

**Universidad de Palermo**  
**Facultad de Ciencias Sociales**



**UNIVERSIDAD  
DE PALERMO**

**Trabajo Final de Integración**

**Análisis del caso clínico de un adulto desde un enfoque psicoanalítico y un posible abordaje ecléctico integrativo**

Profesora Tutor actuante: María Mucci

Alumno: Guadalupe Sabella

Fecha de entrega: 15/02/2013

## Índice

1.Introducción.....	3
2.Objetivos.....	3
2.1.Objetivo general:.....	3
2.2.Objetivos específicos:.....	3
3.Marco Teórico.....	4
3.1.Enfermedad Psicosomática.....	4
3.1.1.Enfermedades cardiovasculares.....	4
3.2.Epidemiología.....	6
3.3.Principales factores de riesgo.....	7
3.3.1.Ansiedad.....	7
3.3.2.Depresión.....	8
3.3.3.Estrés.....	10
3.3.4.Tipo de Personalidad A.....	12
3.3.5.Contexto Social.....	14
3.3.6. Síntomas frecuentes.....	15
4.Desarrollo histórico de la Psicosomática en el Psicoanálisis.....	15
5.Abordaje alternativo: Cognitivo Conductual.....	23
5.1.Cuestionarios de Evaluación.....	28
6 Metodología.....	29
6.1. Tipo de estudio.....	29
6.2.Participantes.....	29
6.3.Instrumentos.....	29
6.4.Procedimiento.....	30
7.Desarrollo.....	30
7.1.Factores desencadenantes en H.....	30
7.2.Abordaje Psicoanalítico.....	34
7.3.Abordaje Alternativo.....	39
8.Conclusión.....	48
9.Bibliografía.....	51



## **1. Introducción**

La práctica se realizó en dos hospitales públicos ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en la Institución terapéutica. Los establecimientos fueron seleccionados por su compromiso con las enfermedades físicas y su enfoque psicoanalítico para el tratamiento de las mismas. Estas instituciones trabajan con pacientes derivados del servicio de Dermatología y Cardiología.

La pasantía consistió en la observación de casos clínicos a través de la supervisión de los mismos, la asistencia a ateneos, y durante la última etapa de la práctica, el acompañamiento en las recorridas de salas de la Unidad Coronaria en uno de los hospitales. También se planificaron reuniones semanales con la tutora de la institución para supervisar el presente trabajo y una entrevista con la psicóloga del paciente para realizar un seguimiento acerca de su tratamiento. El paciente se llama H, tiene 45 años de edad y una enfermedad cardiovascular.

La práctica se realizó durante cuatros meses en los que se cumplieron las 320 horas acordadas previamente con la facultad.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general:**

\*Analizar los factores desencadenantes y la línea de abordaje del tratamiento psicoanalítico en el caso de un paciente adulto de sexo masculino de 45 años de edad, que padecía una enfermedad cardiovascular.

### **2.2. Objetivos específicos:**

\*Analizar los factores desencadenantes que convergen en la enfermedad cardiovascular de un paciente adulto.

\*Describir la línea de abordaje del dispositivo analítico utilizado en el caso.

\*Describir un posible abordaje alternativo ecléctico integrativo en el caso.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Enfermedad Psicosomática**

Según Bérubé (1991) las enfermedades psicosomáticas pueden definirse como aquellas caracterizadas por síntomas físicos multicausales, en las que los factores emocionales tienen un rol determinante. Las mismas involucran habitualmente a un órgano o a un sistema fisiológico. Las emociones reprimidas ejercen una acción fisiológica que puede ocasionar perturbaciones en la función, y hasta una lesión del órgano cardíaco.

Por otro lado, Kaplan y Sadock (1987) mencionan algunas de las enfermedades psicosomáticas más frecuentes : Acné, Reacciones Alérgicas, Angina de Pecho, Edema angioneurótico, Arritmia, Respiración asmática, Asma Bronquial, Cardiospasma, Diabetes Mellitus, úlcera de Duodeno, Hipertensión esencial, úlcera gástrica, Cefalea, Hiperinsulinismo, Hipertiroidismo, Hipoglucemia, Colon Irritable, Migraña, Colitis mucosa, Náuseas, Neurodermatitis, Obesidad, Menstruación dolorosa, Prurito anal, Espasmo pilórico, Enteritis regional, Artritis reumatoidea, Dolor sacroilíaco, Enfermedades cutáneas, Urticaria, Vómitos, Verrugas, Colitis espástica, Taquicardia, Cefalea por tensión y Tuberculosis.

##### **3.1.1. Enfermedades cardiovasculares**

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) las enfermedades cardiovasculares (ECV) están integradas por: la cardiopatía coronaria, que es la enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio); las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, la cardiopatía congénita, las trombosis venosas profundas y los trombo-embolismos pulmonares. Los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares (ACV) son eventos agudos cuya causa es, en

general, una obstrucción que impide el flujo sanguíneo hacia el corazón o el cerebro.

Según esta organización OMS (2011) existen dos formas principales para las manifestaciones de la insuficiencia coronaria. Las mismas tienen en cuenta su intensidad, duración y extensión:

Angina/angor: Se define como dolor, malestar o quemazón torácica atribuible a la isquemia transitoria del miocardio.

Infarto agudo de miocardio: Definido como la necrosis aguda de una zona concreta del músculo cardíaco, de origen isquémico.

Por otro lado, Alarcón y Vallejo (2006) describen otra variable donde el interés en la relación corazón y mente se basa, principalmente, en descubrimientos clínicos y en trabajos epidemiológicos sobre los efectos de factores psicológicos como el estrés, depresión y ansiedad sobre la enfermedad coronaria.

En el caso de la angina/angor se pueden identificar los siguientes aspectos psicológicos:

- Niveles altos de ansiedad
- Valores medio-altos depresión de Alexitimia
- 80% manifiesta haber sufrido de estrés en los 6 meses previos y el 100% acontecimientos estresantes

Asimismo, se puede establecer el siguiente patrón de personalidad:

- Excedidos por el trabajo, alta competitividad y responsables (estos rasgos están asociados al patrón de conducta tipo A)
- Poco agresivos y con tendencia a contener la ira (no patrón de conducta A)

Es importante destacar que existen factores biológicos que no se van a desarrollar en este trabajo pero que tienen gran relevancia para la aparición de esta sintomatología.

### **3.2. Epidemiología**

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Se estima que en 2004 fallecieron por dicha causa 17,3 millones de personas, que representa un 30% del total de muertes registradas a nivel mundial. Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% están documentadas en países de ingresos bajos y medios. Se proyecta que para el año 2030 morirán alrededor de 23,6 millones de personas por ECV, especialmente por cardiopatías y ACV, y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte (OMS, 2011).

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación (2009) realizó un estudio en Argentina, que dió a conocer que en el año 2003 sobre un total de 302.064 muertes, 95.090 fueron producto de causas cardiovasculares y 54.949 por cáncer. Ambas causas concentraban alrededor del 50% del total de la muestra.

Posteriormente, en el año 2009 se efectuó una encuesta a nivel nacional donde se observó que sobre un total de 304.525 muertes ocurridas durante ese año, 89.916 se debieron a causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias. Por otra parte, gracias a este estudio se pudo contar con estimaciones poblacionales de prevalencia de ciertas enfermedades como: antecedentes de infarto de 2,1% (IC 95% 1,6%-2,9%), de angina de pecho de 2,2% (IC 95% 1,6%-2,9%), de accidentes cerebrovasculares 1,4% (IC 95% 0,9%-2,0%), de asma 6,8% (IC95% 5,8%-8,1%) y de EPOC 5,4% (IC 95% 4,4%-6,5%) (Ministerio de Salud, 2011).

Cabe destacar que estas enfermedades son prevenibles y que existe evidencia científica disponible que señala la efectividad de intervenciones asociadas a la promoción, prevención y tratamiento de las mismas (Ministerio de Salud, 2009).

### **3.3. Principales factores de riesgo**

Fernández-Abascal (1994) distingue dentro de los factores de riesgo clásicos: los fijos y los modificables. Los primeros hacen referencia a las características invariables del individuo tales como la edad, la historia familiar y el sexo. Mientras que los últimos están relacionados con ciertos aspectos que el individuo puede variar. A su vez, proporcionan una subdivisión entre primarios, (consumo de tabaco, hipertensión arterial, colesterol, diabetes) y secundarios (obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada).

Los factores de riesgo modificables afectan alrededor de un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular (OMS, 2011).

Asimismo, diversos estudios establecieron que los trastornos de ansiedad, depresión y estereotipo de personalidad tipo A, también son considerados factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y a su vez indicadores de su pronóstico (Alarcón y Vallejo, 2006).

#### **3.3.1. Ansiedad**

Alarcón y Vallejo (2006) argumentan que la prevalencia de síntomas ansiosos en enfermos cardíacos crónicos comprende entre el 5 y el 10%, esta cifra asciende al 50% en pacientes con enfermedad cardíaca aguda en cuidados intensivos.

Los autores explican que uno de los mecanismos involucrados en el incremento de la patología cardíaca y muerte súbita en personas ansiosas estaría asociado a la aparición de arritmia ventricular. Denollet y Brutsaert (1998) en un estudio con 87 pacientes post-infarto de miocardio concluyen que quienes manifestaban síntomas ansiosos elevados tenían una disminución de alrededor del 50% de fracción de eyección ventricular izquierdo (Alarcón y Vallejo, 2006).

En esa línea, Fernández- Abascal, Díaz y Domínguez Sánchez (2003) argumentan que existe evidencia acerca de la asociación entre la preocupación y la ansiedad, con la enfermedad coronaria fatal y con la muerte súbita.

Asimismo, exponen un estudio cuyas conclusiones arrojaron que los hombres con síntomas de ansiedad tuvieron un riesgo considerablemente más elevado de trastornos coronarios fatales, incluyendo muerte súbita, que los individuos que no presentaban estas emociones.

La morbilidad y la mortalidad por eventos cardíacos han sido asociadas a la presencia de trastornos de ansiedad, especialmente fobias y pánico. La ansiedad fóbica triplica el riesgo de cardiopatía coronaria fatal, aumentando el riesgo cuando se trata de muerte súbita (Kawachi, Sparrow, Vokonas y Weiss 1994).

### **3.3.2. Depresión**

Según el DSM IV desarrollado por la American Psychiatric Association (2004) para hablar de esta patología es preciso presentar 5 o más de los siguientes síntomas durante dos semanas y uno de los síntomas indispensable debe ser el estado de ánimo depresivo o anhedonia y abulia. Los restantes son alteración del sueño, retraso o agitación psicomotor, sentimientos de culpa, inutilidad, pérdida o aumento de peso significativo, fatiga o falta de energía, dificultad para concentrarse, y pensamientos de muerte recurrentes.

Dichos síntomas no deben cumplir criterios para un episodio mixto, deben provocar malestar clínico significativo, no deben ser producto de sustancias ni de enfermedades médicas, ni ser productos de un duelo.

Vicario y Arango (2002) detallan que el Johns Hopkins Precursors Study fue el estudio más importante realizado para demostrar que la depresión era un factor de riesgo de peso independiente para la enfermedad coronaria. Para este estudio se seleccionó una población de 1.190 estudiantes de medicina de sexo masculino, y se les realizó un seguimiento durante 40 años. Como conclusión se observó que la incidencia de depresión en esta población no difería de la general, aunque esta muestra presentó un riesgo relativo mayor para la enfermedad coronaria e infarto del miocardio. Asimismo, un hallazgo importante fué que el riesgo persistió transcurridos diez años del primer episodio depresivo.

Los autores argumentan que, aún en ausencia de criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor, la presencia de síntomas que constituyen el síndrome, como disforia, angustia, tristeza o desesperanza deben ser considerados de riesgo dado que se han encontrado vinculaciones entre la desesperanza y la muerte súbita. Del mismo modo, plantean la necesidad de extremar los procedimientos diagnósticos que revelen precozmente síntomas depresivos, con el fin de incluir la terapia antidepresiva como tratamiento del desorden afectivo con la intención de prevenir y mejorar el pronóstico de la patología cardiovascular (Vicario y Arango, 2002).

Alfonso (2003) expone que se han estudiado los costos médicos de los estilos de vida optimista y pesimista. Durante una investigación, se tomó una muestra de 122 hombres que padecieron un ataque cardíaco, a quienes se realizó un seguimiento durante 8 años. Se observó que de los 25 hombres más pesimistas, 21 fallecieron; por el contrario de los 25 más optimistas sólo 6 murieron. Se concluye que si bien los factores de riesgo son útiles como predictores de supervivencia, la visión de vida es el factor más influyente. Asimismo, se infieren los beneficios médicos de los sentimientos y las emociones positivas.

Del mismo modo, Alarcón y Vallejo (2006) indican que del estudio de Frasure-Smith y Lesperance (2003). Se desprende que:

- 1-** Los síntomas depresivos aumentan estilos de vida desfavorables y el incumplimiento o la falta de adherencia a las prescripciones médicas.
- 2-** La depresión es seguida de hipercolesterolemia, que se traduce en una disfunción del eje hipotálamo-hipofisario, que aumenta la producción de esteroides y ácidos grasos libres.
- 3-** La depresión produce un efecto proaterogénico por medio de la alteración en la adhesión de plaquetas y el aumento de la producción de fibrinógeno.

4- Los síntomas depresivos dan como resultado un efecto arritmogénico, asociado a una depreciación del control vagal y del gasto cardíaco.

Desde el psicoanálisis la depresión se asocia a los conceptos de *angustia*, *inhibición* y *duelo*. Freud (1926) considera a la angustia como un afecto experimentado por el yo ante un peligro que conlleva a la pérdida de objeto. Existen dos tipos de angustia, la automática y la señal. La primera es la respuesta espontánea de un organismo frente a una situación de carácter traumático que no puede ser resuelta por el mismo debido a un déficit de recursos psíquicos. No hay registro de la angustia automática. En cambio, la angustia señal es un dispositivo accionado por el yo ante una situación de peligro para evitar ser inundado por el aflujo de excitación.

Freud (1915) define al duelo como la reacción ante la pérdida de un ser querido o de una abstracción semejante. Argumenta que lejos de considerarse al duelo como un estado patológico, es un estado que debe desaparecer por sí solo y no resulta conveniente someter al sujeto afligido a un tratamiento médico. Durante el duelo, el sujeto examina la realidad que evidencia que el objeto amado ya no existe, y demanda que la libido renuncie todas sus relaciones con el mismo. Pero ante este pedido surge una resistencia, que en ocasiones puede ser tan intensa que concluya en el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto, por medio de una psicosis optativa alucinatoria aunque lo normal es que la realidad se imponga.

### 3.3.3. Estrés

Este concepto fue introducido por el fisiólogo Selye (1974) para mostrar la respuesta fisiológica no específica del organismo que involucra esfuerzo y tensión. Según este autor, cada vez que una persona padece un período relativamente largo de *arousal fisiológico* el cuerpo sufre de estrés.

Gould y Krane (1992) definen el arousal fisiológico como una activación general fisiológica y psicológica del organismo que acompaña a la emoción y es medible tanto en animales como en humanos. Esta reacción conlleva cambios

fisiológicos, reacciones motoras y conductuales de tensión como temblor de manos, emociones alteradas (ansiedad) y disfunciones cognitivas (como fallas en la memoria).

Lazarus (1986) define [...] "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". (Lazarus, 1986, p. 43).

Asimismo, Lazarus y Folkman (1984) consideran que la esencia del estrés es el cambio y el proceso. El mismo se puede observar en tres fases:

1. Fase de anticipación: El individuo debe predecir cómo se enfrentará al estresor y qué consecuencias tendrá.
2. Fase de espera: Cuando se encuentra con el agente estresante, la persona realiza esfuerzos de afrontamiento donde espera el feedback o la retroalimentación sobre lo adecuadas que son sus respuestas de afrontamiento ante el estresor.
3. Fase de resultados: Incluye la exposición y reacciones de un organismo al desenlace favorable o insuficiente de sus respuestas de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) destacan la importancia de la evaluación cognitiva que realiza el sujeto sobre el estresor. Asimismo, distinguen dos tipos de evaluaciones cognitivas. La evaluación cognitiva primaria es espontánea e implica la valoración que realiza el individuo sobre la situación para calificarla en estresante, positiva, controlable, cambiante o irrelevante. En el caso de considerarla como estresante se produce una evaluación secundaria. Una vez

que se determinó el tipo de riesgo de la situación y cómo puede afectar al individuo se pregunta por las posibilidades que cree que dispone para hacer frente a la situación y las consecuencias de su actuación.

El afrontamiento es el intento por parte del individuo de dominar la situación estresante y posee dos funciones fundamentales. En primer lugar, al enfrentarse a la situación, se disminuye la ansiedad o la depresión. Por último, durante este desafío se llevan a cabo dos procesos: la resolución de problemas o la confrontación conductual. Ambos permiten a la persona cambiar su posición en la situación potencialmente estresante.

Alonso y Padrón (1998) describen distintos estresores psicosociales que pueden influir en el paciente coronario como los hábitos de vida inadecuados, los factores psicosociales, dentro de los mismos los estresores ambientales (eventos vitales, déficit de apoyo social, entre otros), estresores laborales (insatisfacción, exceso de responsabilidad), y estresores personalidad como patrón de conducta tipo A, vulnerabilidad al estrés, y estilo de afrontamiento. Asimismo, destacan la importancia de investigar acerca de la historia familiar de la enfermedad.

Alarcón y Vallejo (2006) mencionan el Interheart Study realizado en diversos países, cuyos resultados demuestran que los individuos con gran monto de estrés presentaban un riesgo mayor de padecer infartos de miocardio, y que él mismo oscilaba entre el 12% y el 33%. Los autores afirman que el estrés y la ansiedad crónica inducen a una taquicardia ventricular, lo cual aumenta las muertes súbitas por infarto del miocardio.

#### **3.3.4. Tipo de Personalidad A**

Rosenmman y Friedman (1959) describieron el patrón de conducta tipo A con las siguientes características:

- Competitividad
- Hostilidad

- *Work orientation*: gran implicación en el trabajo considerando al tiempo de ocio como pérdida de tiempo
- Preocupación excesiva por los resultados, más que por el disfrute de las actividades
- Un marcado deseo de reconocimiento y prestigio
- Un estilo dominante y autoritario
- Pensamiento concreto con dificultad para expresar sus sentimientos, junto con una ausencia de fantasías
- Verborragia
- Ambición
- Impaciencia acentuada
- Baja tolerancia a la frustración

Estos autores Rosenmman y Friedman (1959) concluyeron que las personas que poseían estas características tenían un 4,5% más de probabilidades en presentar angina de pecho o infarto del miocardio antes de cumplir los sesenta años que las personas con tipo de personalidad B, cuyas características son la poca competitividad, tranquilidad, tendencia a elegir situaciones de subordinación.

Según Becerra García (2007) el Complejo o Síndrome Hostilidad- Ira-Agresividad descrito por Spielberger establece que las diferencias biológicas serían la base de las diferencias psicológicas. Por ejemplo, en la manifestación de la agresividad, por tal motivo, habría personas biológicamente predispuestas por mayor capacidad de respuesta cardiovascular y un patrón psicológico en el que está presente el síndrome Hostilidad- Ira-Agresividad.

Asimismo, Alfonso (2003) menciona que la ira sería la emoción más perjudicial para el corazón. Sosteniendo lo expuesto anteriormente, el autor cita el estudio

realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford con pacientes que padecieron un único ataque cardíaco, cuyo resultado reveló que aquellos pacientes que se enfurecían con mayor facilidad tenían tres veces más probabilidades de morir por paro cardíaco, que aquellos cuyo temperamento era más tranquilo (Goleman, 1998).

En el siguiente apartado se desarrollan brevemente tres modelos explicativos diferentes:

Smith y Frohm (1985) desarrollaron el modelo de vulnerabilidad psicosocial. Este modelo sugiere que los individuos hostiles muestran mayor riesgo de ECV como resultado de su perfil psicosocial negativo. El mismo se caracteriza por poco apoyo social y gran cantidad de conflictos interpersonales dentro del ambiente familiar, social y laboral.

Por otro lado, Leiker y Haley (1988) exponen el modelo Conducta-Salud. El mismo afirma que las personas hostiles presentan hábitos deficientes de salud, hallándose gran correlación entre hostilidad y falta de ejercicio físico, poco cuidado personal, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaquismo, y otras conductas nocivas que aumentan el riesgo para que se sufra un ECV.

Finalmente, se halla el modelo Transaccional desarrollado por Smith y Pope, (1990), este modelo integrador explica que las personas hostiles no responderían simplemente a los estresores diarios con episodios mayores, más intensos y duraderos de reactividad cardiovascular y neuroendocrina, sino que, mediante sus pensamientos y acciones, crearían también contactos más frecuentes, severos y duraderos con estos agentes estresores.

### **3.3.5. Contexto Social**

Por otro lado, existe una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas que son un espejo de las principales fuerzas que gobiernan los cambios sociales, económicos y culturales como la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Asimismo, otros determinantes son la pobreza y el estrés (OMS, 2011).

Sandín (2003) considera que las condiciones sistémicas generadoras de tensión y conflictos se desarrollan más en determinados grupos que en otros, debido en gran parte, a las desigualdades en el sistema distributivo. El mismo autor plantea, que el concepto de estrés puede analizarse en dos niveles, a nivel individual, puede ser enfocado en relación a las características personales, experiencia e historia. En cambio, a nivel social el análisis está orientado hacia los orígenes que provienen de la estructura social. Aneshensel (1992) argumenta que las dos principales vías que unen al estrés con la estructura social son la exclusión de la participación social y la participación insatisfactoria.

### **3.3.6. Síntomas frecuentes**

La enfermedad de los vasos sanguíneos no suele presentar síntomas, y su primera manifestación suele ser un ataque al corazón o un ACV. Los síntomas del ataque cardíaco son dolor en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda. Además puede haber dificultad para respirar, náuseas o vómitos, mareos o desmayos, sudores fríos y palidez (OMS, 2011).

#### **4. Desarrollo histórico de la Psicología en el Psicoanálisis**

Boschan (1999) expone que las primeras ideas teóricas sobre las enfermedades psicopatológicas se encontraron en los escritos de Groddeck, Ferenczi, Deutsch y posteriormente Balint. Asimismo, el autor destaca que su auge se desarrolló entre las décadas del 50 y 60 con el movimiento de Salud Mental.

La corriente psicoanalítica siempre manifestó interés por las enfermedades psicopatológicas. Ya en la segunda mitad del siglo XIX Charcot demostró experimentalmente las influencias de los pensamientos sobre trastornos corporales en los histéricos. Fue él mismo quien inspiró a Freud en sus exploraciones de los fenómenos mentales inconscientes (Otto Lima Gómez, 1983).

Otto Lima Gómez (1983) afirma que el estudio de la intimidad del paciente a través del diálogo médico-paciente, suscitó el punto de partida para enunciar la comprensión de las enfermedades en las cuales el esquema clásico resultaba insuficiente. El autor argumenta que la obra de Freud constituyó un aporte esencial en relación al desarrollo teórico de la patología psicosomática. Asimismo, con la integración del psiquismo circunscripto en su segundo esquema etiopatogénico permitió el surgimiento de la Medicina Psicosomática Moderna. La misma fué desarrollada en tres fases según Spagnuolo de Iummato (2010), la primera entre los años 1915 y 1925, representada por Groddeck quien argumentaba que la distinción entre cuerpo y psique era exclusivamente verbal, no sustancial, constituyendo un todo y con la imposibilidad de diferenciar entre enfermedades físicas y psíquicas.

La segunda fase estuvo situada en los inicios década del '20, basada en la introducción de métodos psicofisiológicos e incorporando la hipnosis en el tratamiento para demostrar cómo los condicionantes psicológicos determinaban las manifestaciones fisiológicas pero sin establecer especificidad para realizar posteriormente predicciones. (Spagnuolo de Iummato, 2010)

Por último, explica la tercera fase cuyo inicio es en los últimos años de década del '30 y posteriormente en la década del '40, como un momento con gran conciencia metódica donde el interés se relacionaba con aportar comprobaciones empíricas a las generalizaciones teóricas. Cuyos principales exponentes son Flanders Dunbar, Franz Alexander, Michael Balint (Spagnuolo de Iummato, 2010)

Por otro lado, Otero y Rodrado (2004) señalan la diferenciación realizada por Freud de la psiconeurosis de defensa comprendidas por histeria, obsesión y fobia, de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), acentuando sus divergencias en cuanto a su etiología y a su patogenética. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis estarían emparentadas con los mecanismos de conversión tipo histérico, las neurosis actuales se corresponderían con la problemática psicosomática. Esta categorización concluyó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicosomática y lo psicosomático.

Un primer enfoque se basó en entender a los fenómenos psicosomáticos como una parte del universo simbólico, que podían ser interpretados como un sistema más de la comunicación. Una exponente de este pensamiento es Melanie Klein (Otero y Rodrado, 2004).

El otro enfoque, se encargó de establecer una diferencia entre lo conversivo y lo psicosomático. Mientras que los síntomas conversivos poseen un sostén simbólico expresándose como una conflictiva psíquica, en la patología psicosomática, ese contenido simbólico estaría ausente y lo que estaría presente sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido (Otero y Rodrado, 2004).

Desde entonces ha habido muchos intentos teóricos desde diferentes corrientes para dar cuenta de estos fenómenos complejos y la relación entre *Psyque-soma*. Asimismo, implican distintos enfoques dentro de la tarea clínica de entender la transferencia y conceptualizar el lugar del analista. Entre las corrientes más significativas podemos mencionar a la Escuela Cognitiva, Escuela Psicosomática de París, Escuela Freudiana, Escuela Lacaniana y Post- Freudiana (Barbero y Corniglio, 1995).

Por su parte, Farré, Marcet y Rigo, (2001), explican que el síntoma y el fenómeno psicosomático ponen en juego tanto la dimensión del lenguaje (la *psique*) como la del goce (el organismo). Desde este enfoque, el cuerpo es entendido como un esquema mental, es algo que se construye a través del lenguaje, que necesita de un organismo vivo y de una imagen para unificarse. El niño para poder tener una imagen de sí mismo debe recurrir a lo simbólico. Es necesaria la presencia de un Otro para construir una imagen de cuerpo unificado.

Lacan (1955), argumenta que ese cuerpo unificado o *cuerpo de la imagen*, surge como efecto de lo simbólico, del lenguaje. Este autor manifiesta que en la psicosomática, existe una parte del cuerpo resistente a la simbolización, algo que no se encuentra atravesado por el lenguaje, que está fuera de la simbolización, el *gocce*. Esta relación entre cuerpo y goce es un efecto necesario de la operación que genera al sujeto.

Para el Psicoanálisis, los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente, las mismas constituyen una solución de compromiso entre dos deseos conflictivos. Por lo tanto, la represión actúa como defensa del inconsciente desconocido, que sólo se hace posible a través de las formaciones del inconsciente: los sueños, lapsus, actos fallidos y síntomas neuróticos. Los mismos, son símbolos desplazados y condensados a través de asociaciones, que se descifran mediante la asociación libre del tratamiento psicoanalítico. El síntoma, por lo tanto, radica en el retorno de lo reprimido (Farré et al., 2001).

Lacan reformula los síntomas neuróticos en términos lingüísticos. Este autor, incluye las leyes del lenguaje, y traduce la condensación y el desplazamiento freudianos, en metáfora y metonimia, donde el síntoma está estructurado como un lenguaje que preexiste al sujeto (Farré et al., 2001).

El fenómeno psicossomático, en cambio, no posee cadena metonímica, no es metafórico, ni tiene un sentido, por lo que no podrá interpretarse. Es, en sí mismo, un efecto de significación producido por la sustitución de un significante por otro. Le corresponde el orden del *trazo unario*, un significante aislado que ha perdido su conexión con los otros significantes. Para explicar este fenómeno Lacan introduce el término *holofrase* de la lingüística, que indica que el sentido de una frase puede ser equivalente a una sílaba aislada, es decir, que han perdido su capacidad de significación en relación con el contexto (Farré et al., 2001).

Lacan (1995) expone en la conferencia de Ginebra, que lo psicossomático requiere ser descifrado como un jeroglífico. En el síntoma neurótico, los pacientes se preguntan sobre su síntoma. A lo largo de la terapia, el individuo logra con sus interrogantes conducir a producir cadenas lingüísticas, relacionadas con su historia, y esto produce efectos positivos para la cura.

Lacan (1995) considera el cuerpo como desertificación de goce. A partir de entonces el goce tendrá que ser redistribuido fuera del cuerpo, bajo la forma del *goce pulsional*. Por este motivo, se localizará en los bordes anatómicos del cuerpo, ligados al objeto de la pulsión, objeto perdido, imposible de recuperar,

pero que se encuentra de alguna manera repositivizado en tanto restituye un cierto coeficiente de goce. Asimismo, la construcción del fantasma posibilita al sujeto acomodarse a la pérdida del objeto y constituye una respuesta al interrogante por el deseo del Otro. Esto hace posible que el deseo inconsciente del sujeto, tenga un marco dentro del cual organizar su relación con la realidad.

Farré et al. (2001) argumentan que en los pacientes con lesiones psicósomáticas, el fantasma fracasaría parcialmente en la organización de la realidad, porque el enigma del deseo del Otro no puede operar de manera integral. La construcción del fantasma queda amenazada por una captación en el Otro materno, que le deja percibir que puede consumir un ofrecimiento real, ya no sólo imaginario. Ante la pregunta por el deseo del Otro el sujeto se encuentra con una certidumbre, y no puede elaborar, por lo tanto, su propia respuesta fantasmática.

Por todo lo expuesto anteriormente es que los pacientes con fenómenos psicósomáticos no se preguntan sobre su sufrimiento, sólo lo remiten al cuerpo, aislándolo por completo de cualquier relación con lo psicológico. Por este motivo, los enfermos psicósomáticos suelen consultar recurrentemente al médico, sometiéndose a diversos tratamientos sin tener en cuenta el campo psicológico (Farré et al., 2001).

En la Institución seleccionada, la labor analítica está orientada a la instauración de estructuras mentales que permitan la simbolización y la fantasmaticización. Su enfoque está basado en el pensamiento de la escuela de París cuyos principales representantes son Marty, Fain, M'uzan y David, donde el psicósomático está caracterizado por una insuficiencia en la mentalización que le impide la expresión psíquica de sus conflictos, este concepto se denomina *alexitimia* (Boschan, 1999).

Uribe Restrepo (2006) argumenta que Sifneos fue el primero en introducir el término alexitimia. La etimología de este término señala la ausencia de palabras para los sentimientos y es común en pacientes psicósomáticos. Este autor encontró ciertas características compartidas en un grupo de psicósomáticos como un vocabulario limitado, un afecto inapropiado,

personalidad primitiva, dificultades interpersonales y para la comunicación; y lo más llamativo una gran dificultad para expresar sus sentimientos. Otro rasgo asociado a estos pacientes, era la falta de simbolización, el pensamiento concreto, la recurrencia en concentrarse en eventos externos relegando el mundo interno a un segundo plano y la dificultad para diferenciar sentimientos de las sensaciones corporales.

Dayeh (2010) expone la caracterización realizada por Marty (1991) sobre estos pacientes cuyos rasgos principales son la falta de expresión afectiva, la ausencia de capacidad fantasmática y un pensamiento calificado de operatorio producto de la falta de ligaduras estructuradas con sus fuentes inconscientes. Este autor destaca la importancia económica de dos vías de descarga de las excitaciones no psíquicas: el comportamiento y la vía somática.

Continuando con esta línea, el autor plantea que la manifestación propia de la pulsión de muerte es el desinvertimiento que se manifiesta en la depresión esencial, el pensamiento operatorio y la desorganización progresiva (Dayeh, 2010).

Otero y Rodrado (2004) explica la depresión esencial como un estado crónico de desestabilización psíquica, es una depresión sin objeto, con una falta de vida fantasmática y onírica que permite la integración de las pulsiones y su tramitación psíquica. Surge como consecuencia de una sobrecarga de excitaciones en un momento de la edad adulta. Algunas insuficiencias en la organización de las representaciones al comienzo del desarrollo individual, sumado a ciertas supresiones conscientes de representaciones en la adolescencia o en la edad adulta, precipitan el proceso que concluye en una depresión esencial.

Continuando con estos autores, Otero y Rodrado (2004) definen el pensamiento operatorio como un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de valor libidinal aferrado a contenidos concretos relacionados con la materialidad de los sucesos. Marty (1991) expone que el sujeto no tiene capacidad de afectivizar su relato, lo describe como hechos aislados y sin poder establecer relación entre ellos.

Asimismo, carece de fantasías, utilizando prolijas descripciones de sí mismo y de su entorno. Del mismo modo, puede presentar inhabilidad para captar a los otros como sujetos diferentes, es decir percibir su individualidad.

Finalmente, Otero y Rodrado (2004) exponen la desorganización progresiva como la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Mayormente, la desorganización culmina en un proceso de somatización y puede concluir en la destrucción del individuo.

Asimismo, Ulnik (2000) desarrolla el déficit de mentalización, es decir, la carencia de capacidad de representación del individuo. En el paciente psicossomático, las representaciones aparecen ausentes o limitadas y superficiales, reproduciendo directamente percepciones vividas en la realidad, son huellas mnémicas eventualmente puras, poco numerosas, y poco sujetas a asociaciones de ideas. Debido a esas limitaciones el individuo vuelca su vida en un actuar más que en un pensar producto de su imposibilidad en tramitar las excitaciones. Desarrollan una *neurosis del comportamiento*, o en casos más favorables, en *neurosis mal mentalizadas*. En estas últimas los sujetos poseen un menor grado de empobrecimiento, tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

Boschan (1999) explica que estos sujetos tendrían un déficit patognomómico debido a una construcción incompleta del aparato psíquico. La misma surge a raíz del desamparo inicial provocado por el vínculo con una madre narcisista que promueve un vacío psicológico, que impide el despliegue del espacio simbólico de la fantasía y abre el camino a la acción directa corporal. Al no ser atendidas las señales indicadoras de sus deseos, el bebé las paraliza y produce respuestas corporales patológicas que equivalen a los primeros síntomas psicossomáticos. La escuela de París define a los enfermos psicossomáticos como sujetos trabajadores, eficaces, que logran algunos éxitos externos y que inducen a que se los exija, con carencias en las demostraciones y sentimientos afectivos.

Siguiendo con la misma línea, Uribe Restrepo (2006) expone que algunos post-freudianos como Winnicott y Bion remarcan el papel de las interacciones tempranas y la importancia de la relación de objeto. Para que la mente resida

en el cuerpo, es indispensable el rol del objeto como mediador y facilitar que las sensaciones corporales del niño puedan completarse en el yo. Si el individuo no consigue una correcta satisfacción en sus relaciones objetales, puede replegar su libido al yo (narcisismo), lo cual trae aparejado una sobreatención a sensaciones corporales, ya que el mundo psíquico no logra contener los factores instintivos y afectivos.

Por otro lado, Winnicott (1979) como exponente de la escuela Inglesa ubica la etiogénesis de estas enfermedades en etapas tempranas del desarrollo infantil y su relación con la madre. Pero argumenta que la mente se inicia tempranamente como una entidad separada del resto de la persona, la sostiene y funciona como un Yo auxiliar. A esta etapa la denomina *Personalización* y ocurre entre los 4 y 6 meses en adelante. Si esta etapa no se realiza adecuadamente puede encubrir algún tipo de disociaciones tempranas, y provocar un cuadro psicossomático.

Asimismo, Liberman, Grassano de Piccolo, Neborak de Dimant, Pistiner de Cortiñas, L. y Roitman de Woscoboinik (1982) describen tres categorías de enfermos psicossomáticos. La primera categoría comprende a los pacientes hipomaníacos, con grandes exigencias respecto al éxito y la responsabilidad. Los mismos suelen padecer enfermedades cardiovasculares.

La segunda está integrada por los pacientes depresivos con cierto grado de compulsividad. Aparece en ellos la patología digestiva o respiratoria. Son meticulosos, ordenados, controlados y autoexigidos.

Por último los pacientes esquizoides que presentan trastornos de piel, autoinmunes, musculares, óseos, anorexia nerviosa, etc. Enfermedades graves, pero poco notorias inicialmente.

Para finalizar, Marty (1991) en su libro plantea una serie de preguntas que se esboza el investigador al realizar un abordaje clínico. Las mismas apuntan a entender cómo está organizado el paciente en el plano mental, el funcionamiento en su vida cotidiana, los cambios que produjeron desde que enfermó, cómo empezó la enfermedad y si puede asociar esto a algún

acontecimiento. Por último, una consideración interesante es pensar por qué este tipo de enfermedad somática se produjo en este sujeto. El autor afirma que generalmente los pacientes que consultan no están preparados para responder a estos interrogantes por lo que la estrategia principal del terapeuta será dejar que sea el mismo paciente quien se desenvuelva solo evitando las rupturas de su ritmo relacional, aprovechando los lazos asociativos (*anamnesis asociativa*) que se presentan y reconduciéndolo a los problemas centrales si se pierde.

## **5. Abordaje alternativo: Cognitivo Conductual**

Los aportes de la psicología cognitiva también han sido muy valorados en el tratamiento con pacientes psicósomáticos. Este modelo sostiene que los esquemas de cognición determinan el modo en que un individuo interpreta su realidad, incluidos los estímulos corporales. Uno de los objetivos de la psicoterapia reside en corregir las distorsiones cognitivas (Uribe Restrepo, 2006).

De igual manera, Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1999) argumenta que el terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización del caso a la Intervención en el caso concreto. A su vez, destaca la utilización de un enfoque multimodal a nivel de selección de técnicas terapéuticas y el manejo de procedimientos de orígenes diversas corrientes (cognitivos, conductuales, sistémicos) según el caso específico con la finalidad de producir una modificación en los significados personales. Los objetivos generales de la terapia cognitiva estarán en función de las distintas disfunciones implicadas en el proceso psicósomático, para cada componente disfuncional se propondrán una serie de intervenciones que, lógicamente, derivan del análisis médico y del análisis psicológico (análisis funcional-cognitivo) del trastorno que se trate.

Brown (2004) argumenta que los síntomas somáticos corresponden a dos procesos de los mecanismos atencionales de los sistemas cognitivos, por un lado la forma que adquieren los contenidos de la conciencia, y por otro, el control del pensamiento y de la acción. El sistema cognitivo posee una inmensa

cantidad de información que es seleccionada y filtrada a través de mecanismos cognitivos que operan en gran medida por fuera de la conciencia (locus de selección). La activación paralela de sistemas de percepción y memoria permiten una formulación de hipótesis perceptuales basadas en la experiencia previa. Una representación primaria es conformada y organizada con la información presente, lo que permite dar una explicación del medio y coordinar la acción. La misma activa alguno de los esquemas de acción y pensamiento; y como respuesta la acción se controla de manera rápida, eficiente y con poco consumo de recursos (Uribe Restrepo, 2006).

En ciertos casos la activación de estos esquemas y representaciones primarias no es suficiente para guiar el pensamiento y la acción. Entonces se activa un sistema de atención secundaria, que se advierte como un esfuerzo enérgico y consciente que busca organizar la información actual y decidir el curso de la acción (Uribe Restrepo, 2006).

Según este modelo los síntomas médicos que no pueden ser explicados, surgen cuando la activación crónica de representaciones almacenadas en la memoria hace que la representación primaria prefiera una información inapropiada. Del mismo modo, se interpreta erróneamente la información actual, se confunde lo vivido como real y la persona no tiene acceso introspectivo a los mecanismos que seleccionan y descifran la información (Uribe Restrepo, 2006).

Por otro lado, El DSM-IV desarrollado por APA (2004) insta un apartado donde menciona que diversos factores psicológicos pueden afectar adversamente a un estado físico. El primer criterio que establece es la presencia de una enfermedad médica. El segundo, incluye los factores psicológicos que afectan negativamente a la patología en alguna de las siguientes formas:

1. Altera el curso de una enfermedad.
2. Interfiere con el tratamiento de la condición médica general.
3. Constituye un factor de [riesgo](#) adicional para la salud del [individuo](#).

4. Aumenta los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

Del mismo modo, dispone diversos factores psicológicos que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad mediante:

1. Trastornos mentales.
2. Síntomas psicológicos.
3. Rasgos de la personalidad y estilos de afrontamiento.
4. Comportamiento desadaptativo.
5. Respuestas psicofisiológicas asociadas al estrés.
6. Otros factores no especificados

Otra línea pensamiento, es la propuesta por Ruiz Sánchez y Cano Sánchez (1999) quienes coinciden con que el objetivo general de una terapia cognitiva conductual apunta a la detección y a la modificación de las distintas disfunciones implicadas en el proceso psicósomático y describen algunas intervenciones utilizadas:

Las intervenciones sobre los agentes estresantes disfuncionales. Las mismas son ambientales y relacionales y se desarrollan dentro de formatos familiares y de pareja.

Las intervenciones psicoeducativas que sirven para clarificar el nuevo estado del paciente, basándose en la historia personal y la historia de la enfermedad.

Las intervenciones para la detección y modificación de cogniciones y de los significados asociados a las mismas. (Terapia racional de Ellis; Terapia cognitiva de Beck; Terapia de Resolución de problemas de Goldfried y D´Zurilla, etc).

Las intervenciones para la reducción de la activación fisiológica disfuncional. Para esto se emplean técnicas de relajación y exposición, entre otras.

Las intervenciones estratégicas, donde se utilizan técnicas cognitivas como el entrenamiento en auto-instrucción, inoculación al estrés y resolución de problemas; técnicas conductuales como la auto-observación y autocontrol; y por último técnicas de entrenamiento en habilidades sociales.

Las intervenciones para la modificación de conductas dañinas donde se emplean técnicas de autocontrol conductual como la auto-observación, control de estímulos y control de contingencias.

Asimismo, existen dos estrategias generales para abordar las afecciones psicósomáticas. La primera, propuesta por Beech (1982) está relacionada con orientaciones específicas de intervención según la preponderancia de ciertos factores personales y/o ambientales. Se evalúa con el cuestionario de personalidad de Eysenck (1975), el mismo propone tres grandes rasgos de personalidad: Psicoticismo, Extroversión y Neuroticismo.

Eysenck (1975) explica el Psicoticismo como la propensión de un individuo para expresar de manera extraña sus emociones y sus conductas. Su comportamiento no procede a la lógica habitual, ni se aprehende a las normas sociales ni al sentido común. Se caracteriza por su frialdad, antipatía, impersonalidad, impulsividad manifestando conductas antisociales.

Extraversión es la tendencia de una persona a ser activa, vital, sociable, dominante y despreocupada. Su polo opuesto es la introversión.

Neuroticismo hace referencia a la predisposición de reaccionar de manera exagerada ante determinadas situaciones. Niveles altos de neuroticismo se asocian con características como la ansiedad, preocupación, tristeza, culpa, timidez, baja autoestima, irritabilidad, tensión y una mayor emocionalidad general.

Si predomina el *neuroticismo* los objetivos del tratamiento estarían orientados principalmente a disminuir la ansiedad a estímulos ambientales específicos con técnicas de relajación, exposición, asertivas y cognitivas. Mejorar la distribución del tiempo ocio-trabajo de modo de hacerla más funcional y saludable para la persona, ya que en ocasiones estos individuos sufren de excesiva

responsabilidad y poco goce en los tiempos de ocio. Para esto, se puede utilizar la técnica de resolución de problemas donde se discuten alternativas para ahorrar esfuerzos laborales y aumentar el tiempo de ocio (economía de esfuerzos; delegación de funciones, introducción de pausas o descansos) (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

Si se manifiesta una personalidad tipo-A es conveniente trabajar con el Insight racional, tratando que el individuo tome de conciencia de lo efectos de su comportamiento. Asimismo, se puede realizar un contrato de reajuste actividades marcando una nueva distribución del tiempo. Es necesario utilizar técnicas cognitivas para tratar las preocupaciones del paciente respecto a perder eficacia o autoestima (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

Por otro lado, si el problema se corresponde con un déficit o inadecuación de habilidades de afrontamiento es necesario reforzar sus redes sociales, una de las alternativas podría ser brindar la sugerencia de integrarse a un grupo de autoayuda asociado a su problemática. De igual forma incorporar técnicas para mejorar sus habilidades sociales evitando así el aislamiento social. Es conveniente incluir técnicas acerca del manejo de la ansiedad y redistribución de tiempo trabajo-ocio (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

La segunda alternativa es expuesta por Buceta (1988) y está focalizada en las personas que presentan el patrón A de conducta. Por lo tanto, a nivel conductual se plantea la redistribución del ocio-trabajo en forma de sugerencias, para no crear resistencia. El entrenamiento en relajación, para controlar la activación autonómica. La resolución de problemas haciendo que sea el mismo paciente el que genera soluciones alternativas y revisando su viabilidad (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

En el nivel cognitivo se revisan las cogniciones disfuncionales, planteándolas en forma de interrogantes. Se efectúa un planteamiento de experimentos personales para comprobar la validez de los significados personales, el terapeuta presenta sus hipótesis sobre ello al paciente y le plantea su opinión al respecto. Si el paciente acepta lo que le apunta el terapeuta, el mismo puede sugerir su revisión (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1999).

Otro tipo de tratamiento es el propuesto por Laham (2010) quien expone que en la patología cardiológica es necesario realizar un abordaje psicocardiológico. El mismo posee diferentes niveles de intervención que van desde la educación y la promoción de la salud hasta los programas de rehabilitación de la enfermedad.

Una vez recibido el diagnóstico o la ocurrencia de un episodio agudo, se produce un cambio a nivel psicológico en el afectado. Esto se debe a que en este episodio el paciente reconoce su propia mortalidad y se fisura el sentimiento de omnipotencia. En el caso de H, la función del profesional de la salud comienza desde su internación, durante su permanencia en el hospital y continúa, ulteriormente, cuando es dado de alta como paciente ambulatorio. Es conveniente destacar la importancia del psicólogo en el seguimiento y apoyo en los tratamientos de re-habilitación y reintegración social ya que constituyen una estrategia fundamental y poseen atención tanto para el tratamiento farmacológico, como para el control de factores de riesgo (control nutricional, ejercicio físico, apoyo psicológico, social) y terapia ocupacional. La rehabilitación cardíaca consiste, básicamente, en modificaciones al estilo de vida (Laham, 2010).

### **5.1. Cuestionarios de Evaluación**

Algunos cuestionarios utilizados en el estudio del estrés y los trastornos psicosomáticos son:

1. Locus de control (Rotter, 1966): Brinda información acerca del estilo atribucional del sujeto, sitúa el control en función de su conducta o factores incontrolables (internos o externos). Puede ser útil para diseñar una intervención que tenga como fin un cambio atribucional. Este cuestionario fue adaptado al español por Pérez García (1984).
2. Alexitimia Toronto Scale (Bagby, Ryan y Taylor, 1985): Genera información sobre un estilo cognitivo donde se presenta una dificultad para traducir las emociones a términos verbales. Puede ser útil para diseñar intervenciones dirigidas a la clarificación de emociones. Adaptado a la Argentina por Casullo y Páez (2000).

3. Percepción de apoyo social (Conde y Franch, 1984): Informa sobre el apoyo que pretende tener el sujeto para confrontar sus dificultades. Una baja percepción de este apoyo, puede sugerir estrategias encaminadas a aumentarlo.
4. E.P.Q. (Eysenck, 1975): Advierte sobre distintos rasgos de la personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad). Puede ser utilizado en el diseño de la intervención. Este cuestionario fue adaptado por Casullo, Figueroa y Aszkenazi (1991).
5. Cuestionario Bortner para la detección de patrón de conducta A (Flores, Valdés, Treserra, García Esteve y Nuñez, 1985). Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala suelen poseer más propensión a sufrir trastornos psicosomáticos.

## **6. Metodología**

### **6.1. Tipo de estudio**

Descriptivo, estudio de caso único

### **6.2. Participantes**

H inició el tratamiento derivado del área de Unidad Coronaria de uno de los hospitales.

En la Unidad Coronaria el paciente mantiene dos entrevistas con la licenciada que se desempeña como coordinadora del servicio de cardiología. Ella le plantea la posibilidad de realizar terapia individual.

Una vez que H es dado de alta, se establece el primer encuentro con quien en adelante será su terapeuta.

H tiene 45 años, está casado y es padre de tres niñas de tres, cinco y once años. Antes del evento cardíaco trabajaba instalando aires acondicionados. El paciente asiste a terapia individual en forma semanal y la duración de cada sesión es de una hora.

### **6.3. Instrumentos**

Se realizará una entrevista semiestructurada a la psicóloga del paciente centrándose en las áreas referidas al motivo de consulta, vínculo con el terapeuta (transferencia), factores desencadenantes de la enfermedad, su historia de vida y por último, la línea del tratamiento. Por otro lado, se observarán las supervisiones semanales del caso durante dos meses y se analizarán las notas del terapeuta.

#### **6.4. Procedimiento**

Se concurrirá una vez por semana en el transcurso de 2 meses a las supervisiones y se recolectará toda la información posible para un mejor seguimiento del mismo. Se analizarán las intervenciones e interpretaciones realizadas por el terapeuta y se examinará la línea de trabajo del mismo.

Se efectuará una entrevista a la psicóloga de H al finalizar la residencia para analizar conjuntamente la evolución del tratamiento.

### **7. Desarrollo**

#### **7.1. Factores desencadenantes en H**

H es recibido en el hospital después de haber sido reanimado en su domicilio y estabilizado a causa de haber sufrido 3 paros cardíacos casi en forma simultánea. Posteriormente, en Unidad Coronaria, le realizaron un cateterismo y le colocaron un stent para favorecer la correcta circulación de sangre.

Durante su estadía en Unidad Coronaria el equipo de Psicología le realiza dos entrevistas para ver su estado y su evolución.

En la primera, H se encuentra bajo con un gran impacto emocional, está algo aturcido y ansioso por no saber cuál será el desenlace luego de lo ocurrido. La Licenciada en Psicología le pregunta si se siente mejor, si puede relacionar este suceso con alguna situación en particular, si sufrió de mucho estrés últimamente o recibió alguna noticia de gran impacto, a lo que el paciente comenta que unos meses atrás falleció su hermano.

Como ya fue expuesto anteriormente, numerosos autores detallan la gran influencia que tienen el estrés y la depresión como factores de riesgo en un evento cardíaco. El mismo paciente relaciona su propia enfermedad con un suceso de gran carga emocional y menciona sentirse afligido desde ese acontecimiento. Smith y Blumenthal (2011) aseguran que la depresión es frecuente en personas con cardiopatía, especialmente luego de un infarto de miocardio y que 1 de cada 5 pacientes cumplen los criterios de Trastorno Depresivo Mayor.

En el segundo encuentro, ya posterior a la colocación del stent, al paciente se lo encuentra más tranquilo. Al preguntarle acerca de su familia, comenta que su esposa fue a visitarlo esa misma tarde, pero se sensibiliza mucho por no poder tener contacto con sus hijas ya que en Unidad Coronaria no está permitido el ingreso de niños. Frente a esta situación, la Psicóloga le propone llamarlas por celular y hablar con ellas, al conversar con la mayor y escucharla bien, se siente mejor. Comenta que la familia para él es un gran apoyo.

Fernández-Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, (2003) explican que los factores sociales, incluido el apoyo social y posición social económica, se han relacionado con los resultados clínicos de enfermedades cardiovasculares. El apoyo social puede actuar como defensa contra los eventos vitales adversos y ejercer una función protectora. Se han identificado varias formas de apoyo social, entre ellos, el apoyo estructural que hace referencia al tamaño, tipo y densidad de la red social que un individuo posee y la frecuencia de contactos que tiene con esa red. Este tipo de apoyo será esencial al momento de iniciar la terapia y ver con qué recursos cuenta el paciente. En el caso de H se puede observar que cuenta con una pequeña red de apoyo familiar, la misma puede ser utilizada para la rehabilitación del paciente y para la modificación de ciertas conductas nocivas.

En relación a su red social o extra-familiar, él comenta que no tiene mucho tiempo libre para eso, y que estuvo en tantos lugares el último tiempo que no posee muchos amigos actualmente. Aunque asegura que con su ayudante se

lleva muy bien. Por tal motivo, durante su tratamiento se tratarán de tejer nuevas redes y de utilizar la existente.

Asimismo, se denomina apoyo funcional o apoyo tangible, al apoyo proporcionado por la estructura social de un individuo incluidos factores económicos, informativos, valorativos y emocionales. Lett, Blumenthal, Babyak, Strauman, Robins y Sherwood (2005), realizaron una revisión detallada de los estudios que relacionaban estos factores con la cardiopatía y observaron que un apoyo social escaso se asociaba a un aumento de 1,5 a 2 veces en el riesgo de enfermedades cardiovasculares tanto en poblaciones sanas como en pacientes cardíacos, y al parecer el apoyo funcional percibido era un factor predictivo del resultado clínico más importante que el apoyo estructural en las poblaciones cardíacas.

El grupo familiar de H se encuentra conformado por la esposa María, quien actualmente no trabaja y sus tres hijas de tres, cinco y once años.

El paciente comenta que todas sus hijas van a colegio privado, y que una de sus preocupaciones más grande es cómo hará ahora para poder pagar las cuotas mensuales y el alquiler.

En relación al ámbito laboral H se desempeñaba instalando aires acondicionados. El mismo expone que trabajaba más de 10 horas por días y que descansaba poco. El paciente argumenta que su ritmo de vida era acelerado debido a todas las obligaciones financieras que tenía y enfatiza en que su casa y su familia sólo dependen de él.

Según lo expuesto anteriormente se podría inferir que H podría padecer de estrés laboral. Esta relación ha sido estudiada por muchos autores y una de las teorías mencionadas con mayor frecuencia para explicar esto es el modelo de tensión en el trabajo de Karasek (1979). El mismo propone que la combinación de escaso margen de decisión (discretion o job control) e intensa exigencia del trabajo (demands) es lo que tiene mayor capacidad predictiva en la enfermedad cardiovascular.

Eller, Netterstrøm, Gyntelberg, Kristensen, Nielsen y Steptoe (2009) realizaron un metanálisis para explorar este tema cuantificando la relación entre múltiples factores psicosociales interrelacionados con el trabajo y la cardiopatía isquémica. Estos autores descubrieron que la alta exigencia psicológica, la falta de apoyo social y el exceso de tensión se asociaban a un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica.

Otro factor desencadenante que se puede observar en este caso, es el tipo de personalidad que tenía el paciente. Al analizar el caso se puede inferir que paciente presenta rasgos de tipo de personalidad A. Un claro ejemplo de lo antes expuesto, es cuando H realiza esfuerzos excesivos y mantenidos hacia el logro de objetivos muy altos, impuestos por él mismo y, por lo general, pobremente definidos. Esto se puede observar cuando el paciente comenta que trabaja 10 horas diarias para satisfacer las necesidades de su hogar, sin cambiar su estilo de vida. También se muestra una constante implicación en múltiples y diversas actividades que exceden la disponibilidad de tiempo del individuo y por sobre todo una impaciencia acentuada. El paciente no logra disfrutar de sus éxitos sino que se encuentra constantemente exigiéndose un poco más sin poder gozar de sus logros.

Por último, durante su estadía en el piso de Cardiología se le administró al paciente un cuestionario acerca de su estilo de vida para determinar los factores de riesgo que se presentaba este caso con el objetivo de fomentar acciones tendientes a la disminución de este tipo de conductas, mejorar su calidad de vida y promover actividades salutogénicas. Algunos factores que se pudieron observar en H son: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, el sedentarismo y la dieta inadecuada. Por tal motivo, una vez analizados los datos de la encuesta, se le proporciona un folleto con información acerca de los factores de riesgo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se le explica la necesidad de realizar actividad física una vez que salga del Hospital y los beneficios de la misma.

Luego de estar aproximadamente una semana en Unidad Coronaria es dado de alta. En esa instancia, se le propone un tratamiento psicológico ambulatorio

con un profesional externo. El paciente acepta enseguida y se realiza la derivación correspondiente. Una vez derivado, la Licenciada se comunica con el cardiólogo de H para hablar acerca de su cuadro clínico, su pronóstico y para trabajar juntos en el seguimiento de este caso.

## **7.2. Abordaje Psicoanalítico**

H comienza su tratamiento una vez por semana. En el primer encuentro el paciente expone que los motivos de su ataque cardíaco podrían estar relacionados con la muerte de su hermano, quien estaba enfermo de Cáncer desde hacía 3 años.

En su relato se puede observar cómo el paciente no logra conectar lo que está contando con sus sentimientos y lo narra como si le hubiese sucedido a otra persona. Esto se debe a que los pacientes psicósomáticos poseen una gran desafectivización y una gran distancia emocional con los acontecimientos que viven, por este motivo muchas veces el psicólogo debe poner en palabras aquellos sentimientos que el paciente no logra identificar.

McDougall (1982), argumenta que la alexitimia sería un punto clave en la vulnerabilidad somática, ya que incrementa la dificultad en la elaboración de las situaciones de sufrimiento y es un intento de defensa frente al dolor psíquico. En los enfermos psicósomáticos, la carencia de actividad fantasmática se relaciona con el desarrollo del pensamiento operatorio. El mismo está desprovisto de un grado apreciable de valor libidinal y no permite la exteriorización de la agresividad.

Desde una mirada más lacaniana, la tarea del analista será crear una demanda y acceder a un trabajo de desciframiento que pueda ser sintomatizado. El *jeroglífico* ha sustituido las palabras, pero mantiene una analogía con ellas, y puede reconvertirlas y descifrarlas, creando un síntoma y con ello produciendo las asociaciones de cadenas lingüísticas necesarias para la cura. Por lo que ese será el objetivo del tratamiento. H explica que el ataque cardíaco se relaciona con la muerte de su hermano, pero no logra establecer asociaciones más profundas ni descifrar más allá de esa enunciación.

Asimismo, Lacan (1955) señala la importancia que posee que el analista preste atención al órgano afectado, ya que el mismo está relacionado con la modalidad de goce del Otro. Esta presencia del Otro sobre un cuerpo al que no permite funcionar solo, iniciada probablemente en un tiempo en el que el Sujeto no contaba aún con recursos como para interpelar ese goce, hace que esa función biológica difícilmente pueda ser olvidada como para adoptar un funcionamiento autónomo. Sin embargo, también existe otro tipo de lesiones en las que el goce del Otro no se especifica en una función particular del organismo, sino que ejerce sobre el Sujeto una presión que se vuelve excesiva. Las afecciones cardíacas, como el presente caso, muestran como la presencia del Otro produce estrés.

En otra sesión, H comenta que durante toda la enfermedad del hermano, la madre quedó excluida. El motivo de esto, fue que el hermano del paciente había solicitado que ningún miembro de la familia le informe a la madre acerca de su condición y su tratamiento ya no quería preocuparla. De esta manera, su madre nunca supo de su estado hasta el momento de su muerte, y en ese momento, fue H quien tuvo que informarle la noticia. Por este desenlace la madre se vió muy afectada anímicamente, y desde entonces él la visita periódicamente para hacerle compañía y para evitar que se deprima.

Cuando H es internado, se posiciona del mismo modo, y le pide a su mujer que no le cuente a su madre lo ocurrido. La mujer acepta y no dice nada.

Durante la segunda entrevista en el hospital, H había comentado esta situación con la Psicóloga del servicio de Cardiología y ella le había aconsejado hablar con su madre y decirle acerca de la internación, recordándole que justamente debido al silencio de su hermano, ella nunca tuvo la oportunidad de acompañarlo. No obstante, el paciente decidió no comentarle nada a la madre. Es llamativo, como se posicionan los hermanos delante de la madre, esa madre a lo que no se le debe decir sobre su enfermedad, aquella a la que se le impide “ver” determinados sucesos y esta condición de fragilidad que le otorgan.

En otra sesión, al indagar sobre su historia familiar el paciente asegura que es totalmente diferente al hermano, a quien describe como un tiro al aire. Al solicitarle una autodescripción, se define como un hombre recto, responsable, con un gran sentido de ética y justicia. La Psicóloga explica que existe una contradicción entre la angustia que él siente por el fallecimiento de su hermano y la relación a la cual hace referencia, a la que considera buena pero distante.

El paciente manifiesta sentirse muy afligido por todo lo sucedido y expresa que el padre falleció cuando él era muy joven de la misma enfermedad que el hermano. Al profundizar sobre la relación que tenía con su padre expresa que aunque no estaba mucho en la casa, para él era una gran compañía y tenían una muy buena relación. Asimismo, asegura que existía una especie de alianza entre él y el padre, y en contraposición a ellos, otra entre la madre y el hermano. Esta última se hace más intensa cuando el padre fallece. Del mismo modo, afirma que desde que el padre murió siente que está anclado y que le falta algo.

Es importante resaltar que el padre del paciente falleció en 1987. Asimismo, es conveniente incluir la posibilidad de una depresión como factor de riesgo por el duelo no elaborado, ya que en su discurso se puede inferir que el duelo de su hermano resignifica el de su padre. En el paciente psicossomático, el Inconsciente tiene que ser inventado, en tanto el sujeto se enfrenta a signos que no pueden ser tramitados por la vía de las formaciones del inconsciente. Cuando una demanda del Otro, algún acontecimiento traumático, alguna pérdida sufrida por el Sujeto, como este caso, alguna irrupción de lo Real no pudo ser interrogada, esos significantes habrán dejado de comportarse como tales, habiendo pasado a ser puros signos plenos de sentido.

Por lo expuesto anteriormente, en el análisis se buscará interrogar a esa demanda holofrásica que no pudo ser interrogada por el sujeto. Descifrar qué fue lo que funcionó como signo y provocó que el inconsciente quedara por fuera. Se debe reintroducir la dimensión del significante y de su función equívoca para que permita sintomatizar, soñar, engañar el estímulo que antes era holofrásico.

Otro aspecto a tener en consideración, es como se posiciona el sujeto ante el trabajo. El paciente relata que empezó a trabajar desde los 15 años, y que lo hizo de forma interrumpida hasta el momento del episodio. Asegura que ya se siente bien como para retomar su etilo de vida anterior porque no le duele nada. Existen dos tipos fundamentales de disfunción psicológica que se presentan luego del infarto: la depresión y la negación de la enfermedad. Esto último se ve reflejado cuando H afirma que actualmente, a muy poco tiempo del episodio cardíaco, se encuentra en condiciones para volver a retomar su rutina. La psicóloga en ese momento interviene recordándole lo que los doctores le habían advertido sobre lo que le podía ocurrir si continuaba con su ritmo de vida.

Varias sesiones posteriores, H manifiesta sentirse afligido por no saber cómo continuar su vida laboral. Explica que durante todo el tiempo que él estuvo internado, su casa no tuvo ingresos, y que si bien entiende las indicaciones de los doctores, necesita trabajar. Conjuntamente con la profesional buscan una solución alternativa. Finalmente, H decide contratar un ayudante para que se siga encargando del negocio.

En lo que respecta a su mujer y sus actividades, H comenta que la esposa hace dos años que no trabaja. El manifiesta sentirse preocupado porque ella se levanta tarde, la casa está desordenada y sus hijas están desprolijas. Asimismo, le reclama a su mujer las obligaciones de la casa y destaca en su discurso que él pretende que teniendo en cuenta la situación de desempleo de su mujer, las niñas estén impecables y la casa ordenada.

Por otro lado, menciona reiteradas peleas por cuestiones económicas. El paciente relata que las tres hijas concurren a un colegio privado, que la mayor de las niñas también asiste a inglés como actividad extracurricular, y que también deben pagar el alquiler, pero estos gastos fijos representaban casi exclusivamente el ingreso de la casa.

El paciente expresa que a lo largo de su vida trabajó en diversas áreas, pero manifiesta cierta frustración por no tener su propia propiedad. La psicóloga expresa que es indispensable que él pueda apropiarse de sus proyectos y menciona que este tema va a ser una cuestión a revisar a lo largo del tratamiento.

Luego del episodio cardíaco H se plantea acerca de su finitud. Por tal motivo, contempla la idea de comprarle un kiosco a su esposa, para que si a él le llegase a pasar algo, ella no se quede sin nada. Recalca numerosas veces la última expresión. Al preguntarle a H qué le había contestado su mujer al proponerle la administración de un kiosco, mira a la psicóloga con cara de extrañado, y confiesa que no se lo había preguntado.

Para concluir, se puede tomar la distinción que ofrece la Psicóloga de H acerca de las distintas maneras de abordar el funcionamiento psíquico en el psicoanálisis y en la terapia conductual. Mientras los psicólogos conductistas imaginan el funcionamiento psíquico en general como una caja negra en la que entra un estímulo y sale una respuesta, que debe ser recondicionada. En el psicoanálisis se trata de reemplazar esa caja negra por el esquema del peine. El mismo ubica entre el polo perceptivo y el polo motor, las inscripciones inconscientes.

Por todo lo expuesto anteriormente, se entiende por qué el paciente psicossomático no puede producir metáfora ni metonimia, no tiene un síntoma sino un fenómeno y por consiguiente no puede tramitarse mediante las formaciones del inconsciente. En el presente caso, habrá sólo signos *holofrásicos* que habrán dejado fuera al Inconsciente y que deberá ser reinventado en el análisis. El analista puede cuestionar, pero el paciente no podrá no podrán enlazar al significante, con la equivocidad del significante, para producir formaciones del inconsciente, y es esto, lo que deja al sujeto indefenso a la demanda del Otro, y entonces, impacta directamente sobre el organismo. Es por esto, que el analista debe posicionarse en un rol constructivo.

### **7.3. Abordaje Alternativo**

Se considera que este caso se podría haber abordado desde un enfoque interdisciplinario, ecléctico integrativo. Por lo tanto, sería conveniente disponer un equipo con los siguientes profesionales: Cardiólogo, Enfermero/a, Psicóloga/o, asistente social y kinesiólogo. El objetivo que este equipo sería que cada uno de sus integrantes, mediante su opinión fundamentada en su rama de conocimiento específico, brinde herramientas para solucionar un problema acordado en conjunto, donde la intercomunicación y la resolución de problemas sean los objetivos principales. Para que un equipo multidisciplinario logre conformar una integración interdisciplinaria, resulta necesario que los profesionales no trabajen de manera aislada, sino conformando una red y construyendo entre todos un saber compartido (Tuzzo, 2004).

Para esto, sería necesario que el tratamiento se inicie dentro del ámbito hospitalario, con el fin de obtener un mejor seguimiento del paciente y poder abordar un tratamiento desde un enfoque más completo.

Dentro del ámbito hospitalario los objetivos principales serían los siguientes:

- Brindar asistencia Psicológica, con el fin de entender la valoración del individuo sobre aspectos que puedan interferir en la evolución de su enfermedad en las tres esferas: emocional, cognitiva y conductual. Asimismo, se busca ayudar al paciente a atravesar el periodo de hospitalización.
- Brindar acompañamiento, en caso que sea necesario, desde la asistencia social, para entender en el contexto que se encuentra el paciente y los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto.
- Es necesario realizar un trabajo individual y grupal para iniciar la modificación de actitudes nocivas por salutogénicas. Esto comprende facilitar el acceso a la información para aumentar los conocimientos acerca de la enfermedad, para que posteriormente el paciente pueda adquirir herramientas en el período post- hospitalario.

- Movilizar recursos afectivos que propicien el cambio, aprovechando la experiencia emocional correctiva como elemento favorecedor
- Instrucción y orientación a la familia para el manejo y tratamiento de los pacientes. Es importante que la red social del individuo esté informada y puede ayudar al paciente en este proceso.
- Programa de Rehabilitación Cardíaca

Una vez que el paciente es dado de alta, se plantean las siguientes metas:

- Realizar un seguimiento psicológico y/o psiquiátrico a pacientes con desajuste emocional.
- Reforzamiento de la información, ya antes brindada para la prevención secundaria. Para llevar esto a cabo, se pueden realizar talleres grupales para pacientes y familiares con el fin de compartir experiencias, conocimiento y soluciones a diferentes problemas relacionados con la enfermedad.
- Es muy importante el apoyo social que percibe el paciente, por tal motivo, es necesario ampliar y consolidar las redes existentes que tiene el paciente.
- Seguimiento médico
- Programa de Rehabilitación Cardíaca

Para comenzar es importante trabajar con las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos del paciente. Hay dos tipos de creencias, las nucleares y las periféricas.

Las primeras son aquellas que componen el *self* de la persona, son aquellos valores y creencias más estables, lo que le dan su sentido de identidad y por eso, son más difíciles de modificar ya que no se cuestionan. Por tal motivo, cuando las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia. En cambio, las creencias periféricas están relacionadas con aspectos secundarios, de menor relevancia y son menos resistentes al cambio.

La Terapia Cognitiva trabajará con la dinámica entre las creencias y los esquemas con el fin de eliminar los síntomas. Asimismo, se basa en la modificación de pensamientos automáticos que son más accesibles y más fáciles de modificar. Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes y son manifestaciones clínicas de las creencias. Se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, telegramáticos, y se le imponen a la persona, por eso son automáticos. El terapeuta junto con el paciente tratará de crear experiencias para contrastar estas creencias.

Beck (1976) expone que el tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo.

En el presente caso, un pensamiento automático podría ser: “No vas a llegar a ningún lugar sin esfuerzo” o “El tiempo de ocio es una pérdida de tiempo“. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “Vivo para trabajar” o “El trabajo es lo más importante” y creencias periféricas como: “Es necesario tener una casa propia”, “Si me pasa algo, tengo que dejarle algo a mi mujer”. Por tal motivo, es necesario empezar a cuestionar y modificar estos pensamientos con el fin de hacerlos más funcionales y adaptativos.

Los aspectos psicológicos entorno a la Cardiopatía Isquémica se pueden esquematizar en tres momentos cronológicos: fase previa, aguda y de rehabilitación; la actuación psiquiátrica y psicopatológica abordará las alteraciones actuales de la enfermedad e intentará prevenir las condiciones patológicas básicas.

Para interpretar las consecuencias fisiopatológicas de los diferentes aspectos psicológicos hay que considerar que la tensión psicológica aumenta los factores de riesgo convencionales, pero los factores de riesgo psicosocial, según se pudo observar en el informe Framingham referidos por Haynes (1978, 1970, 1982) tienen valor patógeno en sí mismos.

Wilke (2002), argumentan que los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) fueron inicialmente aconsejados por la OMS en la década de los sesenta para los pacientes cardíacos.

Siguiendo con esta línea, López-Ibor, Lozano y Carcedo (1987) exponen que los PRC buscan conseguir dos siguientes objetivos: a nivel de calidad de vida y a nivel pronóstico.

El primero incluye mejorar la capacidad física, evitar el malestar psicológico, ya que muchos pacientes luego de estos episodios presentan un miedo exagerado a realizar esfuerzo y un temor marcado con la idea de muerte. Por otro lado, también se busca estabilizar las relaciones socio-familiares y sexuales, y facilitar la reintegración laboral y social. Es importante que el paciente acepte su nuevo estilo de vida. Asimismo, es trascendental identificar, revisar y modificar las concepciones y creencias de pacientes con esta enfermedad que actuaron como desencadenantes y que generalmente no se le conceden importancia. Los mismos inciden en la aparición, evolución y rehabilitación de la enfermedad. También es primordial tener en consideración los patrones culturales, normas sociales e idiosincrasia de la sociedad actual para lograr cambios y modificaciones en los estilos de enfrentamiento y de vida.

En el caso de H, si bien no aparece un miedo excesivo por realizar esfuerzos, se podría inferir que su postura de querer seguir como si nada hubiese pasado es un factor para tener en cuenta. Se podría deducir que el paciente se encuentra negado ante la situación de no poder realizar las mismas actividades que venía efectuando anteriormente. Asimismo, es necesario identificar los pensamientos automáticos y creencias nucleares que él mismo posee.

El cumplimiento de orientaciones médicas y psicológicas para el nuevo estilo de vida que debe llevar una persona con esta patología se basa en un cambio actitudinal y comportamental. Por este motivo, la persona necesitará una orientación acertada, un acompañamiento, y por sobre todo desarrollar ciertos recursos psicológicos que permitan llevar lo aprendido al plano conductual

con el fin de modificar [normas](#), creencias, desestructurar prejuicios, alterar costumbres, lo que lógicamente se ha venido consolidando y reforzando desde la niñez hasta la adultez propiamente dicha (López-Ibor et al.,1987).

El segundo, en cambio busca reducir la incidencia de complicaciones y descender la mortalidad. Para esto, la Terapia Cognitiva utiliza frecuentemente la Psicoeducación. La misma consiste en la explicación breve del modelo teórico de trabajo, brindando al paciente información sobre su problemática. Esto tiene como resultado un aumento en la adherencia al tratamiento. Es importante que exista una colaboración activa por parte del paciente en el tratamiento donde conjuntamente se revisen las creencias disfuncionales, se cumplan ciertas tareas o se escuchen sugerencias o indicaciones terapéuticas. El conocimiento aumenta el compromiso con el tratamiento, por eso en las enfermedades crónicas esto es fundamental.

Velasco, Cosín, Maroto, Muñiz, Casasnovas, Plaza y Abadal (2000) argumentan que estos programas brindan la posibilidad de diferenciar los pacientes según el tipo de riesgo de sufrir accidentes cardíacos desencadenados por el ejercicio físico y el mejor control de los pacientes durante las sesiones de entrenamiento físico. Asimismo, se confirma la mejoría de calidad de vida en prácticamente en todos los pacientes que realizan estas técnicas de tratamiento.

Siguiendo con esta línea, Velasco et al. (2000) explican que los enfermos con mayor riesgo son los más beneficiados, ya que los de bajo riesgo se rehabilitan espontáneamente, aunque si efectúan estos programas lo harán en menor tiempo y con mayor conocimiento y seguridad.

Lavie y Milani (1997) argumenta que los pacientes que asisten a un programa de Rehabilitación Cardíaca experimentan mejoras en cuanto a los síntomas depresivos, que se reducen desde un valor inicial de 63% hasta valores de entre 17% y 6% tras la rehabilitación. Asimismo, los pacientes que finalizaron el programa de rehabilitación cardíaca experimentan una disminución significativa en la mortalidad.

Velasco et al. (2000) explican que los Programas de Rehabilitación se dividen en tres fases:

Fase I: Incluye el período de internación. Una vez que el dolor y la angustia hayan disminuido, se puede recurrir a diversas técnicas de Fisioterapia:

- Ventilación abdomino-diafragmática.
- Relajación de tipo método de Jacobson.
- Drenaje linfático manual con objeto de prevenir o reabsorber el eventual edema de los miembros inferiores.
- Ejercicios durante el período de permanencia en la cama: A partir del tercer día se inician movilizaciones pasivas de pequeño recorrido articular. En días posteriores y según como se encuentre el paciente las movilizaciones serán más activas y de grupos musculares más potentes, como por ejemplo hombros, rodillas, caderas.

En esta fase los ejercicios respiratorios se complementan con elevaciones de brazos y movilizaciones de piernas.

Una vez que el paciente se encuentra en el piso de Cardiología, es necesario brindarle información acerca de cómo funciona el corazón, de cómo volver a insertarse en su rutina diaria, qué actividades podrá realizar y cuáles no, explicarle las ventajas de realizar un tratamiento de rehabilitación funcional para atenuar el posible miedo exagerado al esfuerzo y lograr una correcta integración social.

Se le enseña a tomar conciencia de su respiración y la importancia que tiene en la práctica realizar actividad física para facilitar en las mejores condiciones el intercambio de oxígeno a los órganos vitales.

Una vez que el paciente es dado de alta hospitalaria se le entregará un programa de ejercicios para que los realice en su domicilio y otro programa de marcha. En esta fase, los aspectos psicológicos tienen poseen una gran

relevancia, siendo habitual la existencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de temor al futuro. Es recomendable mantener contactos periódicos y brindar suficiente información al paciente y a sus familiares más cercanos, siendo a veces necesaria la entrevista psicológica individualizada, además de la medicación ansiolítica.

En relación al caso, creo que esta fase si bien se realizó en parte, ya que se le brindó información al paciente sobre la enfermedad, se le explicó la importancia de la actividad física, y se evaluaron los factores de riesgo específicos del paciente. Hubiese sido conveniente que en relación al acompañamiento terapéutico, la Licenciada le explique cómo los factores de riesgo psicológicos influyeron en su enfermedad y cómo sus creencias y pensamientos disfuncionales podrían ser modificados por otros más adaptativos.

Fase II: Posee una duración aproximada de dos a tres meses y se inicia en el momento del alta hospitalaria (día 8-10 del episodio agudo). La misma se comprende de tres áreas, sesiones de gimnasia, trabajo ergométrico y relajación.

La sesión de gimnasia es colectiva, tiene una duración de entre 20 y 30 minutos. Incluye ejercicios de flexibilización, musculación y coordinación. |

Trabajo ergométrico: El objetivo de esta fase consiste en el desarrollo de la resistencia. Esta fase comprende tres tipos de ejercicios:

- Trabajo en la bicicleta ergométrica
- Ergometría de brazos
- Marcha sobre una cinta sin fin inclinable.

Relajación: una o dos veces por semana, se propone a los pacientes una sesión de relajación, las mismas pueden ser realizadas en ambulatorio (consultorio o consulta externa).

Durante las dos primeras semanas, los pacientes deben ser monitorizados mediante electrocardiograma. El entrenamiento físico dentro del hospital se complementa con un programa domiciliario de marchas o bicicleta, de frecuencia diaria y de intensidad y distancias crecientes.

La actuación psicológica comienza con una entrevista individualizada. Se complementa con la evaluación de diferentes cuestionarios psicológicos, pautas de relajación y terapia de grupo, esta última bajo la supervisión de un Psiquiatra.

La relación terapéutica en esta corriente se caracteriza por *empirismo colaborativo*. Empirismo porque se buscará evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias del paciente, no se trata simplemente de debatir sobre el tema, sino que el paciente conjuntamente con el terapeuta construya experiencias que permitan encontrar datos empíricos en la realidad. Es colaborativo porque ambos se comprometen a trabajar juntos.

Beck (1979) argumenta que el terapeuta debe tener tres características básicas aceptación, autenticidad y empatía.

Este autor define aceptación como aquella actitud que debe tener el terapeuta en aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas. Aún si no concuerda con su idiosincrasia.

Asimismo, se refiere a que el terapeuta debe tener autenticidad. Ser genuino, sincero y auténtico, la falta de honestidad por parte del mismo dificultan el establecimiento de un buen vínculo terapéutico.

Con el concepto de empatía hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, de ser receptivo con el sufrimiento del otro, para que pueda resonar internamente, comprender y acompañar en el padecimiento al paciente.

Se pueden observar las siguientes distorsiones cognitivas en el caso: minimización, abstracción selectiva y pensamiento dicotómico.

Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos logros o éxitos del individuo. H no puede hacerse cargo de todo lo que logró con el trabajo, que alquila una casa, mantiene a sus tres hijas y a su mujer sino que se concentra en que aún a su edad, no posee una casa propia.

Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones. H realiza un recorte sobre los aspectos negativos de su vida, sin poder ver la totalidad de la situación.

Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, o todo o nada. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas. Se puede observar como H describe al hermano como un tiro al aire, y él mismo como un hombre justo, recto, responsable, con un gran sentido de ética y justicia. Claramente son dos descripciones extremistas y absolutistas, ya que nadie es enteramente bueno o enteramente malo, sino que todos tienen rasgos compartidos.

La segunda fase se completa con charlas informativas semanales, a las que asisten los pacientes y sus familiares más cercanos donde se exponen, y debaten diversos temas relacionados con la enfermedad (factores de riesgo y psicológicos, dietas, aspectos de la enfermedad, etc.).

Fase III: Comprende el período no vigilado de Rehabilitación Cardíaca y durará el resto de la vida del enfermo.

Tras los controles físicos y psicológicos el paciente se reintegra, de la forma más completa posible, a sus actividades habituales. Vuelven al trabajo previo, o en otras ocasiones a un puesto acorde a sus condiciones, jugando en estos casos un papel esencial la Asistente Social.

Lozano et al. (1989) argumenta que la cardiopatía isquémica es una enfermedad psicosocial que se va formando día a día y finalmente es el

resultado de hábitos alimenticios y tóxicos, su organización laboral, y la posición subjetiva y la reactividad psicosomática, que se traducen en ese detener de la obstrucción coronaria.

Asimismo, y por lo expuesto anteriormente, la enfermedad coronaria va a suponer no sólo la adaptación a un padecimiento grave, sino el cuestionamiento de toda una organización existencial.

## **8. Conclusión**

En lo que respecta al objetivo general, se puede advertir que se han descrito e identificado los factores desencadenantes, y su influencia en la enfermedad. Asimismo, se detalló brevemente el tratamiento psicoanalítico en el caso expuesto. Este objetivo no se desarrolló ampliamente debido a que sólo se obtuvieron extractos de cuatro sesiones y esto presentó una gran dificultad ya que en el psicoanálisis los tiempos son diferentes y en ese tiempo no se visualizaron grandes cambios. En las primeras sesiones recién se está instalando la transferencia, por lo tanto se infirió una parte del proceso terapéutico.

En relación al primer objetivo, se pudo observar claramente cómo los factores desencadenantes convergen en la enfermedad cardiovascular. Para sustentar esto, se analizaron todos los factores de riesgo que aparecían en la vida de H, y se le brindaron herramientas para modificarlos y para trabajar con ellos. Asimismo, se propusieron estrategias para abordarlos y se resaltó la importancia del apoyo social que percibe el individuo y todos los efectos positivos en relación al tratamiento que esto produce.

En cuanto al segundo objetivo, se explicaron brevemente ciertas características específicas de este tipo de pacientes y los objetivos del tratamiento psicoanalítico y también de un enfoque lacaniano. Para esto se describió la noción de fenómeno y su incidencia en el cuerpo con todo lo que eso trae aparejado. Para realizar esto, fue indispensable la necesidad de una entrevista

con la psicóloga de H para aclarar algunas inquietudes. Asimismo, se concurrió a varios ateneos y exposiciones de casos clínicos en la Institución donde, si bien el material no se relacionaba con este trabajo, permitía al alumno tener una noción del actuar del terapeuta en general.

Para abordar el último objetivo se explicó el concepto de abordaje interdisciplinario. Se propusieron los profesionales que podrían integrar ese equipo y los objetivos del mismo. Se dividió el tratamiento en dos momentos, uno intrahospitalario y otro posterior a su alta. Para cada momento se enumeraron las intervenciones posibles, los objetivos específicos y la manera de abordar cada etapa.

Para este abordaje se utilizó el concepto que Lazarus y Messer (1992) definieron como eclecticismo técnico. El mismo hace referencia a la consistencia teórica que permite que muchos terapeutas adquieran cierta flexibilidad técnica en el trabajo clínico. Su planteo permite mantener una mirada teórica particular (consistencia teórica), en este caso la Cognitiva, utilizar herramientas y técnicas de cualquier otra escuela, se trata de seleccionar la mejor herramienta técnica independientemente de su origen teórico y utilizarla dentro de una concepción teórica específica.

Se plantea que si bien han sido muy ventajosas las intervenciones en el hospital, hubiese sido muy favorecedor que se haga más hincapié en la modificación de los pensamientos automáticos y las creencias que tiene el paciente que influyeron en su enfermedad y la realización de un accionar conjunto con la familia brindando toda la información necesaria sobre el diagnóstico y conductas que ayuden a su recuperación.

Se considera que a nivel personal fue una experiencia muy enriquecedora ya que se ha descubierto una nueva forma de entender el abordaje en los pacientes psicosomáticos, evaluar diferentes tipos de tratamiento, intervenciones, vínculos y objetivos del tratamiento. Fue muy interesante analizar un mismo caso desde dos corrientes tan disímiles y en algunos puntos, opuestas, para ver las ventajas y desventajas de cada corriente. Sin embargo,

una limitación presente fue la dificultad de acceder a determinados detalles del tratamiento, ya que por ejemplo, la Institución no brindaba la posibilidad de acceder a las historias clínicas, ni a estar como observadores en una sesión. La información recaudada se compiló de las reuniones de supervisión, por lo que esto dificultó la fidelidad de los hechos del paciente. Asimismo, se observaron pocas supervisiones porque cada profesional debía exponer el paciente que le inquietaba más o que le generaba una duda o tenía alguna pregunta determinada para realizar y no siempre el presente caso era expuesto.

Por todo lo expuesto anteriormente, se considera que el desarrollo del presente trabajo pudo verse limitado por la dificultad de relacionar la base teórica con la historia del caso práctico. Tener a disposición la historia clínica del paciente hubiese sido una herramienta de gran ayuda a los fines de ampliar el desarrollo de los objetivos propuestos y enriquecer su contenido.

Como cierre del presente trabajo se considera que muchas veces, no importa a qué escuela esté circunscripto el terapeuta sino que pueda ver más allá de la teoría y estar abierto a la posibilidad de emplear lo mejor de cada uno de los distintos enfoques y escuelas existentes para atender mejor las necesidades de los pacientes.

## 9. Bibliografía

- Alarcón, R. & Vallejo, E. (2006). Medicina Psicosomática en enfermedad cardiovascular: consideraciones clínicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV, 112-124.
- Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-281.
- Alonso, M. & Padrón, E. (1998). Estrés y cardiopatía isquemia. Programa de prevención y de rehabilitación psicosocial en el paciente coronario como parte de la rehabilitación integral. *Revista Cubana de Psicología*, 15 (2), 1-14.
- American Psychiatric Association. (4<sup>a</sup> ed.) (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aneshesl, C.S. (1992) Social Stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Barbero, L. & Corniglio, H. (1995). Confrontación teórica en el campo de la psicosomática. *Revista Actualidad Psicológica*, 224, 22-26.
- Becerra García, J. A. (2007) *Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular: breve aproximación al síndrome Ira- hostilidad- agresión* recuperado el 20 de Abril del 2012. [www.psicologiaonline.org](http://www.psicologiaonline.org)
- Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Montreal: Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Boschan, P., (1999). *Encrucijadas teórico-clínicas en psicosomática*. Recuperado el 25 de Octubre de 2011 de la base de datos de Aperturas psicoanalíticas: Revista internacional de psicoanálisis. <http://www.aperturas.org/revistas.php?n=003.b>
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychol Bull*, 130, 793-812.
- Casullo, M. M., Figueroa, N.B.L. & Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Casullo, M. M. & Páez, D. (2000). *Cultura y Alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.

- Conde, V. & Franch, J.L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Dahlke, R. & Dethelsen, T. (2009). *La enfermedad como camino*. Buenos Aires: Plaza & Janés Editores S.A.
- Dayeh D., (2010). Afectuosa mente. *El psicoanalítico*, 3, 13-27.
- Denollet, J. & Brutsaert, D. (1998). Personality, disease severity and the risk of long term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97, 167-73.
- Diener, E., King, L. & Lybomirsky, S. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), 803-855.
- Eller N., Netterstrøm B., Gyntelberg F., Kristensen T., Nielsen F.& Steptoe A. (2009) Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev*, 17, 83-97.
- Fernández-Abascal, E. (1994). *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Fernández-Abascal, E., Díaz, M.D. & Domínguez Sánchez F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.
- Flores, T., Valdés, M., Treserra, J., García Esteve, L. & Nuñez, P. (1985) Cuestionario Bortner para la detección del patrón A de conducta: validación española. *Revista del departamento de Psiquiatría*, 4, 227-238.
- Frasure-Smith, N. & Lesperance, F. (2003). Depression and other psychological risk following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 627-636.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.
- senilis and clinical coronary artery disease. *The Journal of the American Association*, 169, 1286-1296.
- Freud, S. (1915). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. Vol. XIV *Duelo y melancolía*.

- Freud, S. (1912). *Obras Completas. Tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva.  
*Contribuciones al simposio sobre la masturbación*
- Freud, S. (1926). *Obras Completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. *Inhibición, Síntoma y Angustia*.
- Fridman, M. & Rosenman R. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular finding: blood clotting time, incidence of arcus
- Goleman D. *La inteligencia emocional*. 3 ed. Buenos Aires: Javier Vergara Editor SA, 1998.
- Gould, D. & Krane, V. (1992). The arousal-athletic performance relationship: current status and future directions. *Advances in sport in Sport Psychology*, 119-143.
- Jiménez, M. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 9-17.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1987). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. & Weiss S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, 90 (2), 225-229.
- Lacan, J. (1995) *Intervenciones y textos II. "Conferencia de Ginebra"*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Lacan J. (1955) *La psicosis. Seminario III. "FPS, distintos en la neurosis". "FPS, conflictos directamente inscritos sobre el cuerpo"*. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1955.
- Laham, M., (2010) *Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Segunda edición ampliada*. Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología.
- Lavie, C. & Milani, R. (1997) Effects of cardiac rehabilitation, exercise training and weight reduction on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in obese coronary patients. *The American journal of cardiology*, 79, 397- 401.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion*. New York: Springer Publishing Company Inc.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, A., Messer, S. (1992) ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de psicoterapia*, 3, 129-144.
- Leiker, M., Hailey, B. (1988). A link between hostility and disease: Poor health habits? *Behavioral Medicine*, 11, 129-133.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins C. & Sherwood, A. (2005) Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med.* 67,869-78.
- Liberman, D., Grassano de Piccolo E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1982). *Del cuerpo al símbolo*. Santiago de Chile: Anaké.
- Lima Gómez, O. (1983). *Introducción a la medicina Psicosomática*. Caracas: Editorial de Humanidades y Educación.
- López-Ibor, J., Lozano, M. & Carcedo C. (1987). Rehabilitation of ischaemic heart disease: The experience of the cardiac rehabilitation unit of the Ramón y Cajal Hospital of Madrid. *En International College of Psychosomatic Medicine*. (Edit.) Chicago: The University of Chicago.
- Marty, P. (1991). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Evaluación de la tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Argentina entre 1987 y 2007*. Recuperado el 7 de Marzo del 2011. [http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Areas\\_Tematicas/Mortalidad/Cardiovascular/PDF/Evaluacion%20de%20la%20tendencia%20de%20mortalidad%20por%20enfermedades%20cardiovasculares.pdf](http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Areas_Tematicas/Mortalidad/Cardiovascular/PDF/Evaluacion%20de%20la%20tendencia%20de%20mortalidad%20por%20enfermedades%20cardiovasculares.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo*. Recuperado el 7 de Marzo del 2011. [http://msal.gov.ar/ent/VIG/Publicaciones/Boletines\\_ENT/PDF/Boletin%20Epidemiologico%204.pdf](http://msal.gov.ar/ent/VIG/Publicaciones/Boletines_ENT/PDF/Boletin%20Epidemiologico%204.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Enfermedades Cardiovasculares*. Recuperado el 01 de Enero del 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

- Otero, J. & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas del Psicoanálisis*, 16, 1-26.
- Pérez García, A.M. (1984). Dimensionalidad del constructo «Locus of Control». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 471- 488.
- Rotter, J. B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Ruiz Sánchez J., Cano Sánchez J. (1999) *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Recuperado el 5 de Noviembre del 2011 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/libros.htm>
- Sandín, B. 2003. El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, (1), 141-157.
- Seligman, M., Parks, A. & Steen, T. (2004) A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359, 1379-1381.
- Selye, H. (1974). *Stress Without Distress*. New York: Signet, New American Library.
- Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia*. Madrid: Guadarrama.
- Smith P. & Blumenthal J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10), 924-933.
- Smith, T. & Frohm, D. (1985). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.
- Smith, T. & Pope, M. (1990). Cynical hostility as a health risk: Current status and future directions. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 5, 77-88.
- Spagnuolo de Iummato, A. M. (2010) Medicina Psicosomática. *Revista de Psiquiatría dinámica y Psicología Clínica*, VI, 1-41.
- Taylor, G. J., Ryan, D. P., Bagby, R. M., (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191- 199.
- Tuzzo, R. (2004). Abordaje interdisciplinario en la salud y en la educación. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, 13, 21-40.

- Ulnik, D. (2000). *Revisión crítica de la teoría psicossomática de Pierre Marty*. Aperturas Psicoanalíticas (5). Recuperada el 25/02/2013 <http://www.aperturas.org/autores.php?a=Ulnik-Jorge-R>
- Uribe Restrepo, M. (2006). Modelos conceptuales en medicina psicossomática. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 26, 7-20.
- Velasco, J., Cosín, J., Maroto, J., Muñiz, J., Casasnovas, J., Plaza I. & Abadal, T. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*, 53, (8), 1095-1120
- Vicario, A. & Taragano, F. (2002). La depresión y el corazón: Una relación insoslayable. *Revista argentina de Cardiología*, 70 (5), 411-416.
- Wilke, M. (2002). *Rehabilitación cardíaca, conceptos e historia, ejercicio en prevención cardiovascular, indicaciones y programa de rehabilitación cardíaca*. Recuperado el 18 de Abril del 2012. <http://www.secpyr.org/programaiv-10.htm p5>
- Winnicott, D. (1979). *Los casos de enfermedad mental en el proceso de maduración del niño*. Buenos Aires: Laia.