

editorial invitada

Aspectos psicológicos en pacientes con incapacidades y potencialidades de las Terapias Conductuales de Tercera Generación en Rehabilitación

Muchos de los individuos asistidos en Servicios de Rehabilitación están afectados por pérdidas físicas o cognitivas y sociales permanentes. Se trata de pacientes que han sufrido lesiones medulares, amputación de miembros, traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares cerebrales, o que padecen de enfermedades neuromusculares o de condiciones de dolor crónico, entre los cuales se incluyen enfermos con fibromialgia o con otras afecciones reumáticas. Los ajustes psicológicos asumen un papel importante en la modulación del nivel de funcionamiento de esos individuos cuando los mismos afrontan lesiones, trauma y dolor (7). En este contexto, el enfoque de la psicología en el ajuste psicológico y social a la incapacidad deberá ser un objetivo importante en el tratamiento de estos pacientes.

Con este Editorial se pretende abordar los aspectos y necesidades psicológicas más relevantes de las personas con deficiencia/incapacidad y destacar la importancia que pueden tener las intervenciones psicoterapéuticas en este campo, llamando la atención hacia las potencialidades de las terapias conductuales de tercera generación en el área de la Rehabilitación.

El lidiar con la enfermedad o lesión traumática, que es variable de persona para persona, depende de aspectos como la personalidad premórbida, el tipo de enfermedad o lesión, la edad a la que ocurrió la lesión, la calidad del sistema de apoyo y del significado de la deficiencia y de la incapacidad para el paciente, y puede envolver reacciones como miedo y ansiedad, tristeza, choque o negación, rabia y culpa, rechazo a participar activamente en la rehabilitación, comportamiento impaciente y exigente y, eventualmente, aceptación.

La capacidad del individuo para resolver el sentimiento de pérdida a través del duelo posee un valor adaptativo. Por el contrario, la depresión, aunque no es una consecuencia inevitable de la deficiencia o de la incapacidad debe, cuando la hay, ser evaluada y tratada. En el caso de personas con lesión medular, la depresión ha sido, probablemente, la variable psicológica más estudiada. A pesar de que las estimativas de las tasas de prevalencia de la depresión varíen mucho de estudio para estudio, los síntomas depresivos, así como el trastorno depresivo mayor, tienen una elevada prevalencia. Por ejemplo, en un estudio de metaanálisis conducido por Williams y Murray (2015), los autores estimaron un punto de prevalencia de diagnóstico de depresión tras una lesión medular del 22,2 % (9), lo que excede la prevalencia de la depresión en la población en general, que se encuentra entre el 4 y el 10 % (3). La depresión condiciona desfavorablemente el proceso de rehabilitación y puede contribuir para una mayor incidencia de problemas derivados de la lesión medular o dificultar su resolución (9). En efecto, la depresión se encuentra asociada a un conjunto de resultados negativos tras la lesión medular que incluyen mayor ocurrencia de infecciones del tracto urinario y úlceras por presión, mayor riesgo de suicidio, periodos mayores de internamiento

en rehabilitación, menor independencia tras el alta hospitalaria, poca atención a las necesidades de autocuidado y mayores gastos médicos (3). Del mismo modo, hay que destacar la elevada tasa de suicidio entre individuos con lesión medular (5). En un estudio realizado por Hartkopp, Bronnum-Hansen, Seidenschnur, y Biering-Sorensen (1998) se verificó que la tasa de suicidio en personas con lesión medular era cerca de cinco veces mayor que en la población en general (5). Los síntomas de ansiedad deben también merecer una particular atención del psicólogo, estando presentes en un porcentaje significativo de pacientes, con diversos tipos de patologías, que frecuentan los Servicios de Rehabilitación. Por ejemplo, se atribuyeron elevados niveles de ansiedad al 23-35 % de la población con lesión medular (2). Por otro lado, hay que destacar que, de cara a las consecuencias adversas de lesiones graves, muchos individuos hacen un ajuste psicológico adecuado y experimentan cambios de vida positivos, pudiendo mismo en algunos casos ocurrir un crecimiento postraumático.

Otros aspectos significativos y que la práctica clínica debe considerar son los que se refieren a las actitudes subjetivas relacionadas con el cuerpo y a las cuestiones relacionadas con la sexualidad. Hay ciertas enfermedades o condiciones incapacitantes, susceptibles de alterar la imagen corporal (v.g., paraplejia, secuelas de accidente vascular cerebral, artritis reumatoide, amputación), que pueden tener un impacto negativo en las actitudes del individuo en relación al cuerpo. Además de eso, la incapacidad y la enfermedad pueden tener también un impacto sobre la sexualidad, en sus componentes fisiológicos y psicológicos. Por esta razón, el ajuste del individuo a los cambios corporales o a los cambios del funcionamiento sexual, muy afectados en la paraplejia, debe ser considerado por el terapeuta que debe incluir estos objetivos en el programa terapéutico.

Los aspectos psicológicos en pacientes con dolor crónico ocupan actualmente una atención destacada en el análisis de esta problemática. Los conceptos actuales del dolor asumen que la experiencia de dolor resulta de una interacción dinámica y compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Derivado de la multidimensionalidad del dolor, el tratamiento con éxito de estos pacientes requiere atención no sólo a la base orgánica de los síntomas, como también a otras dimensiones, envolviendo las emociones, cogniciones y comportamientos, en la experiencia de dolor de los pacientes, debiendo así implicar un abordaje interdisciplinar.

La psicoterapia puede tener un papel importante en el abordaje de los individuos con incapacidades al potenciar el ajuste psicológico y social a la incapacidad, contribuyendo así para el alivio de su sufrimiento. En este contexto, la Tercera Generación de Terapia Conductual (6) se ha revelado útil en la ayuda a individuos con enfermedades crónicas y, por tanto, se constituye como una mayor valía también en el área de la Rehabilitación. A este propósito, cabe referir el ejemplo de la Terapia de Aceptación y Compromiso para condiciones de dolor crónico, que tiene como objetivo mejorar el funcionamiento del paciente al fomentar una mayor flexibilidad psicológica (8). En un estudio conducido por Scott, Hann, y McCracken (2016), que recurrió a individuos con dolor crónico que participaron en un programa de rehabilitación interdisciplinar basado en la terapia de aceptación y compromiso, se observaron mejorías significativas de esos pacientes en resultados como la intensidad del dolor, funcionamiento físico y social, y depresión, y en procesos como la aceptación del dolor, la descentración, la acción comprometida y la fusión cognitiva (8). También intervenciones basadas en *mindfulness*, como el Programa de Reducción de Estrés Basado en *Mindfulness*

(MBSR), son consideradas efectivas para condiciones de dolor crónico, tanto en términos de reducción de síntomas, como en términos de mejora del funcionamiento emocional. Por ejemplo, un estudio en mujeres con fibromialgia, demostró que las pacientes que recibieron intervención *mindfulness* revelaron mejorías en dimensiones como la depresión, ansiedad, calidad de vida, dolor, *coping* con el dolor y quejas somáticas (4). Por último, hay que hacer referencia a la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) que, del mismo modo que las terapias de tercera generación mencionadas anteriormente, encuentra un campo de aplicación útil en los Servicios de Rehabilitación. De acuerdo con Ashworth, Gracey, y Gilbert (2011) la CFT, debido a su enfoque neurofisiológico, puede ser útil en relación a pacientes con lesión cerebral adquirida, en la comprensión, formulación y abordaje de las alteraciones emocionales pos lesión cerebral (1).

Las potencialidades de las terapias de tercera generación en la enfermedad crónica sugieren que su implementación en el área de la rehabilitación pueda venir a desempeñar un papel de mayor relevo en los próximos años, pero en este sentido hay aún un largo camino que recorrer. Existe todavía un campo de aplicación práctica a desarrollar y también la necesidad de encontrar modelos que vayan al encuentro de las necesidades psicológicas de individuos con situaciones incapacitantes como la paraplejia, la amputación, las secuelas de lesiones cerebrales y las enfermedades neuromusculares. Los avances de las terapias de tercera generación en diversas áreas, en los últimos años, hacen prever un incremento de su aplicación e investigación también en este campo.

Susana Clara Morais
Coordinadora de Redacción en Portugal
Psicóloga. Servicio de Rehabilitación y Unidad de Dolor Crónico
Centro Hospitalario Tondela-Viseu, E.P.E.
susanaclaramorais@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(2), 128-139. doi: 10.1375/brim.12.2.128
2. Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47(11), 778-782. doi: 10.1038/sc.2009.60
3. Dryden, D. M., Saunders, L. D., Rowe, B. H., May, L. A., Yiannakoulis, N., Svenson, L. W., ... Voaklander, D. C. (2005). Depression following traumatic spinal cord injury. *Neuroepidemiology*, 25(2), 55-61. doi: 10.1159/000086284
4. Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(4), 226-233. doi: 10.1159/000101501
5. Hartkopp, A., Bronnum-Hansen, H., Seidenschur, A. M., & Biering-Sorensen, F. (1998). Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(11), 1356-1361.
6. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Mindfulness, acceptance and relationship. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp.1-29). New York: Guilford.
7. Prevedini, A. B., Presti, G., Rabitti, E., Miselli, G., & Moderato, P. (2011). Acceptance and Commitment



Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1, Suppl. A), A53-A63.

8. Scott, W., Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2016). A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(3), 139-148. doi: 10.1007/s10879-016-9328-5
9. Williams, R., & Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 133-140. doi: 10.1016/j.apmr.2014.08.016.