

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>

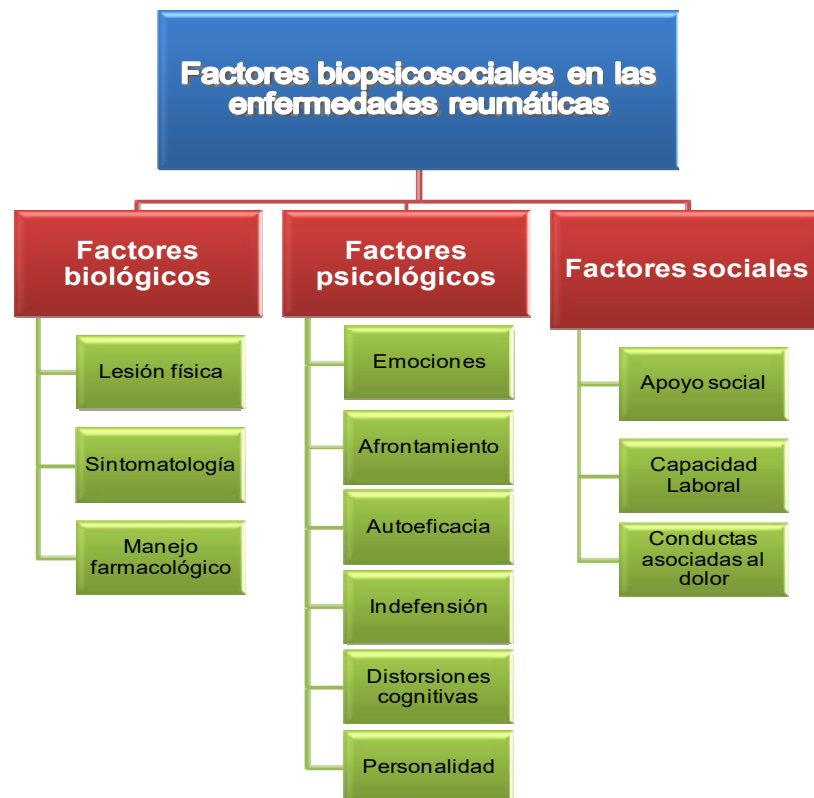
EL PSICÓLOGO EN REUMATOLOGÍA

¿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 tratar al paciente de forma integral y coordinada.

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 por tanto conveniente manejar los problemas del paciente desde una perspectiva de salud mental.
- La colaboración del Psicólogo supone **ventajas** para:
 - o **El reumatólogo**, ayudando a establecer y comunicar el diagnóstico, y proporcionando tratamientos que complementan los farmacológicos y físicos.
 - o **El paciente**, ayudando al manejo y afrontamiento de la enfermedad y sus consecuencias, disminuyendo tanto el dolor y sufrimiento que acompañan a casi la totalidad de las dolencias reumáticas, como la discapacidad que generan, mejorando así la calidad de vida global.
 - o **La sociedad**, ya que el tratamiento psicológico **reduce los costes** tanto directos (utilización de servicios de salud), 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?

- **Ha demostrado ser eficaz para mejorar distintos aspectos de las enfermedades reumáticas** como el manejo del dolor, la calidad de vida, la capacidad funcional, etc. tanto en las enfermedades de curso crónico como en los procesos musculoesqueléticos de duración puntual. Estos tratamientos se pueden realizar de diferentes formas (individual, grupal, e incluso por Internet para pacientes con dificultades para asistir de forma presencial(4, 5)).
- **La intervención psicológica promueve un afrontamiento activo y eficaz de la enfermedad**, con herramientas adaptadas a las características específicas 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 peor 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 excesivas 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.
- **Propiciar un mejor apoyo familiar**, informando y formando a la familia acerca de mecanismos de soporte para el enfermo y de convivencia en casa, incluyendo las relaciones de pareja.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIONES REALIZAN LOS PSICÓLOGOS?

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

- **Formación de 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 e impartiendo, 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, e identificando las variables psicológicas que constituyen potenciales factores iatrogénicos o de mantenimiento de la sintomatología somática.
- **Intervención clínica:** realizando con el paciente reumático una intervención psicológica basada en las técnicas que se hayan mostrado más efectivas, como por ejemplo 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 (15)	Terapia de conducta (condicionamiento operante)
Artritis reumatoide	Terapia cognitivo-conductual multicomponente(16, 17)	Promover el acceso regular a un equipo multidisciplinar a fin de evaluar y paliar el efecto de la enfermedad en la vida del paciente (18)	Terapia cognitivo-conductual multicomponente
Artrosis	Terapia cognitivo-conductual multicomponente(19, 20)	Promoción de cambios conductuales saludables (ejercicio físico, pérdida de peso, adecuación de objetivos cotidianos) (21) Facilitar la adhesión terapéutica	Terapia cognitivo-conductual multicomponente

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet*. 1999 May 29;353(9167):1865-9.
2. León L, Redondo M, Pérez Nieto M, Abásolo L, Loza E, Clemente D, 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, Allard S, Sensky T. Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. *Arthritis Rheum*. 2008 Mar 15;59(3):311-6.
4. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. 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 Dec;4(4):247-56.
5. Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K. The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2008 Jul 15;59(7):1009-17.
6. Pérez Álvarez M. Guía de tratamientos psicológicos eficaces : adultos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2003.
7. Williams DA, Cary MA, Groner KH, Chaplin W, Glazer LJ, Rodriguez AM, et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *J Rheumatol*. 2002 Jun;29(6):1280-6.
8. Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, Muller W. Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clin J Pain*. 1998 Sep;14(3):232-8.
9. Bennett RM, Burckhardt CS, Clark SR, O'Reilly CA, Wiens AN, Campbell SM. Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *J Rheumatol*. 1996 Mar;23(3):521-8.
10. Goldenberg DL. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 1994 Mar;6(2):223-33.
11. Morley S, Eccleston C, Williams A. 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 Mar;80(1-2):1-13.
12. Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. 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 Jun;31(2):113-24.
13. Turner JA, Clancy S. Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Apr;56(2):261-6.
14. Turner JA, Jensen MP. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*. 1993 Feb;52(2):169-77.
15. National Institute for HealthClinical E, National Collaborating Centre for Primary Care. Low back pain : early management of persistent non-specific low back pain. London: NICE; 2009. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44343/44343.pdf>.
16. Leibling E, Pflingsten M, Bartmann U, Rueger U, Schuessler G. Cognitive-behavioral treatment in unselected rheumatoid arthritis outpatients. *Clin J Pain*. 1999 Mar;15(1):58-66.
17. Parker D, Hart GC. Improved sensitivity in bone scintigraphy using quantitative spinal profile analysis. *Nucl Med Commun*. 1988 Sep;9(9):631-7.
18. Royal College of Physicians of London, National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis : National Clinical Guideline for Management and Treatment in Adults. London: Royal College of Physicians of London; 2009. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12131/43326/43326.pdf>.

19. Keefe FJ, Bradley LA, Crisson JE. Behavioral assessment of low back pain: identification of pain behavior subgroups. *Pain*. 1990 Feb;40(2):153-60.
20. Keefe FJ, Crisson J, Urban BJ, Williams DA. Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*. 1990 Mar;40(3):293-301.
21. Royal College of P. Osteoarthritis : National Clinical Guideline for Care and Management in Adults. London: Royal College of Physicians; 2008. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11926/39720/39720.pdf>.