



LA PSICOLOGÍA EN REUMATOLOGÍA



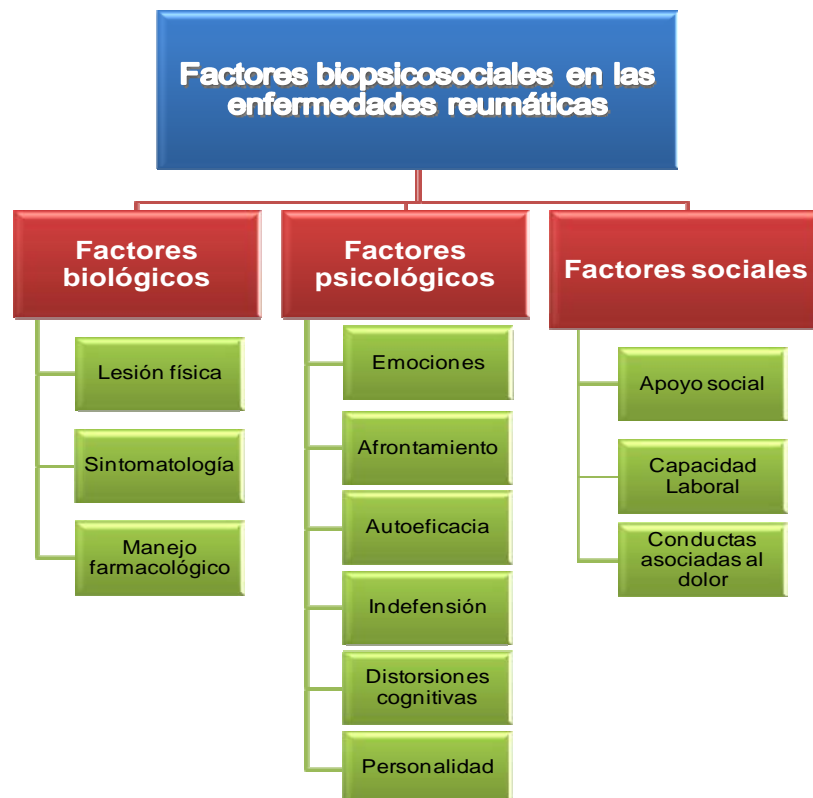
ÍNDICE

<u>El psicólogo en Reumatología</u>	<u>3</u>
<u>¿Por qué un psicólogo en Reumatología?</u>	<u>3</u>
<u>¿Para qué sirve la intervención psicológica?</u>	<u>4</u>
<u>¿Qué tipo de intervenciones realizan los psicólogos?</u>	<u>5</u>
<u>Ejemplos de técnicas psicológicas en enfermedades reumáticas</u>	<u>7</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>8</u>

EL PSICÓLOGO EN REUMATOLOGÍA

¿POR QUÉ UN PSICÓLOGO EN REUMATOLOGÍA?

- El **modelo biopsicosocial**[1], considerado como el más eficiente para el tratamiento de la enfermedad reumática, propone que los profesionales de la salud trabajen de forma conjunta para abordar de la mejor manera posible la diversa problemática del paciente. Esto implica que los factores psicológicos presentes en estos pacientes deben ser tratados, y por ello, la figura del psicólogo se convierte en necesaria para proporcionarles la mejor atención posible.
- El psicólogo, por tanto, puede colaborar:
 - o desde **dentro de la Unidad de Reumatología**, proporcionando al paciente una atención desde esta perspectiva integradora, mediante una colaboración estrecha con los demás profesionales de la unidad.
 - o **a través de interconsulta**, con un protocolo de derivación adecuado para que el reumatólogo sepa qué pacientes pueden obtener un mayor beneficio de esta interconsulta.



- Como ocurre en el ámbito médico, a menudo el psicólogo se especializa en un campo concreto. Las enfermedades reumáticas tienen características distintivas (cronicidad, dolor, discapacidad) y su abordaje psicológico debe ser específico. **El paciente reumático tendrá un beneficio mayor si es derivado a un psicólogo que conozca sus características y problemática.** El psicólogo con experiencia en enfermedades reumáticas conoce los procesos de adaptación a la enfermedad crónica (ansiedad, depresión, pérdida de autoestima,...) y, además de manejarlos con mayor eficacia, puede distinguir con mejor criterio cuándo estos procesos forman parte de la normalidad o cuándo la disfuncionalidad excede lo esperado, y es conveniente manejar los problemas del paciente desde una perspectiva de salud mental.
- La colaboración del Psicólogo supone **ventajas** para:
 - o **El reumatólogo**, ayudando tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del paciente.
 - o **El paciente**, ayudando al manejo y afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias, disminuyendo tanto el dolor que acompaña a casi la totalidad de las dolencias reumáticas como la discapacidad que generan, y mejorando la calidad de vida global.
 - o **La gestión hospitalaria**, ya que el tratamiento psicológico **reduce los costes** de utilización de los servicios de salud, tanto directos como indirectos (días de baja laboral) que estas enfermedades conllevan[2, 3]. El psicólogo, junto con los demás profesionales, puede ayudar a convertir al paciente reumático en un mejor gestor de su salud.

¿PARA QUÉ SIRVE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

- **El tratamiento psicológico ha demostrado ser eficaz en distintos aspectos de las enfermedades reumáticas** (p.ej: manejo del dolor, mejora de la calidad de vida, capacidad funcional), tanto en las de curso crónico como en los procesos musculoesqueléticos de duración puntual, siendo posible realizar estos tratamientos en diferentes formas (individual, grupal, e incluso por Internet para pacientes con dificultades para asistir de forma presencial[4, 5]).
- **La intervención psicológica está dirigida a reducir el dolor y/o discapacidad y a mejorar la calidad de vida del paciente, promoviendo un afrontamiento activo y eficaz**, siempre adaptando el tratamiento a las características de los pacientes. En líneas generales, **el tratamiento psicológico puede servir para:**
 - o **Comunicar de forma óptima el diagnóstico**, ayudando a que el médico, la familia, el entorno social y el propio paciente comprendan mejor la

enfermedad, especialmente aquéllas de difícil diagnóstico y/o pronóstico. La percepción del paciente sobre su problema determina que su conducta sea más o menos adaptativa.

- Mejorar la adhesión activa a las prescripciones terapéuticas mediante programas de autocuidado que muestran al paciente la importancia del correcto uso de los fármacos, de la realización de los ejercicios, etc., así como la forma programada de instaurar estas conductas.
- Prevenir y/o corregir los factores psicológicos asociados a la enfermedad, lesión o incapacidad:
 - Cuadros somáticos derivados de alteraciones psicológicas que coexisten con el resto de los síntomas (p.ej.: dolor torácico por crisis de angustia, cefalea tensional, descenso del umbral doloroso por distimia)
 - Componentes psicofisiológicos asociados a las enfermedades reumáticas (p.ej. tensión muscular o activación emocional sostenida)
 - Factores conductuales de riesgo (p.ej.: sobrepeso, ausencia de ejercicio físico o reacciones fóbicas postraumáticas o a los procedimientos médicos)
 - Hiperreactividad emocional (p.ej.: ansiedad, depresión, miedo, respuestas ante situaciones estresantes).
- Promover el afrontamiento activo de la enfermedad, evitando que el paciente entre en el círculo vicioso de la desesperanza y el abandono.
- Ayudar al paciente a mantener una vida social y sexual adecuada, proporcionándole los recursos necesarios para adaptarse a la nueva situación.
- Convertir al paciente en un mejor gestor de su salud, colaborando en esta tarea con los reumatólogos, el personal de enfermería, los fisioterapeutas, los rehabilitadores y otros profesionales sanitarios.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIONES REALIZAN LOS PSICÓLOGOS?

Las intervenciones del psicólogo en el campo de la enfermedad reumática pueden ser de diversos tipos:

- Formación a otros profesionales de la salud en aspectos como habilidades sociales con el paciente, asertividad, empatía, comunicación de malas noticias, necesidades de derivación, manejo del “burnout”, etc.
- Educativas, dirigidas al paciente reumático: coordinando, en colaboración con otros profesionales de la salud, los cursos de “paciente

experto”, en los que se enseña al paciente reumático a ser un mejor gestor de salud, implicándose en su autocuidado. El psicólogo le enseña a identificar y manejar sus estados emocionales y los aspectos psicológicos de este tipo de enfermedades, promoviendo técnicas de afrontamiento adecuadas e insistiendo en la importancia del adecuado cumplimiento terapéutico de todas las pautas sugeridas por su reumatólogo.

- **Investigación:** realizando y/o colaborando en proyectos de investigación dirigidos a mejorar los conocimientos sobre estas enfermedades. El psicólogo resulta especialmente relevante en la elaboración de guías para los pacientes, asesorando sobre aspectos como la vida familiar, sexual o social.
- **Diagnóstico clínico:** diagnosticando la patología de tipo psicológico asociada que el paciente reumático en ocasiones presenta.
- **Intervención clínica:** realizando con el paciente reumático una intervención psicológica basada en las técnicas que se hayan mostrado más efectivas, como las que se muestran en la tabla adjunta.

EJEMPLOS DE TÉCNICAS PSICOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

	American Psychological Association	NICE Guidelines	Guía de tratamientos psicológicos eficaces [6]
Fibromialgia	Terapia cognitivo-conductual (TCC) multicomponente [7-10]		
Lumbalgia crónica	Terapia de conducta y Terapia cognitivo-conductual.[11-14]	Terapia cognitivo-conductual combinada con ejercicio físico en casos que refieren discapacidad y/o malestar psicológico tras tratamiento médico o no médico menos intensivo	Terapia de conducta (condicionamiento operante)
Artritis reumatoide	Terapia cognitivo-conductual multicomponente[15, 16]	(Borrador Agosto 08) Promover el acceso regular a un equipo multidisciplinar a fin de evaluar y paliar el efecto de la enfermedad en la vida del paciente	Terapia cognitivo-conductual multicomponente
Artrosis	Terapia cognitivo-conductual multicomponente[17, 18]	Promoción de cambios conductuales saludables (ejercicio físico, pérdida de peso, adecuación de objetivos cotidianos) Facilitar la adhesión terapéutica	Terapia cognitivo-conductual multicomponente

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashburn, M.A. and P.S. Staats, *Management of chronic pain*. Lancet, 1999. **353**(9167): p. 1865-9.
2. León, L., et al., *Economic evaluation of an early Cognitive Behavioral Treatment for patients on sick leave due to musculoskeletal disorders*. ACR/ARHP Annual Scientific Meeting, 2008.
3. Sharpe, L., S. Allard, and T. Sensky, *Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization*. Arthritis Rheum, 2008. **59**(3): p. 311-6.
4. Lorig, K.R., et al., *The expert patients programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions*. Chronic Illn, 2008. **4**(4): p. 247-56.
5. Lorig, K.R., et al., *The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia*. Arthritis Rheum, 2008. **59**(7): p. 1009-17.
6. Pérez Álvarez, M., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces : adultos*. Colección Psicología / Ediciones Pirámide. 2003, Madrid: Ediciones Pirámide.
7. Williams, D.A., et al., *Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention*. J Rheumatol, 2002. **29**(6): p. 1280-6.
8. Keel, P.J., et al., *Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia*. Clin J Pain, 1998. **14**(3): p. 232-8.
9. Bennett, R.M., et al., *Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program*. J Rheumatol, 1996. **23**(3): p. 521-8.
10. Goldenberg, D.L., *Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome*. Curr Opin Rheumatol, 1994. **6**(2): p. 223-33.
11. Morley, S., C. Eccleston, and A. Williams, *Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache*. Pain, 1999. **80**(1-2): p. 1-13.
12. Basler, H.D., C. Jakle, and B. Kroner-Herwig, *Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers*. Patient Educ Couns, 1997. **31**(2): p. 113-24.
13. Turner, J.A. and S. Clancy, *Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain*. J Consult Clin Psychol, 1988. **56**(2): p. 261-6.
14. Turner, J.A. and M.P. Jensen, *Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain*. Pain, 1993. **52**(2): p. 169-77.
15. Leibling, E., et al., *Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients*. Clin J Pain, 1999. **15**(1): p. 58-66.
16. Parker, D. and G.C. Hart, *Improved sensitivity in bone scintigraphy using quantitative spinal profile analysis*. Nucl Med Commun, 1988. **9**(9): p. 631-7.
17. Keefe, F.J., L.A. Bradley, and J.E. Crisson, *Behavioral assessment of low back pain: identification of pain behavior subgroups*. Pain, 1990. **40**(2): p. 153-60.
18. Keefe, F.J., et al., *Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies*. Pain, 1990. **40**(3): p. 293-301.