal. Vale agregar la protección contra cualquier daño físico, tanto antes como después del nacimiento.

Los aportes psicosociales comprenden la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de un ser humano a través de su interacción con los demás miembros de la familia, con sus pares, con sus superiores, con sus preceptores, con sus creencias y finalmente con su trabajo. En esta instancia surge lo que se llama "satisfacción" de las necesidades interpersonales.

Como evidentemente las necesidades pueden ser un tanto arbitrarias, pues se modifican continuamente por la interacción con el medio humano y no humano, se pueden satisfacer o no en el contexto social.

Y por último, los aportes socioculturales, incluyen las influencias que inciden en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, como las costumbres y los valores culturales, y también la estructura social.

De la anterior revisión teórica desarrollada y expuesta previamente, podemos extraer una serie de conclusiones potenciales para el desarrollo de un análisis crítico sobre las situación actual de la adaptación postraumática en la enfermedad crónica en Colombia, para que así de esta manera se pueda llegar a cuestionar la prevención y el marco de intervención en este tipo de situación que se están realizando en Colombia y los que se puede llegar a realizar en nuestro país en este ámbito.

CAPÍTULO TERCERO

Análisis crítico de la adaptación post traumática en la enfermedad crónica

Cabe destacar que al realizar una revisión empírica de lo que se entiende por “adaptación postraumática”, la realidad apunta al desconocimiento real de los avances en cuanto a procedimientos de evaluación e intervención se refiere. Esto hace que la representación psicosocial de los eventos aversivos connote una aproximación poco entendida al momento de evaluar y analizar las condiciones en que se

presenta la manifestación de estrés intenso como la que supone, por lo general la experiencia de una enfermedad crónica. De hecho, las adversidades del medio que conllevan a buscar mecanismos de ayuda para afrontar los eventos aversivos, suele ser de competencia para la Psicología de la Salud, aún cuando se trata de enfermedades crónicas y de alto riesgo para la vida de los individuos. La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso (Morales, 1997).

Ninguna otra aplicación de la Psicología ha tenido un desarrollo tan amplio en un período tan breve de tiempo. Esto se relaciona con las particularidades de su objeto de estudio, al definirse como una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. En el plano práctico, se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de

salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

El antecedente sobre patología crónica para este análisis crítico surge de la epidemiología clásica, donde se reconoce que la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Este esquema propone un período de *prepatogénesis*, que en términos de prevención primaria, es aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medio ambientales que lo facilitan. Sin embargo, cabe destacar que este período de prevención antes de la prevalencia de una enfermedad cualquiera, es válido porque son lineamientos establecidos quizás por la OMS u OPS, si sólo pueden estar operando en otros países en donde las condiciones estén adaptadas a ese manejo de lo es salud-enfermedad. Mientras que para el resto de países, entre ellos Colombia, a penas se está acomodando a sobrellevar las patologías de Salud Mental, de forma aislada, con las patologías físicas que bien pueden por la falta de recursos en los Centros donde podría prestarse este servicio en atención, o también, el aspecto psicológico supeditado a los beneficios que la salud puede incluir, en ello se encuentra el concepto de *calidad de vida* durante la recuperación de un paciente con enfermedad física diagnosticada. Por eso, en gran mayoría los programas de salud mental establecidos en los Planes de Atención Básica, se pueden estar limitando al planteamiento reducido de estrategias para sobrellevar los índices de prevalencia de enfermedades

psicológicas como la depresión, la ansiedad, la angustia y hasta el mismo estrés.

Cualquiera de ellas, puede ser considerada con prevalencia de menor grado que las enfermedades degenerativas más comunes como el cáncer, o el mismo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Al tratarse de un individuo “traumatizado” por una situación de intenso estrés o dolor crónico en el caso del SIDA o el cáncer en sus diferentes manifestaciones, es posible que en un Centro de Salud de nivel de atención primaria, no se tengan programas adecuados para cumplir todo trabajo preventivo, que como se había hablado, sólo se apunta a niveles de prevención terciaria los pacientes con problemas de enfermedad crónica. Esto significa que al llegar al Centro Asistencial, grupos de jóvenes o personas no diagnosticados bien sea con VIH o con biopsia reactiva para cáncer, el principio de atención a los grupos de riesgo no se lleva a cabalidad debido a que no se tiene conciencia por parte de la misma gente, el hecho de evitar el contagio, por ende, las campañas de prevención que involucra el surgimiento, desarrollo y estabilidad de lo que se desea corregir o compensar depende mucho de la concomitancia entre el equipo preventor como el grupo de riesgo.

Quizás por esta razón no es lo mismo que un joven de principios se niegue a aceptar la información sobre prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, que uno acostumbrado a sexo sin precaución. Dadas estas diferencias, se prueba aún más que los particularidades determinan en comportamiento, los rasgos de personalidad hacen a un individuo distinto del

otro aún en el conocimiento de la cosas y las creencias. De igual modo, de las normas a la que se exponen que requiera de evaluar positiva o negativamente una decisión. Por esta razón en Colombia, la acción social que el psicólogo debe ejercer debe abarcar un gran número de aceptación en los jóvenes y personas con propensión a la enfermedad y que progresivamente se convierta en crónica en la medida en que el Sistema de Seguridad Social no aporte interés a la cobertura de este tipo de patologías a las comunidades más necesitadas que se encuentran en precariedad económica y que sólo cuentan con el Régimen Subsidiado en Salud.

Además, cabe anotar que la demanda de atención psicológica es relativamente baja con relación a las consultas de otras áreas de la Salud, quizás por el sometimiento cultural de los mitos y las creencias de que “solo se va al psicólogo por desatinos” para lo cual, las remisiones que se presentan son por dificultades académicas en el área educativa.

A partir de estas concepciones críticas sobre la enfermedad crónica, se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognoscitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud. Este panorama no ofrece aún respuestas acabadas en el país, pero tampoco en el intento de búsqueda, de modelos explicativos que permitan elaborar estrategias de promoción de salud científicamente fundamentadas o de intervención de acuerdo a la prevalencia de los síntomas físicos y del trauma asociado a los mismos, pero sólo basado en

los modelos reactivos y no en periodo de prepatogénesis, como se ha insistido.

Teniendo en cuenta la tendencia por la cual el modelo de resistencia personal a partir del concepto de resiliencia permite elaborar conclusiones pertinentes acerca de recursos psicológicos del individuo que se convierten en *inmunógenos psicológicos*, permitiendo el desarrollo de estilos de vida minimizadores del estrés y el desarrollo de competencias para enfrentarse de una manera activa y positiva a situaciones de la vida, con inclusión de la propia enfermedad. Ante esto, quizás la etnia colombiana que ha sido víctima de los flagelos sociales del día a día, permite analizar que la carencia de enseñanza sobre la resiliencia en momentos de crisis o antes de esta, no se fundamenta en las prioridades de la Administración Pública de las regiones con alta vulnerabilidad de incursión de grupos insurgentes que son vistos como generadores de tensión y enfermedad mental y social entre los campesinos o habitantes de veredas, a partir de estos hechos significativos, es como se deduce que puede existir un gran índice de prevalencia de trastornos de adaptación y de estrés postraumático por violencia social. Por estas circunstancias, el TEPT es considerado como uno de los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades y es el más estudiado por su importancia de manifestación de estrés intenso.

Por otro lado, un aspecto importante de la revisión empírica relacionado con los recursos psicológicos, hace alusión a la *psiconeuroinmunología* que ha demostrado en el transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores

psicológicos. Esta rama ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud, posee además, el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como de tipo crónico-degenerativas (cáncer y SIDA, etc.). Por tanto, es probable que la *Psiconeuroinmunología* desarrolle mecanismos de adaptación siempre y cuando se intervenga con las emociones positivas de la persona que padece una enfermedad crónica. Es decir, a la luz de los diferentes procedimientos terapéuticos propios de la psicología Cognitiva y Conductual, en lo referente a la Reestructuración Cognoscitiva y los de Modificación conductual, para el proceso de rehabilitación desde la perspectiva inmunológica, conviene que el terapeuta dentro del proceso terapéutico haga énfasis en la valoración de los estímulos y/o situaciones que le produzcan malestar físico y consecuentemente psicológico para iniciar modificabilidad de componentes cognitivos de gran trascendencia para el mantenimiento de conductas desadaptativas en el padecimiento de enfermedades físicas.

Sin embargo, la labor psicológica frente al campo de la Psiconeuroinmunología, en Latinoamérica se ha comenzado a trabajar en México, por intermedio de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), acerca de la Inmunosupresión y sus efectos en la salud. No obstante, en el contexto colombiano aun se desconoce tal labor en cuanto a intervención y prevención se refiere, quizás por no haber los recursos suficientes para desarrollar programas que involucren el mantenimiento de la

salud en pacientes con enfermedades físicas que tiendan a la cronicidad por falta de atención médica. Y también, cabe anotar que en el país la labor del psicólogo como mediador en el contacto médico –paciente no es muy clara y definida por los lineamientos de un Plan de Atención en Salud, por lo menos en Cartagena para las comunidades más necesitadas.

Es más, aún desde la perspectiva institucional, las Universidades o Instituciones universitarias que forman psicólogos no han prescrito la iniciativa de realizar estudios pertinentes al área de la Psicología de Salud por carecer de métodos, procedimientos y recursos físicos y humanos que ayuden a fundamentar hallazgos empíricos generalizados a la cultura costeña; y que pueda generar interés a otras regiones en cuanto a las reacciones adaptativas, cuando existe una condición de vulnerabilidad emocional producto de un evento o situación de estrés intenso. Por ejemplo, dadas las condiciones de desplazamiento forzado por la que el país atraviesa, debido a un factor desencadenante como es el conflicto, la guerra, la violencia política, el terrorismo, así como eventos propios de la naturaleza como los derrumbes, inundaciones y desastres naturales de acuerdo a la topografía del país. Todas estas causas generan en los colombianos reacciones adversas a sus intereses personales incluyendo sus actividades cotidianas, a la prevalencia de patologías sociales mantenidas por emociones negativas como consecuencia de esos eventos traumáticos.

Bajo estas circunstancias, es claro que los colombianos son vulnerables a prevalecer de trastornos psicológicos propios de los conflictos externos. De igual forma, las condiciones de enfermedad física por la que

puede pasar el pueblo colombiano no son claras para los presupuestos destinados a Salud en cada región. Esto hace que Colombia no sea un país competente frente a otros desarrollados donde existe el apoyo a la investigación no sólo médica, sino psicológica, en enfermedades que si no se le presta mayor cuidado, podrían convertirse en crónicas y consecuentemente puede conllevar a la muerte, si los procedimientos de atención primaria, secundaria y terciaria, son inexistentes.

Esto se reconoce como un tipo de prevención terciaria que vendría a ser la forma en que se interviene en los casos de cronicidad, hasta el momento. Por eso, en lo relacionado con los factores predisponentes para la aparición de la “adaptación postraumática”, aún no se evidencia lineamientos para el diseño de los procedimientos psicológicos que podrían ayudar a superar este tipo de inconvenientes. A pesar del gran auge que han tenido las patologías que ocasionan los problemas de adaptación postraumática, la intervención psicológica en éste ámbito se ha relegado a intervenir en los casos de extrema crisis o de una nula adhesión al tratamiento médico prescrito para sobrellevar los problemas etiológicos que rodean a la enfermedad, surge entonces, el interrogante de preguntarse como psicólogo. ¿La psicología se está limitando a reaccionar a este tipo de situaciones? La respuesta es sí, ya que sólo se ha venido trabajando con intervención en crisis para paliar los efectos psicológicos y físicos asociados a la enfermedad crónica; ya que se considera que la planeación en un programa de intervención de éste tipo de casos, se ha reducido a la cantidad de recursos económicos con que cuenta el individuo y los pocos recursos que dedica el

Plan de Atención Básica a estas acciones, ya que se considera que a prioridad para un enfermo crónico, es el mantenimiento de su calidad de vida mediante la intervención médica.

CAPÍTULO CUARTO

Conclusiones y recomendaciones

En el presente capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones de las aproximaciones meta-teóricas de la adaptación postraumática en las condiciones de enfermedad crónica, de la cual se ha desprendido el discurso crítico que se ha presentado.

En el segundo capítulo, quedó consignada la idea de que para crear las condiciones de intervención en una situación de estrés intenso, es

conveniente contar con los recursos psicológicos necesarios para lograr que las personas que sufren alguna enfermedad crónica, puedan hacer uso de los beneficios de un procedimiento psicoterapéutico para readaptarse de los eventos aversivos que ocasionan el desequilibrio psicológico y social, por ejemplo en el caso de los pacientes que frecuentemente experimentan dolor, bien sea en estados oncológicos o en enfermedades degenerativas como el SIDA, donde las personas que ayudan al proceso de recuperación pueden emplear recursos psicológicos positivos para manejar las situaciones traumáticas de la enfermedad física.

Dadas las condiciones del estrés intenso, conviene destacar que dentro de los trastornos más comunes está el *estrés postraumático* como forma de ejemplo en la consulta realizada en el marco de referencia, en el cual la adaptación social es considerada como una fuente potencial que ayuda al proceso psicológico de recuperación en los pacientes que lo padecen. Así, los recursos psicosociales empleados por todas las personas en la mayoría de las situaciones, dependen de las condiciones personales, las diferencias individuales que determinan la forma de afrontamiento de los eventos negativos que vienen acompañado de emociones negativas que de alguna forma mantienen las respuestas del trauma. Entonces, lo que hay que hacer es romper contingencias que ayuden a mantener los síntomas prevalentes de estrés intenso, ansiedad, fobias, ansiedad, paranoia que se entienden como predictores de los problemas de adaptación postraumática vistos como una forma de experiencias emocionales negativas posterior a la exposición de un evento aversivo trascendental.

De igual manera, en la consulta se muestra la importancia de las diferencias individuales cuando se establecen procesos diagnósticos de problemas de adaptación postraumática en casos clínicos de relevancia psicológica donde se tienen en cuenta los factores determinantes para gozar de adecuada salud física y mental.

En cuanto al control de los eventos estresantes esto tiene que ver con la capacidad que tiene el individuo de adaptarse a las situaciones que repercuten la exposición continua a eventos de naturaleza aversiva, así que el conocimiento psicológico de los individuos adultos cuando afrontan el trauma, ofrece una perspectiva de la adaptación postraumática más que rasgos patológicos de cronicidad cuando hay un diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Aunque como se analizó en las fuentes consultadas, algunos autores desafían las acepciones y evidencias que presenta la *resiliencia psicológica* como una trayectoria distinta del proceso de recuperación.

También en la literatura se abarca aspectos como el trauma experimentado el cual, los investigadores tienden a asumir una respuesta unidimensional con poca variabilidad y que básicamente es manifestado en individuos adultos que han sido expuestos a eventos traumáticos potenciales. Los teóricos también tienden a asumir que el control de los eventos estresantes, no sólo se ejerce en casos de TEPT, también cuando existen situaciones de pérdida material o afectiva, en el caso de la aceptación de la muerte de un amigo íntimo; esto es necesariamente un proceso activo que puede ser o no relativo y en la mayoría de los casos,

debería estar facilitado por una intervención clínica, como el TEPT. En tanto que los teóricos del *trauma*, han enfatizado sus atenciones en las intervenciones para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), y conviene aclarar en este análisis que las personas que sufren de traumas por exposición a eventos de gran trascendencia psicológica suelen mostrar mayores síntomas de reexperimentación del hecho traumático, que aquellos que han sido expuestos a otros eventos de menor trascendencia.

Por tanto, se concluye que el TEPT es un “trastorno” porque tiene una causa identificable que actúa sobre el lecho de una vulnerabilidad de los sujetos, presenta unos síntomas claros de identificación, determinados cuadros de estado (que combinan los síntomas característicos del mismo), sigue una evolución previsible y responde a unos tratamientos específicos.

Además, para ampliar esta conclusión acerca del TEPT, cabe anotar que este trastorno ha de ser considerado como la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuas, en la que existe una interferencia con los mecanismos de adaptación normal; y por lo tanto llevan a un deterioro del rendimiento personal y social.

Sin embargo, las situaciones adversas del medio ejercen una incidencia considerable en la intensidad de la manifestación del evento traumático que conlleva a una predisposición de tipo social. Entre las situaciones que pueden predisponer a una persona a la adquisición de un TEPT se encuentra el hecho en el cual las personas se ven obligadas a salir de edificios a punto de colapsar como lo vivido en los ataques del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York, así como los enfrentamientos violentos

de la Guerra, como las secuelas psicológicas dejadas por la Segunda Guerra Mundial, la Guerra del Vietnam y la de Corea. Por ende, los veteranos no están exentos de ser diagnosticados en mayor o menor grado con sintomatología de TEPT prevalente. No obstante, los teóricos y los practicantes a veces asumen que los individuos expuestos a eventos violentos y de maltrato podrían beneficiarse de intervención profesional; y por lo regular, las intervenciones clínicas en los casos de violencia intensa suele ser, algunas veces, inefectiva o aún perjudicial dependiendo de los intereses reales de la persona que se somete a una terapia de contracondicionamiento aversivo.

Por otra parte, analizando la literatura se ha encontrado que los trastornos identificados por su sintomatología, por el curso de las situaciones estresantes que experimentan las personas, son capaces de producir cambios vitales y significativos, que son persistentes; y que pueden llevar a un Trastorno de Adaptación, básicamente como le compete al tema de la resiliencia psicológica. En estos trastornos, el estrés como dimensión psicopatológica, es un factor imprescindible para la aparición del cuadro clínico, el síndrome aparece como una consecuencia directa de una exposición intensa a eventos desagradables que interfieren con los mecanismos de adaptación normal, y por lo tanto, llevan a un deterioro del rendimiento social y psicológico.

Los grupos clínicos más representativos que padecen este tipo de trastornos de adaptación, son los adultos, en quienes además de presentar

los síntomas principales, se pueden apreciar alteraciones afectivas de gravedad suficiente para ser considerada como una afección concomitante, las alteraciones de la conducta y el manejo de los impulsos, que son evidentes cuando aparecen manifestaciones de agresividad o conductas impulsivas inexplicables, en cuanto a las experiencias grupales, estas describen sentimientos de culpa en relación a los individuos que no han sobrevivido, como en los casos de la Guerra del Vietnam y el evento terrorista del World Trade Center. Esto es una de las consecuencias de la exposición a eventos estresantes de gran relevancia para el sujeto y puede ocasionar alteración de su desarrollo psicosocial, produciendo estrés intenso, que de acuerdo a la magnitud del evento y la persistencia de los síntomas, orientan a la idea de la prevalencia de un trastorno por estrés de características mayores.

Al revisar los estudios de seguimiento de grandes masas de población sometidas a los efectos del TEPT, se analizó que la sintomatología se va remitiendo con el tiempo al diagnóstico de un tipo de trastorno adaptativo. Sin embargo, en la práctica clínica con el paciente individual, esta disminución no es tan clara, existiendo una proporción, aún no bien determinada, de sujetos especialmente en los que desarrollaron formas menores o incompletas del Trastorno por Estrés Postraumático, experimentando una reducción de los síntomas lo que facilita el desarrollo de una vida normal, pero otro gran grupo de los que desarrollan éste cuadro, tienden a seguir un curso clínico mórbido como se demostró en los estudios de seguimiento realizados por Kolb desde el año 1989 al año 1999.

Así, se concluye que las repercusiones del TEPT, pueden ser absolutamente invalidantes llevando al individuo con el tiempo a consumir altos niveles de alcoholismo, a crear adicción a las drogas, conllevar al suicidio, al divorcio y progresivamente a complicaciones laborales y traumatofobias, que también es una base de competencia para el estudio de la resiliencia desde la perspectiva psicosocial y cognitiva.

Por eso, las emociones juegan un papel fundamental al momento de evaluar cognitivamente un evento o estímulo estresante, para ello, se debe acudir al recurso de las emociones positivas para contrarrestar cualquier manifestación negativa que sea ocasionada por estrés intenso.

Por último, conviene concluir que la resiliencia psicológica es sinónimo de problemas de adaptación psicológica a situaciones traumáticas y que de alguna forma, reflejan las condiciones psicopatológicas de las personas que no logran experimentar la adaptación al trauma como tal, ya que requieren ayuda continua para superar las dificultades que acarrea el hecho de estar expuesto a eventos estresantes de gran magnitud.

Las investigaciones consultadas permiten afirmar que variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo, y afectando a través de esta vía la salud física de las personas. Existen numerosas evidencias que demuestran cómo las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso, y pueden llevar a una supresión de la función inmune; un ejemplo clave es el poderoso impacto de las hormonas que se liberan con el estrés. Mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve

obstaculizada, así el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, pero si el estrés es constante e intenso, esta anulación puede volverse duradera. No menos importante, resulta el estudio del papel de la personalidad y la propensión a enfermar.

Los reportes de investigaciones apuntan más hacia resultados que avalan la función de las emociones, las cogniciones o los comportamientos de manera aislada. Sin embargo, aunque no se ha investigado siempre la influencia de la personalidad como un todo, sí es importante tener en cuenta el papel de diversos factores personales que hacen pasar de la salud a la enfermedad, para ello, las diferencias individuales demarcan ésta incidencia.

Y basados en estas postulados, se han estudiado variables emocionales negativas como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que éstas constituyen factores predisponentes al estrés, facilitan al enfermo la sensación de sentirse mal, se experimenta los cambios en el sistema inmune, se estimulan conductas no saludables como el tabaquismo, el alcoholismo, y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades. En tanto que las variables cognoscitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos e ideas irracionales, desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita.

A pesar de muchos criterios escépticos, las pruebas de la importancia clínica de las emociones negativas han ido aumentando considerablemente. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad,

cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad distinta a las degenerativas, entre estas el asma, la artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Esta magnitud hace pensar que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar o el colesterol elevado, en otras palabras, una importante amenaza a la salud.

En cuanto a la ira, parece ser la emoción que más daño causa al corazón, pues cada episodio de ira le añade una tensión adicional, y aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Una vez que se desarrolla la enfermedad cardíaca, la ira es especialmente letal para aquellos que ya la padecen. Así se analizó de acuerdo a los estudios de seguimiento consultados durante varios años, realizados con personas que han sufrido un primer ataque cardíaco, donde se demostró que los que se enfurecen fácilmente tenían 3 veces más probabilidades de morir por paro cardíaco, que los temperamentos más serenos.

En cambio, la ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Se analiza que cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Esto se prueba teniendo en cuenta el impacto sobre la salud de la ansiedad que han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y

herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita y permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad.

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que esta ha comenzado. Parece tener un riesgo especialmente grave, para los pacientes supervivientes de ataques cardíacos, donde se complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con trasplantes.

Teniendo en cuenta los aportes empíricos consultados y los datos concluyentes que han dado a lugar, se llega a las siguientes sugerencias y/o recomendaciones:

Los aportes son valiosos se pueden llevar a cabo estudios válidos en Colombia, en especial con poblaciones víctimas del conflicto interno (desplazados, violencia intrafamiliar y terrorismo).

Diseñar y validar una Escala de Evaluación del Índice de adaptación postraumática psicológica en situaciones de estrés intenso dadas las condiciones adversas citadas anteriormente.

Promover más programas de prevención de la enfermedad mental ocasionada por eventos estresores de gran magnitud en aras de fomentar la

calidad de vida de las personas teniendo en cuenta la edad, el sexo y la posición geo-cultural de los implicados.

Tener programas de contingencia relacionados con intervención psicológica o en su caso, interdisciplinaria con respecto a los casos de perturbación emocional por atentados, terrorismo, incursión de grupos armados y/o delincuencia común que afecte la integridad física y emocional de las personas.

Incentivar a los organismos de Salud de cada ciudad, a diseñar los programas tendientes a proteger al ciudadano en cuanto a salud mental se refiere de acuerdo a las políticas que según la Ley Constitucional haya promulgado.

Formar grupos de apoyo social para ayudar a los más necesitados o carentes de recursos por intermedio de Organizaciones No Gubernamentales que auspicien la ayuda profesional en casos de Desastres, siendo Colombia un país con alto riesgo de presentación de los mismos, al igual que ocupa un lugar relevante en violación a los Derechos Humanos por incursión de la violencia social.

Dar a conocer a las instituciones de formación de psicólogos, departamentos de Psicología en las Universidades e instituciones donde laboran profesionales de la Salud Médica y Conductual, las consideraciones de la adaptación post traumática y su valor agregado a las ciencias de la salud y del comportamiento, como una forma de conocer internamente al individuo que se expone a las adversidades de la vida.

Referencias

- Aristóteles *Ética Nicomachea*.
- Arteaga, C. Y Ospina J., editores. *Asociación Colombiana de Psiquiatría*. Editorial Noosfera. 1999
- Aspinwall, L.G. (1997) A stitch in Time: Self - Regulation and Proactive Coping. Vol 121 (3). American Psychology Association. University of Maryland. P. 417 – 436.
- Bonano, G.A. (2004) Loss, Trauma and Human Resilience. Vol 59. American Psychology Association. Columbia University. P. 20 – 28.
- Brito, T.W., Adler, A.B., Bartone, D.T. (2001) Deriving Benefits from Stressful Events: The Role of Engagement in Meaningful work and Hardiness. Vol 6. American Psychology Association Clenson University. P. 53 – 63.
- Centro for Disease Control (CDC).: Health status of Vietnam veterans. *Jama*, 1989; 259: 2701-2719.
- Cirulnik, B.(dir). (1998). Ces Enfants qui Tiennent Le Coup. *Hommes et Perspectives* / Martin Media, Revigny-sur-Ornain.

- Domínguez T.B., Montes J. (1998) Psicoimmunología: Procesos psicológicos, Inmunosupresión y efectos en la salud. México D.F.: Facultad de Psicología UNAM.
- Frederickson, B. L., Tugade, M.M. y colaboradores (2003) What Good Are Positive Emotions in crises? A prospective Study of Resilience and Emotion Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. Vol. 84 American Psychology Association. University of Michigan. P. 365 – 376.
- Frederickson, B. L. (2001) The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. Vol. 56. American Psychology Association. P. 218 – 226.
- González de Rivera J.L., Morena A, y Monterrey A.L. (1989) El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. Psiquis, México, D.F. 10:20-27.
- Greenberg, L.S. (2002) Integrating an Emotion Focused Approach to Treatment Into Psychotherapy Integration. Vol 12. American Psychology Association. P. 154 – 189.
- Hobfoll, F.E. (2002) Social and Psychological Resources and Adaptation. Vol. 6 American Psychology Association. P. 307 – 324.
- Horton, T.V. y Wallander, J. L. (2001) Hope and Social Support as Resilience Factors Against Psychological Distress of Mothers Who Care for Children with Chronic Physical Conditions. Vol. 46. American Psychology Association. P. 382 – 399.
- Maddi, S.R. (2002) The Store of Hardiness: Twenty Years of Theorizing, Research and Practice. Vol 54. American Psychology Association. P. 175 – 185.
- Morales Calatayud F. (1997) Introducción a la Psicología de la Salud. Hermosillo: Ed. UNISON.
- Oettingen, G. y Mayer, D. (2002) The Motivating Function of Thinking About The Future: Expectations versus Fantasies. Vol 83. American Psychology Association. P. 1198 – 1212.

- Oreg, S. (2003) Resistance to Change: Developing an Individual Differences Measure. Vol. 88. American Psychology Association. P. 680 – 693.
- Organización Panamericana de la Salud (1996) Progresos realizados en la implementación de la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina.
- Pinquart, M. Sörensen, S. (2003) Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta Analysis. Vol. 18. American Psychology Association. Friedrich Schiller University. P. 250 – 266.
- Salovey, P., Detweiler, J.B., Steward, W.T. y cols. (2000) Emotional States and Physical Health. Vol. 55 American Psychology Association. P. 110 – 121.
- Secretaría Distrital de Salud, Formulación de Lineamientos Promoción y Prevención 2000-2001 [versión preliminar], junio, 1999^a.
- Simmering, M.J., Noe, R.A., Colquitt, J.A. y cols (2003) Conscientiousness, Autonomy Fit and Development: A longitudinal Study. Vol. 88 American Psychology Association. P. 954 – 963.
- Smith, B.W., Zautra, A.J. (2002) The Role of Personality in Exposure and Reactivity to Interpersonal Stress in Relation to Arthritis Disease Activity and Negative Affect in Women. Vol 21. American Psychology Association. P. 83 – 88.
- Torres de G. y Posada J. (1994). Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. 1993. Ministerio de Salud. Bogotá, D.C.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. (2004) Resilient Individuals Use Positive Emotions to Boune Back from Negative Emotional Experiences. Vol. 86. American Psychology Association. P. 320 – 333.