



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y MEDICINA.

ASPECTOS PSICO-SOCIALES Y  
ANTROPOLOGICOS DE LAS ENFERMEDADES  
REUMATICAS.

AUTOR: Mariano López Montes

DIRECTORES: Carlos Martínez Manzanares

José Guerrero Torre

10 de Julio de 1992



R. 19397

AVDA. DR. FEDRIANI S/N  
41009 - SEVILLAUNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DIRECCION

T. D.  
L/67

Carlos Martínez Manzanares,  
Profesor Titular de Patología Ge-  
neral y Propedéutica Clínica de  
la Universidad de Sevilla

Certifica:

Que D. Mariana Lopez Montes,  
ha realizado el trabajo: "Aspectos  
Psico-Sociales y Antropológicos  
de las enfermedades reumáticas",  
bajo su dirección y que reúne to-  
dos los requisitos necesarios para  
ser presentada y defendida como  
Tesis Doctoral.

Y para que conste y surta los efectos  
oportunos expido el presente en  
Sevilla a veinte y nueve de Enero  
de mil novecientos noventa y dos.



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO

José Guerrero Torre, Profesor Titular  
del Departamento de Psiquiatría,  
Personalidad, Evaluación y Trata-  
miento Psicológico de la Universidad  
de Sevilla

**Certifica:** Que D. Mariano Lopez Montes, ha  
realizado el trabajo: "Aspectos Psico-  
Sociales y Antropológicos de las enfer-  
medades reumáticas", bajo su dirección,  
y que reúne todos los requisitos necesá-  
rios para ser presentada y defendida  
como Tesis Doctoral.

Y para que conste y surta los efectos  
oportunos expido el presente en  
Sevilla a veinte y nueve de Enero  
de mil novecientos noventa y dos.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
FACULTAD DE MEDICINA

Queda recibida esta Tesis Doctoral  
El día 125 número 76 del libro  
Correspondencia 10 REV. 1992  
Sevilla,

El jefe del Registro de Tesis.

*Alema Caffite*

*[Handwritten signature]*



## INDICE

### I.- INTRODUCCION.

I.1 REUMATISMO Y TRABAJO.....	Pag. 10
I.2 GASTOS SOCIALES Y ASISTENCIALES.....	Pag. 27
REUMATISMO E INVALIDEZ.	
I.3 ESTUDIOS PSICOSOCIALES REALIZADOS.....	Pag. 42
EN NUESTRO PAIS.	
I.4 REUMATISMO PSICOGENO: .....	Pag. 44
BREVE ESTUDIO DE ESTOS CUADROS.	
I.5 FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUD.....	Pag. 88
DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD	
FACTORES CULTURALES Y ANTROPOLOGICOS.	

### II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 103

### III.- MATERIAL Y METODO. 108

III.1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.....	Pag. 109
III.2 METODO DE ESTUDIO.....	Pag. 114

### IV.- RESULTADOS

IV.1 TABLAS Y GRAFICOS.....	Pag. 123
IV.2 DESCRIPCION DE RESULTADOS.....	Pag. 168

### V.- DISCUSION...... Pag. 190

### VI.- CONCLUSIONES...... Pag. 236

### VII.- BIBLIOGRAFIA...... Pag. 240

## DEDICATORIA

*A mis padres y familia.*

*A la memoria de D. Vicente Tortajada que se nos fue la  
primavera pasada, un cariñoso recuerdo un abrazo  
para mi amigo Manolo.*

## IN MEMORIAM

A D. MANUEL DE LA PRADA ARROYO, que sólo pudo ver parte de este estudio por el que tanto interés mostró. Nuestro emocionado y agradecido recuerdo.

Al Profesor ENRIQUE ROMERO VELASCO, en homenaje como Maestro y Director de nuestra Tesis de Licenciatura. Que pueda ver aquí parte de las enseñanzas y consejos que de él recibimos.

Al Profesor CARLOS MARTINEZ MANZANARES, Director de esta Tesis, en el que encontré el estímulo y la guía necesaria en todo momento. Mi más profundo reconocimiento.

A LOS PROFESORES:

D. José GUERRERO TORRE, profesor de Psiquiatría, que elaboró y analizó los estudios y método psicopatológico. Sirva este estudio como reconocimiento de estímulo y amistad.

D. Isidoro MORENO NAVARRO, profesor de Antropología, que confeccionó los criterios antropológicos sociales utilizados en este estudio. Nuestro agradecimiento por su confianza y generosidad.

D. Arturo SANMARTIN ROCHE, que realizó el análisis estadístico de los datos y la metodología lógico-matemática.

D. Federico NAVARRO, por sus consejos en la orientación diagnóstica en Reumatología.



A la Dra. Alicia GARCIA, por su gentil colaboración.

Al Dr. Emilio PUJOL, que me inició en este tipo de estudios.

Al Dr. Juan ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN, por sus orientaciones desde el Servicio de Inspección Médica.

Al Dr. José ROJAS, por su generosidad al permitirnos estudiar los enfermos en su Unidad de Cardiología.

Al Dr. Ignacio PEREZ TORRES, por los datos y orientación del Servicio de Urgencia y por su colaboración.

A los Doctores José GONZALEZ DE LA VERA, Manuel HONTORIA REVILLA y Antonio GONZALEZ QUIROS, por su atención durante la realización de este trabajo.

A LOS SERVICIOS DE:

MEDICINA INTERNA del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, por la cariñosa acogida que ha tenido este trabajo.

REUMATOLOGIA de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla, por su colaboración en este trabajo.

REUMATOLOGIA del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, por su colaboración en este estudio.

A la UNIDAD DE VALORACION MEDICA DE INCAPACIDADES de Sevilla, por la posibilidad que nos dió de trabajar en sus servicios y recabar datos para este trabajo.

A la Dra. M<sup>º</sup> Pilar Riveros Hückstädt y a la empresa CEDIMSA ( Centro de Estudios de Documentación e Informática Médica) por su colaboración en la realización de este trabajo.

# INTRODUCCION

## REUMATISMO Y TRABAJO

El alto signo social en el que vive inserta la humanidad desde el inicio de la era industrial, ha hecho protagonizar a la Medicina un papel esencial en la valoración de la patología secuencial del trabajo.

Por otra parte, un mejor conocimiento de la Medicina hizo comprender la presentación de determinadas enfermedades que creaban una serie de problemas que se relacionaban con la productividad merced a la disminución física de determinadas enfermedades que creaban una serie de problemas que se relacionaban con la productividad merced a la disminución física de determinadas enfermedades reumáticas producían en el trabajador.

El binomio "Reumatismo-Trabajo" ofrece la problemática de involucrar en dos aspectos tan diferentes y distantes un denominador común, el cual es el absentismo laboral, la jubilación precoz y en último extremo, la invalidez.

Cuando estas circunstancias concurren, nos encontramos a la persona, en este caso el trabajador, alejado de su medio laboral en una edad en la que la mayoría de las veces ha logrado su mejor experiencia, privando a la sociedad de los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida.

A continuación vamos a pasar a estudiar aquellas enfermedades que pueden tener su origen en el desempeño de una actividad laboral.

#### A) INFECCIOSAS:

1.- Tuberculosis Articular: Puede darse en sujetos capaces de contactar con animales portadores del Bacilo de Koch (matarifes, carniceros, charcuteros, veterinarios, curtidores, etc.). Se traduce por una monoartritis que generalmente hace su aparición al cabo de un año de estar en contacto con este tipo de trabajo.

2.- Brucelosis Articular: Observada en matarifes, carniceros, charcuteros, veterinarios, lecheros, manipuladores de residuos ovinos, etc. Se manifiesta por artritis serosas o supuradas, osteítis y espondilitis. Los casos agudos aparecen al mes del contacto y los casos crónicos aparecen al menos después de los seis meses.

#### B) MECANICAS:

1.- Higromas de Rodilla: En sujetos que necesitan estar arrodillados en su trabajo (mineros, tapiceros, soldadores, construcción, etc.). Esto da lugar a bursitis pre o infra-rotulianas en brotes agudos o crónicos.

2.- Obreros de la Construcción: Padecen una patología similar a la de los anteriores, pero siempre con edades superiores a los treinta años; así por ejemplo, a los trabajadores de la construcción se les producen lumbalgias mioligamentosas o de tipo vertebral, lumbopáticas discales o disestásicas, y con menos de treinta años también gonalgias, fibrositis y tendinitis.

3.- Conductores de Vehículos: Suelen sufrir si están sentados, manifestaciones artrósicas vertebrales (cervicales, dorsales y lumbares), además de fibrositis. Si van de pié como los ferroviarios y tranviarios, es más frecuente la coxoartrosis, gonartrosis y osteoartrosis del tarso.

4.- Fundidores: Debido al gran esfuerzo que realizan por su trabajo, son susceptibles de padecer lumbalgias y discartrosis principalmente.

5.- Perforadores: Tienen asimismo, una patología especial del codo produciendole epicondilitis y epitrocleititis como formas específicas de enthesopatía, pero además es frecuente la osteonecrosis con trastornos angioneuróticos.

6.- Modistas: Es muy frecuente la presentación de artrosis en los dedos, independientemente de las formas de Herberden, y frecuentemente cervicoartrosis y lumboartrosis posturales.

7.- Dactilógrafos y Odontólogos: Así como los trabajadores manuales son susceptibles de padecer discartrosis cervical, y estos últimos, artrosis trapezocarpiana.

8.- Deportistas: Es frecuente el padecimiento de manifestaciones inflamatorio-degenerativas en rodillas y la articulación acromio-clavicular.

### C) CONCOMITANTES:

1.- Uranio Metálico: Se manifiesta una polineuropatía periférica, apareciendo entre los tres y cinco años. Se acompaña de calambres en

las plantas de los piés con tendencia a la caída hacia atrás, fenómenos extrapiramidales y además fácilmente detectable por la presencia de uranio en heces.

2.- Cloruro de Vinilo: Observándolo en sujetos que realizan manipulaciones durante las polimerizaciones con este elemento. Se manifiesta por osteolisis de las falanges distales de los dedos con trastornos angioneuróticos en zonas más contaminadas y se suelen presentar tempranamente (dos meses aproximadamente) con trastornos angioneuróticos que culminan al cabo de cinco años con fenómenos osteolíticos.

3.- Cadmio y sus Componentes: Se da en los sujetos que lo extraen, preparan o emplean cadmio en soldaduras, instalaciones o ingestión e polvo y pigmentos para pinturas. Producen osteomalacia y en ocasiones fracturas de tipo espontáneo.

4.- Rayos X: En aquellos sujetos expuestos a sustancias radiadas de cualquier fuente de radiación corpuscular. Se manifiesta por radionecrosis ósea y sarcomas óseos que aparecen entre los cinco y quince años.

#### D) BAROTRAUMATISMOS:

Son síndromes producidos cuando se trabaja en medios con presión superior a la atmosférica y se manifiesta por osteonecrosis que afecta fundamentalmente al hombro, cadera y rodilla. Se da en buzos, submarinistas y cámaras de hiperpresión y suele hacer su aparición entre cinco a veinte años. (\*1\*)

A continuación, vamos a describir los cuadros patológicos que se asocian a estructuras articulares específicas, y que entrarían dentro del contexto de la patología laboral:

1.- PATOLOGIA PROFESIONAL DEL HOMBRO: En una encuesta hecha por CHAOUAT y PELISSON en 1978 en un medio de trabajo que abarca a 400 trabajadores, las lesiones del hombro representaban un 11% de las bajas laborales; de esta manera, las lesiones del hombro se sitúan en la tercera categoría de las afecciones reumatológicas en un medio laboral, después de las lumbalgias y lumbociatalgias.

El cuadro más importante por orden de frecuencia según estos mismos autores son las Periartritis Escápulo-Humerales con un 5% de lesiones reumáticas en el grupo de trabajadores estudiados. (\*2\*)

A continuación, representamos una relación entre los diferentes agentes patógenos y profesionales:

<b><u>AGENTES FISICOS</u></b>	<b><u>AFECTACIONES</u></b>	<b><u>CUADROS</u></b>
	Osteosis Disbárica Radiaciones Ionizantes	Buceadores Prof Expuestos
	Brucelosis Tuberculosis Pasteurolosis	Ovejas y cabras T. Bovina
<b><u>AGENTES INFECCIOSOS</u></b>	Hepatitis	Virales
	Veterinarios Carniceros Cistecercosis Tétanos	Equinococcus  Curtidores Despojos  Veterinarios Prof.Medicina
<b><u>AGENTES QUIMICOS</u></b>	Flúor Cadmio Bióxido de Mg Benceno	
<b><u>AGENTES TRAUMATICOS</u></b>	Artrosis del hombro Rotura de Cápsula Rotura tendinosa Artic. acromio-clavicular Algodistrofias reflejas	Trabajadores Perforadores Pintores Mineros Martillos neumáticos
	(*3*)	

2.- EL CODO. Patología Reumática y Actividad Laboral: La afectación de la articulación del codo por factores mecánicos se evalúa en un 35% para aquellas actividades laborales que exigen un esfuerzo intenso en el miembro superior.

Las lesiones osteo-articulares y/o ligamentosas se producen por el deterioro de las estructuras articulares y/o periarticulares que constituyen la unidad funcional del codo en aquellas actividades que exigen movimientos bruscos, continuos y repetidos de pronosupinación y extensión, lo que da lugar a un microtrauma reincidente sobre los músculos implicados y sobre sus inserciones al movilizarse en un sentido único monocorde, es decir estereotipado. (\*4\*)

El riesgo de lesividad en la articulación del codo dentro de las artropatías laborales, incide en aquellos sujetos que realizan labores de fuerza, carga, vibración o precisión con el miembro superior, en la que el mayor esfuerzo se aplica con los codos, aunque el instrumento sea manejado con la mano. La articulación del codo es la más comprometida en este tipo de actividades dada la posición intermedia que ocupa en el miembro superior.

La utilización repetida de determinados músculos es un factor de riesgo que condiciona una patología degenerativa (tendinitis, fibrositis, enthesitis, osteoartrosis...), sobre todo si al esfuerzo de contracción muscular constante y mantenida se añaden vibraciones. (\*5\*)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en la patología laboral de esta articulación son:

- La Epicondilitis

- La Epitroclealgia
- Las Bursitis
- La Osteoartrosis del Codo (\*6\*)

3.- PATOLOGIA REUMATICA DE LA MANO DE ORIGEN PROFESIONAL: La patología de la mano favorecida por la profesión puede dar los siguientes tipos de alteraciones:

a) AFECCIONES OSEAS:

- Acro-Osteolisis
- Fracturas de fatiga
- Fracturas del cuarto y quinto Metacarpiano

b) AFECCIONES ARTICULARES:

Existen profesiones como mineros, tintoreros, perforadores, cocineros, carpinteros, albañiles, etc., que tienen una mayor facilidad para desarrollar fenómenos degenerativos como consecuencia de los microtraumatismos a que se someten las articulaciones.

Las artrosis de la mano, excepto el Herberden y el Bouchard, suelen observarse más fácilmente en pianistas, mecanógrafos y también en obreros que manejan máquinas vibradoras o martillos neumáticos.

La artrosis trapezocarpiana es frecuente en cortadores manuales de tejidos. En la artrosis radiocarpiana influyen las vibraciones y choques repetidos como en el caso de los ebanistas.

c) AFECCIONES PARA-ARTICULARES:

- Callos y Callosidades
- Enfermedad de Dupuytren
- Afecciones de tendones y vainas sinoviales
- Tendinitis de Inserción (enthesitis)
- Tenosinovitis Estenosantes
- Dedo en Resorte
- Quistes Sinoviales

d) AFECCIONES VASCULO-NERVIOSAS Y MUSCULARES.

- Síndrome del Canal Carpiano
- Disquinesias y Distrofias Musculares
- Atrofia Muscular
- Calambres de Calor
- Patología en los Deportistas Profesionales

e) PATOLOGIA REUMATICA DE LA MANO PREEXISTENTE Y AGRAVADA POR LA PROFESION:

El ejemplo más clásico es la agravación de la Artritis Reumatoide por determinadas profesiones, tal como ocurre con las lesiones óseas subcondrales de las metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales en los trabajadores manuales como obreros, trabajadores en mantenimiento, etc. Pueden conducir a "formas macrogeólicas"; también puede ocurrir la agravación de las deformidades de los dedos, tanto en la Artritis Reumatoide como en las artrosis de las manos en profesionales que impliquen coger objetos con la prensa digital (costureras, tejedoras, etc.). (\*7\*)

#### 4.- LUMBALGIAS DE ESFUERZO:

El dolor lumbar es una de las enfermedades más comunes de la raza humana, que conlleva una sensación de agotamiento y es una frecuente causa de bajas laborales; por su causa se pierden alrededor de 144 millones de horas de actividad laboral. (\*8\*)

Dentro de los diferentes procesos reumáticos, el lumbago representa aproximadamente el 15% de todos ellos. En países con mayor población laboral activa, las cifras se incrementarían considerablemente.

Así en E.E.U.U., unos 300.000 nuevos trabajadores estarían afectados cada año por lumbalgias, y esto produciría un gasto de un billón de dólares anuales.

El papel de las encuestas epidemiológicas con respecto al dolor lumbar en la industria es de suma importancia ya que sobre la base de conocimientos obtenidos a través de la investigación epidemiológica pueden eliminarse los factores de riesgo. (\*9\*) En un estudio realizado en nuestro país sobre una población laboral de RENFE durante los años 1978-1982, en pacientes aquejados de lumbalgias de esfuerzo:

- El mayor porcentaje de lumbalgias de esfuerzo correspondían a personas por encima de los 40 años con lesiones degenerativas en el estudio radiológico.

- En todos los casos existía el antecedente de someter al enfermo a un

ejercicio físico violento.

- La mayor parte de estas lumbalgias de esfuerzo estaban producidas por maniobras de carga y descarga, y estados posturales anómalos.

- Los datos radiológicos no tenían relación clara con la expresión clínica de la lumbalgia.

- La subjetividad en la patología y la falta de datos objetivos por otros medios (radiografías y analítica) lleva a una gran dificultad en el descubrimiento de simuladores.

- El número de accidentes de trabajo por lumbalgia es relativamente bajo (3,82 %) si se compara con otras estadísticas. (\*10\*)

En un alto porcentaje de enfermos con lumbalgias se ha demostrado la presencia de alteraciones psicológicas tales como una elevación clínica del componente de histeria e hipocondría, acompañado en ocasiones de alteraciones de tipo depresivo. (\*11\*)

##### 5.- ARTROPATIA DE LA CADERA EN LA MEDICINA DEL TRABAJO:

El traumatismo o microtraumatismo va a ser la causa de la lesión primitiva o secundaria del cartilago en la patología laboral de la cadera. El problema se presenta en el juego continuo de estas estructuras en cuanto a la "agresión-reacción". (\*12\*)

Origen Profesional de las Artropatías de Cadera:

a) Traumáticas

- b) Osteonecrosis Barotraumática de la Cadera
- c) Coxopatías Infecciosas
- d) Radionecrosis Oseas
- e) Uso y Abuso Precoz de los Cartílagos Articulares de la Cadera:

- Coxoartrosis en la equitación
- Coxoartrosis en la danza clásica
- Coxoartrosis en los deportistas
- Coxoartrosis del agricultor (\*13\*)

#### 6.- EL PIE EN LA PATOLOGIA LABORAL:

El estudio de los reumatismos profesionales del pié está referido fundamentalmente a la patología articular y periarticular.

La patología reumatológica profesional se pone de manifiesto sobre todo en aquellos profesionales que permanecen mucho tiempo en bipedaestación y en condiciones inadecuadas (patología estática); como ejemplos podemos citar el pié plana valgo doloroso, bursitis infracalcánea, talalgia posterior y el hallus valgus.

En cuanto a la patología dinámica, nos hemos referido a la que padecen con cierta frecuencia los futbolistas y bailarines como consecuencia de microtraumatismos de repetición, y el marcado descuido que estos profesionales le dan a sus lesiones, haciendo que estas se cronifiquen. (\*14\*)

### VALORACION DEL BINOMIO REUMATISMO-TRABAJO

Un gran porcentaje de empresas estima conveniente y muy necesario hacer campañas educativas sobre movimientos, esfuerzos corporales, posturas, etc. que prevengan los reumatismos o disminuyen sus manifestaciones dolorosas.

Muy pocas empresas disponen de estadísticas fiables sobre los trabajadores que estén en situación de invalidez en alguno de sus grados.

Por lo general estas situaciones de invalidez se producen a partir de los 45 años. Por otra parte se hacen programas de Medicina Preventiva, pero muy pocas están relacionadas con los aspectos del reumatismo y actividad laboral.

Muchas empresas no quieren que se realicen este tipo de estudios, por cuanto consideran que los trabajadores afectados podrían ejercitar ciertas reivindicaciones sociales, laborales y económicas que podrían ir en detrimento de la actividad productiva y económica de la empresa en que estos se realizan. (\*15\*)

Es necesario estandarizar unos criterios generales que posteriormente y de acuerdo con el tipo de trabajo y el propio individuo.

En primer lugar, debe elaborarse un INFORME MEDICO del trabajador, bien en el momento de iniciar por primera vez su trabajo, o bien cuando ya venía desempeñando su trabajo en el puesto encomendado; asimismo, realizaremos una evaluación previa de capacidad para desempeñar el trabajo que va a realizar o que ya venía desempeñando.

## INFORME MEDICO

- Fecha inicial de la enfermedad
- Forma de comienzo. Afectación inicial
- Patocronía
- Pronóstico

### Criterios Evaluatorios para Fijar Incapacidad de Acuerdo con el Informe Médico:

1.- Incapacidad para portar peso, caminar, permanecer de pié, flexionarse, extenderse, agacharse, incapacidad parcial o permanente (apto para otras profesiones)

2.- Incapacidad para trabajos finos: parcial, temporal o total permanente (apto para otra profesión).

3.- Incapacidad cuando se añaden:

- Pruebas biológicas de actividad reumática positiva

- Datos de enfermedad sistematizada (será total o permanente según la respuesta al tratamiento y evolución)

4.- Incapacidad total permanente con:

- Pruebas biológicas de actividad reumática positiva

- Datos de enfermedad sistematizada

- Afectación sistematizada de las articulaciones restringiéndolas para cualquier uso.

## EVALUACION DE INCAPACIDAD PARA LOS ENFERMOS REUMATICOS (A confirmar por los organismos competentes)

### 1.- Incapacidad para:

- Llevar pesos: albañiles, estibadores, carga-descarga, etc.
- Caminar: carteros, cobradores, repartidores, etc.
- Permanecer en bipedaestación: porteros, dependientes, etc.
- Flexionarse, extenderse, agacharse, tocar objetos: obreros de la industria comercio en general.
- Manipulaciones delicadas con manos y piés: artesanos, oficinistas, industrias delicadas.
- Habilidad para coordinar: tejedores

### 2.- Dolor e inflamación

### 3.- Pérdida de fuerza

### 4.- Enfermedad sistémica evidente. (\*16\*)

Los criterios evaluatorios de incapacidad deben referirse al tiempo, lugar y espacio. Respecto al tiempo de evolución más o menos pasajero tales como fibrositis, gota, ciertos tipos de artrosis bien compensadas que únicamente tiene fases eventuales de descompensación, sólo requieren incapacidad temporal; en cambio, las artrosis de cadera o artritis reumatoide evolutivas requieren una incapacidad permanente.

Por lo que se refiere a la localización o lugar, rara vez exigen una permanente, pues en muchas ocasiones puede resolverse el caso con un simple cambio de profesión o lugar de trabajo, generalmente se refiere a manifestaciones artrósicas bien compensadas y dependientes de ligeras dismorfias.

Al evaluar una incapacidad permanente debemos reflexionar sobre el carácter definitivo de la invalidez, ya que sin nosotros llegar a presumirlo, pueden involucrarse factores ajenos a los que en realidad estamos juzgando; no referimos a la "picaresca", factor muy a tener en cuenta al valorar el componente psíquico que pudiera añadirse al estudio médico general, factor en el que el médico general debe ser apoyado por un psicólogo siempre que, como es natural, existan indicios capaces de despertar la más mínima sospecha.

En realidad, existen obstáculos y límites para establecer una verdadera valoración de los reumatismos laborales o profesionales.

Respecto a los problemas de la epidemiología general, es necesario realizar estadísticas en los centros de trabajo y en las diversas profesiones para poder llegar a alcanzar el conocimiento del grado patológico real de las alteraciones que puedan ser secuenciales del ambiente o de la forma de trabajo, además de las propias enfermedades reumáticas.

Un estudio realizado en Inglaterra con los trabajadores de la minería demostró que los estudios radiológicos realizados en estos sujetos, presentaban cambios moderados o severos en la degeneración del disco, dos veces superior a otros trabajadores que desempeñaban trabajos de tipo sedentario o administrativo. (\*17\*)

Se hace necesario pues, el conocimiento del número de personas que son afectadas con respecto a su patología en los diversos países para poder obtener el máximo de información respecto a las condiciones de trabajo y ver cuales son las condiciones más apropiadas para cada tipo de ellos, ya que incotrovertiblemente el hombre tiene que seguir trabajando para dar realidad a la Biblia, donde expone categóricamente "ganarás el pan con el sudor de tu frente". (\*18\*)

## GASTOS SOCIALES Y ASISTENCIALES: REUMATISMO E INVALIDEZ

Los cuatro millones y medio de reumáticos que pueblan nuestro país son ante todo, como en el mundo entero, un grave problema social mucho más que médico. La Reumatología Clínica no basta para resolver un problema que es un reto para una sociedad civilizada si aspira resolver un problema de hondas repercusiones humanas, familiares y laborales; un problema que es un reto para una sociedad civilizada si aspira a procurar el bienestar y el rendimiento íntegro (físico, psíquico, económico y cultural) del hombre.

En España, una de cada tres enfermos lo es por enfermedades reumáticas, lo que representa un 30,5% de las incapacidades laborales. (\*19\*)

Los procesos reumáticos provocan el 40% de las incapacidades laborales permanentes. El mayor porcentaje de absentismo laboral se debe a afecciones estacionales como la gripe y enfermedades agudas del aparato respiratorio; en segundo lugar figuran las enfermedades reumáticas.

Prácticamente la totalidad de bajas por reumatismo, así como las incapacidades se producen a partir de los 45 años. En 1980, sobre una población laboral activa de 12.945.120 trabajadores había 1.449.409 pensionistas por incapacidad permanente, de los cuales 447.867, es decir el 30% lo eran por enfermedades reumáticas como responsables de esta incapacidad.



Nº de pensionistas por enfermedad común	1.126.169	
Por accidentes de Trabajo	68.983	
Total número de pensionistas	1.195.152	
Con causa de enfermedad reumática	363.326	(30,4%)
De origen reumático puro	209.390	(17,5%)
Asociado a otra patología	153.936	(12,8%)

**COSTE ANUAL DE LAS PENSIONES POR ENFERMEDAD REUMATICA:**  
86.471.588.000 (\*20\*)

Por otra parte, los reumáticos generan el 39% de todas las consultas médicas de Asistencia Primaria, lo que favorece la gran masificación reduce la atención al paciente y por otro lado favorece en gran medida los estados de absentismo laboral de estos pacientes.

Todos los médicos, particularmente los Reumatólogos, afirman que la solución de los problemas del reumatismo en España es fácil si la Seguridad Social valora su importancia y actúa en consecuencia. Según ellos, las soluciones son económicas en cuanto habría ahorro en los gastos actuales, aumentaría la productividad, mejoraría la imagen de dicha entidad, existiría una mayor profesionalidad del médico, descendería la morbilidad, etc.

### GASTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN 1981 POR ENFERMEDADES REUMATICAS

Invalidez Laboral Permanente	171.198.000.000
Absentismo Laboral	16.848.000.000
Medicamentos	6.300.000.000
Costes Sanitarios	12.322.000.000
<b>TOTAL:</b>	<b>206.668.000.000</b>

Esta cifra de 206.668.000.000 es muy parecida al presupuesto total del Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo (211.023 millones) y muy superior al de los Ministerios de Agricultura (127.936 millones) e Industria y Energía (132.281 millones). (\*21\*)

Todos los reumatólogos encuestados en este estudio sociológico estaban de acuerdo en la frecuente afirmación de que con un diagnóstico precoz y correcto se evitarían el 80% de las incapacidades permanentes y disminuirían notablemente las invalideces.

En otros países se han realizado estudios similares aunque consideramos que los resultados obtenidos son difícilmente superponibles a los que encontremos en nuestro medio ya que la situación social, laboral y sanitaria es muy distinta a la de nuestra realidad actual.

En California se realizó un estudio examinando la cuestión de qué es lo que es lo que distingue a las personas con padecimientos músculo-esqueléticos que continúan trabajando después del inicio de su enfermedad y aquellas que no lo hacen. Asimismo, hemos investigado porqué las personas con padecimientos músculo-esqueléticos tienen índices más altos de incapacidad laboral en relación con aquellas con otras enfermedades crónicas que limitan la actividad de forma similar.

Se utilizaron los datos correspondientes a 3.100 personas con enfermedades crónicas y limitaciones de sus actividades correspondientes a la inspección de 1978 de la Administración de la Seguridad Social en una población adulta con incapacidad.

Las personas con enfermedades músculo-esqueléticas que dejaron de trabajar tenían unas condiciones de salud global y una ocupación física más pobres y unas actitudes distintas frente al trabajo y a las condiciones laborales que aquellas que continuaban trabajando.

Los síntomas de las enfermedades músculo-esqueléticas fueron débiles predictores de si resultaría una incapacidad laboral. Las personas con padecimientos músculo-esqueléticos tenían índices más altos de incapacidad laboral con relación a aquellos con enfermedades crónicas, principalmente por razón de su edad, nivel de co-morbilidad y de la interacción de otras limitaciones físicas impuestas por sus enfermedades y las exigencias de sus profesiones. Tenían niveles similares de entrega al trabajo e igual tendencia a buscar fuentes alternativas de ingresos que aquellos con otras enfermedades crónicas. (\*22\*)

Por nuestra parte, desde el año 1986 en que se empezó a elaborar esta Tesis Doctoral, hemos tenido un contacto bastante estrecho entre este grupo de trabajo y la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de Sevilla (U.V.M.I.) con el fin de recabar información tomando como muestra de estudio a los enfermos reumáticos que solicitaban invalidez o eran requeridos por esta unidad de Inspección Médica con el fin de realizar revisiones de oficios a pensiones o estados de invalidez ya concedidos.

Siempre ha estado en nuestro ánimo e ideología el analizar esta situación no desde un punto de vista calculador y descriptivo como ocurre en los trabajos anteriormente reseñados, sino que hemos querido

darle un enfoque más humanístico al problema en sí, centrando al sujeto ( enfermo reumático ) como núcleo central de nuestro estudio ya que consideramos que así veremos y analizaremos una situación candente actualmente en nuestro medio sanitario, asistencial y social desde otra perspectiva totalmente distinta, e igualmente real que la realizada por los estudios anteriores.

Por otra parte, al realizarse estos estudios en una Unidad donde necesariamente tienen que pasar por ella todos los enfermos reumáticos solicitantes de invalidez en nuestra provincia, consideramos que esta circunstancia le imprime a nuestro estudio un valor informativo real y concreto ya que conociendo a fondo el problema y las circunstancias que lo rodean conoceremos más a fondo la problemática de este tipo de patología en nuestro medio.

En los años 1985-86 realizamos un estudio comparativo entre la demanda de solicitud de invalidez permanente por patología reumática, contraponiéndola a otra producida por otras patologías que también producían estados de invalidez en nuestra provincia con el fin de determinar su frecuencia e intensidad. Así llegamos a los siguientes resultados en los 3.000 expedientes que revisamos, ocupando por orden de prioridad cuantitativa el 43,3% de demandas de invalidez por patología reumática, siendo superior a la demanda de invalidez por otras patologías de índole cardio-respiratorio, mentales, oftalmológicas, etc.

A la hora de contemplar los expedientes de solicitud de invalidez ya analizados por los médicos evaluadores, y vemos que baja el porcentaje de invalideces concedidas por causas reumáticas. En gran parte por ser en un 90% procesos degenerativos compatibles con la edad cronológica actual de estos pacientes, en gran medida porque los

técnicos de valoración-evaluación se basaban para emitir su juicio sobre criterios puramente radiológicos y de exploración funcional.

Realizado este estudio por distribución de sexos, comprobamos cómo para los varones se igualaban en porcentaje similar las enfermedades cardio-respiratorias con un 27,6% con las reumáticas con un 24,7%.

En lo que respecta a las mujeres, destacan claramente las enfermedades reumáticas con un 54,2% del total de invalideces concedidas, seguidas de las cardiovasculares con un 22,7%, respiratorias con un 4,8% y mentales con un 5,9%. (\*23\*)

Al estudiar estos estados de invalidez que producen o llevan implícito los procesos reumáticos, hemos querido visualizar el problema en sí desde el punto de vista psico-social, socio-laboral y asistencial de estos pacientes ya que creemos que son estos factores los que más directamente influyen en el desarrollo de su incapacidad invalidez que la mayoría de las veces es totalmente independiente del proceso somático o enfermedad crónica.

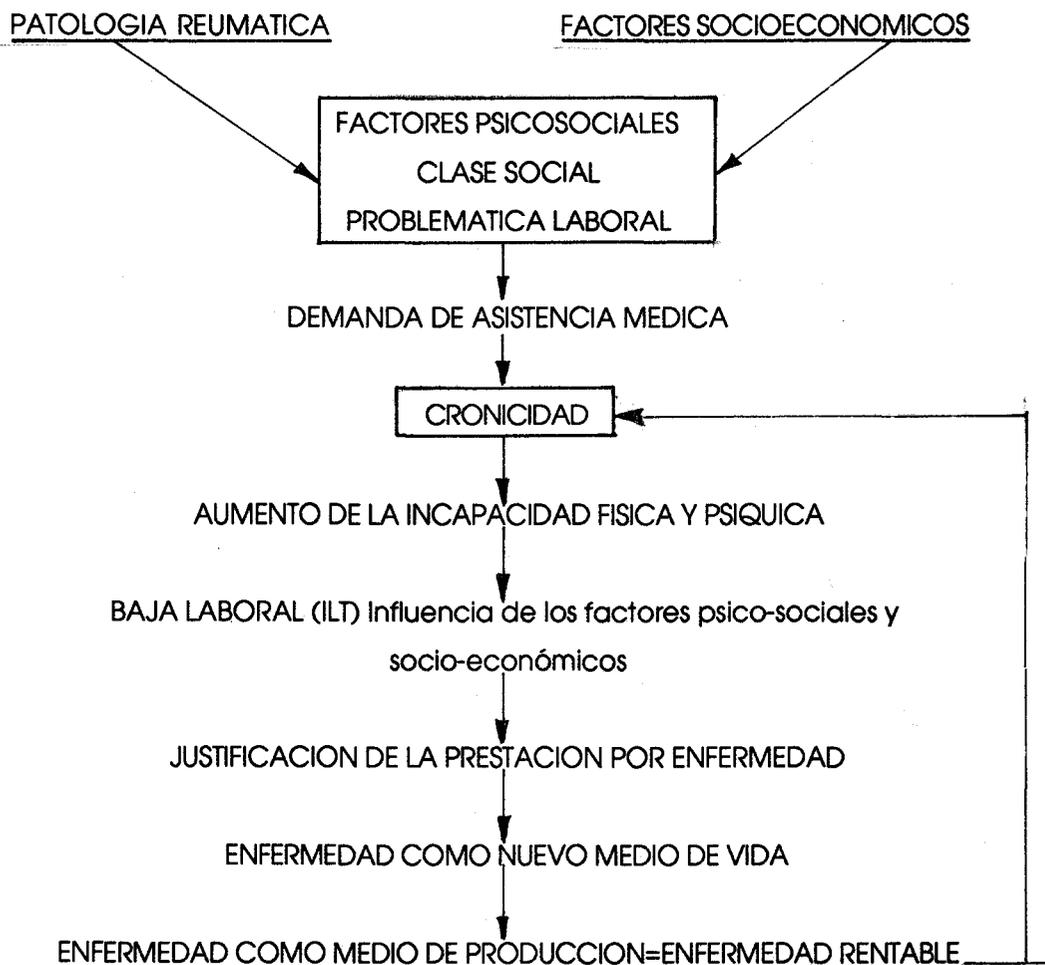
En la mayoría de estos enfermos estudiados, vimos que tenían en común una gran sintomatología de tipo psíquico en su expresión clínica, y todos tenían en común una serie de factores de tipo social y económico, e influenciados en ocasiones por una mala asistencia reumatológica a nivel nacional, que a veces eran estados de yatrogenización los responsables en su conjunto de la expresión de este tipo de patología.

A continuación expondremos en forma de diagrama las diferentes

etapas o procesos por los que el proceso reumático mediante el factor cronicidad, y la influencia de factores de tipo social y económico se convierte en patología invalidante.

Queremos dejar en claro que esta visión del problema está hecha desde un punto de vista personal, basado en nuestra experiencia y en los estudios realizados con anterioridad.

### PATOLOGIA REUMATICA: FACTORES SOCIALES Y ECONOMICOS



Quisieramos mencionar un trabajo interesante realizado en la Unidad de Valoración de Sevilla y en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico "Virgen Macarena" de nuestra capital. Este trabajo guarda en gran parte similitud con el nuestro, aunque estudia enfermos afectados de cardiopatía isquémica, segunda causa de solicitud de invalidez en nuestra provincia.

El núcleo central de este trabajo es hacer el seguimiento de los pacientes que han sufrido una cardiopatía isquémica y su repercusión sobre el medio laboral. El autor resume su trabajo de la siguiente manera:

"La reincorporación al trabajo de los pacientes con cardiopatía isquémica no se halla condicionada por la recuperación física y psicológica que se consiga, sino que influyen muchas veces de forma decisiva una serie de factores sociales que en la mayoría de las ocasiones son ajenos al médico que trata al enfermo y que a veces impiden de forma definitiva su reincorporación laboral".

De hecho, el conflicto socio-económico, la actitud colectiva e industrial hacia el trabajo y jubilación, la importancia al desempleo y legislación aplicable a la invalidez, pueden acelerar o impedir la reincorporación al trabajo.

En este trabajo se estudiaron la reincorporación al trabajo de los pacientes con cardiopatía isquémica al año de suceder esta patología, y se encuentra que sólo el 23,8% de los pacientes se reincorporó a su trabajo habitual. Este porcentaje es inferior a los obtenidos en estudios realizados tanto fuera como dentro de nuestro país. En Japón se reincorporaron al trabajo el 98% y en otros países como Israel el 90% de los afectados. (\*25\*)

Las enfermedades reumáticas no están incluídas en el régimen de enfermedades profesionales; no obstante hoy esto no representa ningún inconveniente ya que casi todas las empresas realizan sus cotizaciones sobre salarios reales, lo que conduce a una justa valoración salarial en el caso de incapacidad laboral transitoria ( I.L.T.) que comunmente llamamos periodo de baja, así como en el caso de incapacidad permanente.

Es muy importante resaltar que la incapacidad permanente, invalidez o menoscabo, son términos exactamente superponibles entre sí desde el punto de vista aquí considerado en las enfermedades reumáticas, puede ser física, social o psíquica, y con gran frecuencia es de causa múltiple, por lo que su correcta apreciación por parte de las Unidades Médicas de Valoración (U.V.M.) es muy difícil pues dependen de una escala de valores que empiezan en la solidaridad social y acaban en la exacta valoración del menoscabo. (\*26\*)

Queremos mencionar un estudio que por tener en su temática de estudio características muy similares al nuestro, y que aunque fue realizado en Suecia, y lógicamente las circunstancias y características socio-económicas son totalmente diferentes a las nuestras.

En 1961 se llevó a cabo un estudio médico, psicológico y sociológico de 391 empleados varones de una industria de pasta y papel sueca. Se investigaron los factores asociados con el dolor lumbar y las anomalías lumbares. Los parámetros de univariabes mostraron asociaciones del dolor lumbar con el tipo de empleo, escasa educación, duración del empleo, puntuaciones bajas en los tests de inteligencia y neurotismo. Las anomalías lumbares evaluadas según un exámen físico mostraron en principio las mismas asociaciones, pero la intensidad así como la significación fueron más pronunciadas.

Los análisis de regresión múltiple logística, utilizando datos para los trabajadores manuales, revelaron que el neurotismo y la duración del empleo estaban directamente asociados con el dolor lumbar.

Las dos mismas variables y la baja puntuación de uno de los tests psicológicos estaba directamente asociado con anomalías lumbares. La edad no mostró una asociación directa con el dolor, y las anomalías lumbares, tanto como el estado de salud apreciado como la capacidad global para el trabajo y con la evaluación por parte del médico de los mismos aspectos. (\*27\*)

Queremos hacer un pequeño resumen de un trabajo realizado por este mismo equipo que se presentó al XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología en forma de dos comunicaciones libres. Por su técnica de estudio y planteamiento guarda gran relación con el que estamos realizando en esta Tesis, por lo cual podemos considerar como un pequeño botón de muestra de los resultados a que queremos llegar en esta Tesis Doctoral.

El estudio fue realizado sobre una población de enfermos reumáticos que solicitaban invalidez permanente en sus diferentes grados, o bien eran enviados por la Inspección de Zona correspondiente como revisiones de oficio para determinar la cuantía y evolución de su invalidez. El objetivo de este estudio era delimitar las zonas o poblaciones que tienen mayor demanda de solicitud de invalidez por patología reumática degenerativa, viendo de que forma han influido los factores socio-económicos de estas poblaciones, y su repercusión sobre la demanda de invalidez.

En primer lugar observamos una gran demanda en la capital y zonas o pueblos industriales próximos a la capital como Dos Hermanas, Utrera, Alcalá de Guadaíra, etc., donde la mayoría de las solicitantes eran aceituneras de industrias que existieron y se han perdido en gran parte en los últimos años.

La mayoría de las solicitantes de Sevilla estaban acogidas al régimen de empleadas del hogar. Existen otras comarcas agrarias deprimidas con obreros agrícolas por cuenta ajena como Arahal, Marchena, Paradas, La Rinconada, La Algaba, El Coronil, Los Palacios, Las Cabezas, etc., en que la demanda es muy elevada sobre todo en mujeres casadas y hombres de edad media en situación de desempleo. Por otro lado, existen comarcas como El Aljarafe o la Sierra Norte en que la solicitud de invalidez es menor.

Como conclusión observamos que la solicitud de invalidez por causa reumática degenerativa se ve influida directamente por factores de tipo socio-económicos. (\*28\*)

La otra comunicación que presentamos a la Reunión estudiaba con más profundidad otros aspectos más antropológicos, socio-culturales y laborales de estos enfermos reumáticos solicitantes de invalidez. El estudio fue realizado en pacientes que solicitaban invalidez por reumatismo de tipo degenerativo, con el fin de conocer el componente psicossomático, aspectos sociales que influían en la solicitud de invalidez, edad, sexo, clase social, tipo de trabajo, etc.

Por otro lado analizamos la demanda asistencial de servicios; así hemos analizado cuál estaba siendo estudiado en Medicina Primaria, cuál por el Traumatólogo de Zona y cuál por el Servicio de Reumatología en un plazo de dos años antes a la solicitud de invalidez. Adicionalmente analizamos la demanda asistencial de Urgencias y el tipo de estas, es decir si eran de Zona u Hospitalarias.

## MATERIAL Y METODO:

Fueron 10 enfermos afectos de reumatismo degenerativo que solicitaban invalidez en sus diferentes grados. Estos pacientes fueron sometidos a diferentes escalas de cuantificación de la sintomatología psíquica, y los datos fueron analizados y procesados por un ordenador VAX-785 en el Centro de Cálculo de la Universidad de Sevilla.

## RESULTADOS:

Edad media: 52,6 años, D.S. 8,8.

Sexo: 32% varones y 68% mujeres.

Estado civil: 15% solteros, 80% casados y 5% viudos o separados.

Clase social: 73% baja, 16% medio-baja y 11% media.

Queremos incluir en este apartado de "Gastos Sociales y Asistenciales: Reumatismo e Invalidez" los datos estadísticos globales de la Unidad de valoración Médica de Incapacidades del último año desde un punto de vista global.

Hemos querido aclarar una serie de puntos para comprender exactamente el la terminología de evaluación que se utiliza en estas unidades, con el fin de informar al médico en general sobre estos criterios evaluatorios.

NO MENOSCABO= No se ha dictaminado estado de invalidez

MENOSCABO TOTAL= Se ha concedido una Invalidez Total

MENOSCABO ABSOLUTO= Se ha concedido una Invalidez Absoluta

GRAN INVALIDEZ= Se ha concedido la Gran Invalidez

Por otra parte a continuación vamos a explicar los distintos regímenes a los que se encuentran afiliados los trabajadores de la Seguridad Social:

R. GENERAL= Régimen General

R.E.A.= Régimen Especial Agrario

S. DOMESTICO= Servicio doméstico. Empleadas de Hogar

AUT. R.G.= Autónomo Régimen General

AUT. R.E.A.= Autónomo Régimen General Agrario

TOTAL= Total

A continuación queremos hacer un comentario sobre los resultados consultados. Dentro de las patologías presentadas hacemos especial hincapié en resaltar las referentes a las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, y las enfermedades de los aparatos circulatorio y respiratorio, ya que como anteriormente hemos mencionado, estas enfermedades eran las que ocupaban el segundo lugar de la incidencia de estados de invalidez en nuestra provincia. Por otra parte, hemos querido reseñar los trastornos mentales ya que aunque su incidencia es menor pudiera guardar alguna relación con el tema de Tesis que nos ocupa.

Existen otras enfermedades endocrinas, hematológicas, de los sentidos, tumorales, genito-urinarias, etc., de las cuales no hacemos relación en este cuadro ya que su incidencia es menor y además pensamos que al añadir nuevos datos nos desviarían en cierto modo de la temática expuesta en la presente Tesis. Hemos de aclarar por tanto,

que al exponer los resultados totales encontramos una ligera diferencia con la suma de estas cuatro entidades, su omisión deliberada por nuestra parte de suprimir estas otras entidades.

Queremos reseñar nuevamente que el término enfermedad del sistema osteo-muscular y tejido conjuntivo es demasiado extenso y engloba a gran número de entidades patológicas de este tipo, por lo tanto sería conveniente desglosar este apartado, al menos en nuestro parecer, en tres grandes apartados que serían: el reumatismo de tipo degenerativo postural o mecánico en primer lugar; el reumatismo de tipo inflamatorio en segundo y por último las enfermedades del tejido conjuntivo. Por otra parte, por nuestra propia experiencia creemos que estas entidades por una mala planificación de la asistencia reumatológica a nivel primario están confusamente diagnosticadas y estas llegan al Tribunal de Valoración Médica en gran parte sin haber sido estudiadas o con diagnósticos poco claros e imprecisos.

Hemos de destacar según los datos cómo las enfermedades del aparato locomotor ocupan por su volumen el mayor número de incidencia en los estados de incapacidad/menoscabo dentro de las solicitudes de invalidez encontrados en nuestra provincia. Por otra parte, nos encontramos que las enfermedades del aparato cardiocirculatorio producen proporcionalmente una mayor incidencia de menoscabo absoluto que las del aparato locomotor donde existiendo un importante índice de solicitudes de invalidez de este tipo, existe una gran incidencia de concesión de menoscabo total para su trabajo habitual.

En cuanto a la distribución de los menoscabos por regímenes de afiliación a la Seguridad Social, vemos cómo el Régimen General es el que tiene mayor incidencia; si bien este dato no es valorable ya que en este régimen se encuentran la mayor parte de beneficiarios de la

## Seguridad Social.

Al ver los datos pertenecientes a la gran invalidez, vemos cómo la incidencia es pequeña en estas patologías ya que estos estados de gran invalidez son más propios de las enfermedades de tipo neurológico que dejan secuelas importantes tanto orgánicas como psíquicas graves y de relación en el individuo, por lo cual nos llama la atención al comprobar que proporcionalmente los cuadros de tipo de los trastornos mentales, sobre todo en sus manifestaciones graves, producen un mayor índice de invalidez que las enfermedades de tipo reumatológico y cardiocirculatorio. (\*29\*)

## ESTUDIOS PSICOSOCIALES REALIZADOS EN NUESTRO PAIS

Al revisar estudios de tipo psico-social realizados en España sobre esta misma materia, nos encontramos que estos eran escasos y daban sólo pequeñas pinceladas aisladas sobre el tema.

Hasta el año 1981 no se realiza en España un estudio concienzudo desde el punto de vista sociológico de estas enfermedades, y es realizado por el grupo BERNARD KRIEF en colaboración con entidades ya existentes como la Sociedad Española de Reumatología y la Liga Reumatológica Española.

En 1980, la Liga Reumatológica Española (L.I.R.E.) elaboró el proyecto denominado "Plan Nacional de Atención al Paciente Reumático" que fue bien acogido por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Este plan tiene en resumen los siguientes objetivos específicos:

- a) Identificación del problema de los reumatismos crónicos en España.
- b) Análisis de la atención recibida por los pacientes reumáticos.
- c) Programas de prevención y de atención social de estos enfermos.
- d) Programas de atención económica y laboral. (\*30\*)

En el año 1988 comienza a editarse el PPR (plan de perfeccionamiento en reumatología para médicos generales) patrocinado por la Sociedad Española de Reumatología, Liga Reumatológica Española

y el Gabinete Pfizer de Recursos Humanos, con el privilegio de oficialidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este plan consta de cuatro unidades didácticas que fueron entregadas a unos 25.000 profesionales médicos inscritos, y su finalidad era la difusión y mejor conocimiento de las enfermedades reumáticas en el medio asistencial primario.

Además de estos dos estudios de alcance nacional, se han realizado algunos estudios más específicos sobre aspectos psico-sociales de estas enfermedades, si bien estos estudios eran circunscritos a una determinada comunidad o distrito sanitario. El núcleo principal de estos trabajos era sobre todo de tipo asistencial, resaltando las necesidades específicas en estas comunidades. Dentro de ellos podemos brevemente citar: (\*31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41\*).

Desde el año 1986, y como resultado de varios estudios realizados por este grupo en la Facultad de Medicina de Sevilla hemos ido asistiendo paulatinamente a Congresos y Reuniones Científicas con el fin de aportar trabajos de tipo psico-social y socio-laboral y nos es grato el pensar que aunque al principio estos estudios fueron vistos con cierto escepticismo, poco a poco hemos logrado que los profesionales de la Reumatología los acepten y los valoren en su justa medida, considerando y resaltando su interés en el mejor conocimiento de estas afecciones.

Reseñaremos a continuación algunos de ellos, señalando sobre todo aquellos que tienen como núcleo principal de estudio el social y asistencial: (\*42-43-44-45\*).

## REUMATISMO PSICOGENO: BREVE ESTUDIO DE ESTOS CUADROS CLINICOS.

En los últimos años los estudios clínico-epidemiológicos, tanto psiquiátricos como reumatológicos, coinciden en afirmar que el reumatismo psicógeno constituye un trastorno muy frecuente y en progresivo aumento. También se ha puesto de manifiesto cómo al lado de formas que se caracterizan por "clásicas" (psíquicas), aparecen en la mayoría de los casos otras formas con sintomatología predominantemente somática. Su importancia queda realzada por la gran repercusión social de la enfermedad.

Nosotros también consideramos como reumatismo psicógeno aquellos casos en los que existiendo un trastorno psíquico aparecen manifestaciones en el aparato locomotor que son dependientes del mismo. Este término no se refiere a un verdadero reumatismo, sino a un síndrome de naturaleza funcional constituido por manifestaciones tales como dolor, rigidez, sensación de limitación articular, etc., en el que la presencia de un factor psíquico es una condición indispensable, aunque quizás no suficiente para su aparición. Siendo en reumatología el dolor el síntoma crucial, es comprensible que esta circunstancia se dé con mayor frecuencia que en otras especialidades.

Antes de entrar en la descripción del tema debemos clasificar otro tipo de enfermos que no pueden integrarse en el grupo de pacientes reumáticos psicógenos ya que estos presentan distintas influencias o relaciones entre dolor, psique y soma.

Los distinguimos en:

A) SIMULADORES PUROS: Individuos que por cualquier motivo, neurosis de receta, problemas laborales, etc., centran su atención en unas presuntas molestias sobre cualquier región del aparato locomotor.

B) ENFERMOS CON UN PROCESO PSICOTICO CONCOMITANTE: Se presenta en individuos con una psicosis verdadera y que por otra parte padecen una afección reumática. Suele predominar el proceso psicótico de origen reumatológico.

Es de tener en cuenta que el síndrome psicógeno del aparato locomotor constituye un capítulo de la Medicina Psicosomática y así como en otras especialidades suelen reconocerse las manifestaciones e las diversas vísceras, aparatos y sistemas, nosotros encontramos frecuentemente justificaciones que por sí mismas no son patológicas. Siempre que se encuentra un osteofito en la radiografía al que atribuimos el síndrome; debido a ello el orden psicógeno se reconoce con mucha frecuencia.

Así para poder incluir a un enfermo dentro de este grupo, es necesario que por un lado exista una alteración objetiva y por otro lado exista una alteración psíquica y respuesta clínica en cuanto a sus manifestaciones.

C) ENFERMOS CON FACTOR PSICOGENICO DESENCADENANTE DE UN PROCESO REUMATICO ORGANICO GRAVE como puede ser una artritis reumatoide o incluso una crisis severa de gota. El mecanismo íntimo es desconocido pero se encuentran en ocasiones asociados.

### EPIDEMIOLOGIA:

El reumatismo psicógeno se suele observar alrededor de la edad media de la vida, tal vez en los límites del climaterio. Existe predisposición en los individuos de personalidad lábil, sobre los que influyen factores endógenos y exógenos desencadenantes. Es frecuente la somatización reversible aunque los medios actuales de psicoterapia hacen que el reumatólogo o incluso el médico general puedan reconocerlos y tratarlos adecuadamente. Debido a la estructura social actual, existe una tendencia a incrementarse. (\*46\*)

### CLASIFICACION:

El reumatismo psicogénico se puede dividir en tres tipos o variantes que nos pueden ayudar a establecer unos criterios para su mejor comprensión. Estos tipos son:

A) REUMATISMO PSICOGENICO PURO: Son pacientes que desarrollan un síndrome funcional y en los que nos encontramos una lesión objetiva apreciable por los métodos diagnósticos a nuestro alcance. Este tipo de enfermos suelen somatizar verdaderas entidades reumatológicas y el diagnóstico diferencial debe establecerse siempre.

B) REUMATISMO PSICOGENICO SOBREAÑADIDO: Se observa en pacientes psiconeuróticos que con ocasión de una afección orgánica leve como una ligera artrosis de rodilla, lumbalgia, etc., presentan un cuadro clínico totalmente desproporcionado e inadecuado a su proceso real. En estos casos es difícil poder deslindar hasta que punto las manifestaciones álgicas corresponden a un proceso u otro.

C) REUMATISMO PSICOGENICO RESIDUAL: Estos son enfermos psiconeuróticos que sufren un proceso orgánico del aparato locomotor y después de la curación cuando ya han desaparecido los signos objetivos siguen acusando las mismas molestias. Estas toman características de una fijación psíquica que permanece en el paciente durante un largo periodo de tiempo.

Según la experiencia de este autor, en su Servicio considera que el porcentaje de estos grupos en los enfermos de sus consultas era el siguiente:

- 50% de enfermos con Reumatismo Psicogénico Puro
- 40% de Reumatismo Psicogénico Sobreañadido
- 10% de Reumatismo Psicogénico Residual

Los sectores sociales económicamente más estables suelen encuadrarse en el tipo puro, pero actualmente están aumentando los otros dos tipos en los que frecuentemente encontramos personas con problemas laborales y familiares cuya inestabilidad les conduce fácilmente a un aumento de cargas psíquicas. (\*47\*)

Para otros autores como ROTES QUEROL, el síndrome psicogénico del aparato locomotor es el menos estructurado y más discutible de todos los capítulos de la Reumatología. No obstante, los trastornos dolorosos del aparato locomotor de origen psíquico son tan frecuentes como los trastornos funcionales psicógenos en el aparato digestivo del sistema cardiocirculatorio en los que están ampliamente aceptados.

Este autor define como Síndrome Psicogénico a toda manifestación dolorosa del aparato locomotor en cuya aparición es condición determinante la presencia de un trastorno psíquico. (\*48\*)

Los criterios diagnósticos son los ya establecidos por Boland en el año 1960:

I) Ausencia de enfermedad orgánica o presencia de una enfermedad orgánica insuficiente para explicar los síntomas.

II) Carácter funcional de los trastornos.

III) Diagnóstico positivo de enfermedad psíquica. (\*49\*)

#### ETIOPATOGENIA:

En la etiopatogenia de estos procesos se consideran dos mecanismos:

1.- Una reacción de conversión, mecanismo puramente psíquico, a través del cual un enfermo que no logra expresar mediante la palabra o la acción algún deseo, idea o sentimiento que le es desagradable o inaceptable para su escala de valores lo expresa en forma de trastorno somático.

2.- Un mecanismo fisiopatológico en el que el trastorno psíquico se traduciría en una contracción muscular prolongada, isquemia o alteración mecánica de las inserciones musculares en el periostio, que darían lugar al dolor.

El síndrome psicógeno tiende a adoptar en su expresión somática

unos perfiles clínicos más o menos precisos, muchos de los cuales son verdaderas entidades clínicas de naturaleza orgánica, al igual que los fantasmas son una réplica más o menos caricaturesca de los seres reales.

La separación entre los síndromes psicógenos y las enfermedades orgánicas que remedan no es neta, sino que existen una serie de casos de transición en los que los factores psíquicos se asocian con trastornos orgánicos insuficientes para explicar todo el cuadro clínico: Psicógenos asociados.

Para algunos autores como GRANADOS, DURAN y RIBAS SUBIROS, lo que determinaría la expresión clínica de las reacciones de conversión son las enfermedades previas del paciente o su observación de la enfermedad por otros, por ejemplo, una enferma cuya madre padece una artritis reumatoide invalidante puede presentar los dolores de esta persona sin los correspondientes signos de artritis reumatoide. (\*50\*)

#### CLINICA:

El enfermo con este tipo de reumatismo se presenta al médico de una manera característica con signos que aislados o en su conjunto deben alertar al médico de la posible presencia de un factor psicógeno; entre estos signos podemos destacar los siguientes:

- 1.- Urgencia dramática injustificada en la petición de cita.
- 2.- Lista escrita de sus sufrimientos para no olvidarse de ninguno.

3.- Gran bolsa de radiografías y análisis anteriores en los que comenta existen informes de otros especialistas.

4.- Insistencia en que el médico vea de entrada las radiografías en las que veremos la causa de su horrible sufrimiento.

5.- Preocupación por la futura invalidez o el pronóstico grave ante alteraciones banales, citando ejemplos de familiares o amigos que tienen los mismo y están inválidos o han fallecido.

6. - Si existen acompañantes, estos pueden ser de dos tipos:

a) Tipo C: "Marido cómplice" o "Madre cómplice" que nos dicen que el paciente es de los que no se quejan y comparte vivamente el sufrimiento.

b) Tipo M: Marido liberante, se encuentra callado y al margen de las explicaciones.

7.- La enferma no se relaja durante la explicación: Al efectuar las inflexiones laterales del tronco lo hacen con los brazos en ligera abducción ("signo del avión"). La exploración de la movilidad articular tropieza con una gran resistencia muscular.

8.- El dolor a la movilización articular o la presencia de dolor a la presión no se expresa mediante la palabra "sí" o "no", sino mediante muecas faciales espectaculares.

Estos síntomas son comunes a todos los cuadros psicógenos, pero si

bien tiene un alto valor de sospecha no deben llevarnos a olvidar la siempre probable presencia de una enfermedad orgánica en un paciente neurótico.

#### I) CUADROS CLINICOS QUE PUEDEN PRESENTARSE COMO PSICOGENOS PUROS O ASOCIADOS:

- Dorsalgia benigna
- Síndrome cervico-craneal psicógeno
- Acroparestesias nocturnas
- Piernas inquietas
- Coccigodinia
- Xifodinia
- Miofascialgias, fibrositis

#### II) SINDROMES PSICOGENOS SIEMPRE ASOCIADOS A UN TRASTORNO ORGANICO OBJETIVABLE:

- Artralgias del síndrome de hiper movilidad articular
- Dolor de la celulitis difusa (\*51\*)

1.- Dorsalgia Benigna: También recibe otros nombres como neuralgia espinal, dorsalgia esencial del adulto, mal de POTT histérico y dorsalgia de los neuróticos. Aparece casi exclusivamente en la mujer joven entre los 16 y 40 años; consiste en dolores de intensidad variable localizados en la región interescapular o en la misma región dorsal. Suelen existir irradiaciones vertebrales en sentido longitudinal hacia arriba o hacia abajo y rara vez en cinturón, en forma de algias intercostales o dolores pretorácicos pseudoanginosos. Su carácter es

variable pudiendo consistir en dolorimientos, fatiga, quemazón o parestesias a menudo descrito por el enfermo con una curiosa plasticidad como un peso, un hierro clavado, etc.

Esta se presenta normalmente como una dorsalgia de fatiga agravada por estar de pié o sentado demasiado tiempo (planchadores, mecanógrafas, etc.). Se acompaña siempre por una astenia que es uno de los elementos esenciales de la afección que origina una fatiga permanente o al esfuerzo.

La exploración es negativa, aparte de un pequeño envaramiento o resistencia de la misma, típica de estos enfermos y un dolor a la presión sobre varias apófisis espinosas dorsales siendo las vertebras D3 a D5 las más frecuentes. El pellizcamiento de la piel que cubre la región dorsal muestra alguna vez una hiperestesia cutánea; la radiología suele ser normal.

2.- Síndrome Cervico-Craneal Psicógeno ( Síndrome de BARRE-LIEOU ): Se suele presentar generalmente entre los 35 y 45 años como máximo y principalmente en mujeres. Consiste en algunos de los siguientes síntomas, de los cuales el primero es prácticamente constante:

a) Cervicalgia o dolor de nuca que con frecuencia irradia hacia vertex craneano en forma de dolores punzantes u otro tipo de parestesias.

b) Sensación vertiginosa que incluso puede dar trastornos de la marcha con sensación de inseguridad.

c) Hipoacusias y zumbidos (acúfenos) generalmente unilaterales.

d) Sensación de sequedad o molestias faríngeas que pueden ir acompañadas de afonías transitorias.

e) Un síntoma no característico pero frecuente es una cefalea frontal o fronto-occipital continua distinta a la migraña.

Este síndrome debe de diferenciarse de la insuficiencia vertebro-basilar producida por la isquemia vascular que generalmente está condicionada por aterosclerosis. También este síndrome ha sido atribuido durante largo tiempo a una cervicartrosis, pero en la mayor parte de los enfermos no hay lesiones radiológicamente objetivables, y en todo caso es muy frecuente que a partir de los 40 años existan osteofitos asintomáticos. Por este motivo, hoy en día se debe considerar al síndrome cervicocraneal psicógeno como una entidad propia y distinta.

3.- Acroparestesias Nocturnas: Se observa especialmente en mujeres en periodo pre o post- menopáusico; clínicamente consiste en las manifestaciones sensitivas de un síndrome del nervio mediano.

Generalmente en plena noche y después de un periodo más o menos largo de sueño suelen presentar una crisis de parestesias (entumecimiento, homigüeo, adormecimiento, etc.) a veces con un matiz doloroso que se localiza en los dedos o en las manos, extendiéndose en ocasiones a los brazos. A veces, el quinto dedo no queda afectado como ocurre en el síndrome del mediano bien definido. También nos puede ayudar a establecer el diagnóstico

diferencial, la ausencia de trastornos motores y de atrofia muscular en pacientes con una personalidad psicógena.

4.- Inquietud Nocturna de los Miembros Inferiores (Piernas Inquietas): Estos pacientes refieren sensaciones penosas por lo general más desagradables que realmente dolorosas que se presentan en los dos miembros inferiores cuando aún están en la cama y que les provoca una necesidad imperiosa de mover las extremidades afectadas. Dichas sensaciones son en algunos casos difíciles de definir; no es una sensación superficial percibida en la piel, sino más bien una irritación profunda que en ocasiones pueden convertirse en realmente dolorosas "como si le desgarraran los músculos".

La afectación suele ser, aunque no siempre, bilateral y simétrica localizándose entre las rodillas y el tobillo remontando a veces por los muslos y afectando raramente los pies. En ocasiones, dichos trastornos pueden permanecer por un tiempo unilaterales o presentar una aparición basculante. También es posible la afectación de los miembros superiores, aunque esta es poco frecuente.

Las condiciones de aparición son muy particulares y características del síndrome, apareciendo las disestesias sólo en estado de reposo cuando las piernas descansan, pudiendo presentarse al estar sentado y mucho más al estar tumbado en la cama. En ocasiones alcanzan una agudeza muy dolorosa en el momento en que el paciente se adormece y en los casos severos suelen provocar un insomnio persistente. Durante el día, normalmente desaparecen aunque en ocasiones después de posiciones mantenidas en periodo de fatiga tales como viajes, espectáculos, etc.

La principal consecuencia de estas sensaciones penosas es la imposibilidad de mantener las piernas quietas. El paciente tiene la necesidad de moverlas, frotarlas y levantarse para andar un rato hasta conseguir que sus molestias desaparezcan. Muchos de estos pacientes se vuelven aprensivos y temen con ansiedad a que llegue la noche.

Ultimamente se ha señalado que este síndrome sería también frecuente en la diabetes y en la uremia.

5.- COCCIGODINIA: El dolor del coxis sin una causa orgánica que lo explique es otro de los síntomas no raros de los enfermos psicógenos. No obstante, deberá excluirse una causa orgánica como las deformidades congénitas, traumatismos, infección, artritis, neoplasias, etc.

6.- XIFODINIA: La hemos encontrado también en el síndrome psicógeno, aunque es menos frecuente que la coccigodinia; al igual que en la coccigodinia, habrá que excluir una causa orgánica.

7.- MIOFASCIALGIAS Y FIBROSITIS (Fibromialgia): La fibromialgia es un reumatismo de partes blandas difuso y es una de las enfermedades reumáticas más frecuentes, siendo la segunda causa de consulta al reumatólogo. Predomina en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida y se caracteriza por dolor crónico y lumbar modulado por factores climáticos, físicos, emocionales, etc., acompañados de cefaleas, colon irritable, alteraciones del sueño e irritabilidad. La exploración física, el laboratorio y la radiología son normales.

Queremos hacer un inciso para aclarar que en la actualidad algunos autores consideran el cuadro fibromiálgico como entidad independiente dentro del reumatismo de partes blandas, pero nos consta que la mayoría de los autores y profesionales de la especialidad consultados se inclinan más bien por incluir estos cuadros en el complejo y poco estudiado cajón de sastre que denominamos Reumatismo Psicógeno. Por todo esto, hemos considerado interesante el hacer una descripción de este cuadro dentro de este apartado.

A) Introducción: La fibromialgia es un reumatismo de partes blandas frecuente, poco conocido y poco diagnosticado, por lo que su prevalencia en la literatura médica no es fiable.

En 1981 el "Comitte of Rheumatologic Practice" de la Sociedad Americana de Reumatología refiere que la fibromialgia constituye el 7% de las nuevas consultas en un estudio aleatorio realizado.

Aparece en ambos sexos, con predominio de 5 a 6 veces más en las mujeres (según Yunus el 86% son mujeres y el 14% son varones) y suele presentarse predominantemente entre la tercera y cuarta década de la vida (\*52\*). La fibromialgia se caracteriza por dolor de inicio lento que afecta fundamentalmente a la columna dorsal así como a otras zonas móviles situadas en las regiones de referencia de los segmentos cervicales y lumbares (cintura, zona superior del tórax, codos, rodillas y manos). Es de larga duración (mínimo tres meses), cursando con exacerbaciones y remisiones casi siempre parciales influenciados por factores como clima, stress físico o psíquico, sueño, grado de actividad, y mejorando con el calor y el masaje.

Estas manifestaciones pueden acompañarse de astenia, ansiedad, alteraciones del sueño, cefaleas, colon irritable, parestesias y calambres, tendinitis y bursitis, sensación de hinchazón o entumecimiento no objetivables.

Esta clínica tan florida se caracteriza por la falta de alteraciones físicas, exceptuando los llamados "puntos fibrosíticos".

B) Criterios Diagnósticos: La falta de datos patognomónicos para este síndrome nos obliga a adoptar unos criterios para su diagnóstico. Nosotros seguimos los establecidos por M. YUNUS, los que reseñamos a continuación:

#### 1.- Criterios Mayores:

- a) Dolor generalizado o rigidez intensa afectando a 3 o más localizaciones anatómicas con duración superior a tres meses.
- b) Ausencia de causas secundarias (traumatismos, alteraciones reumáticas infecciosas, endocrinas o malignas).
- c) Presencia como mínimo de 5 puntos fibrosíticos (P.F.).

#### 2.- Criterios Menores:

- a) Influencia de los síntomas en la actividad física.
- b) Con los cambios climáticos
- c) Aumento de los síntomas con la ansiedad o el stress.

d) Alteraciones del sueño.

e) Cefalea crónica.

f) Colon irritable.

g) Hinchazón subjetva.

1.- y 2.- +4 PF o más +2 criterios menores o bien 1.- y 2.- +2 PF o más +3 o más criterios menores. (\*53\*)

C) Puntos Fibrosíticos: Se trata de unos puntos topográficos localizados, dolorosos a la presión. En su mayoría corresponden a los puntos hiperálgicos fisiológicos, por lo que se trata de una diferencia cuantitativa en relación a la población control. (\*54\*)

### PUNTOS FIBROSITICOS

- 1.- Occipitales
- 2.- Cervicales Anteriores
- 3.- Cervicales Posteriores
- 4.- Punto Medio del Trapecio\*
- 5.- Supraescapulares\*
- 6.- Medio Escapulares
- 7.- Infraescapulares
- 8.- Paraescapulares Superiores
- 9.- Paraescapulares Medios
- 10.- Paraescapulares Inferiores



- 11.- Costocondrales
- 12.- Epocóndilos
- 13.- Lumbares y Sacros
- 14.- Glúteos\*
- 15.- Trocanter mayor
- 16.- Rodillas\*

(\*) Son los puntos fibrosíticos que según M. YUNUS mejor discriminan la Fibromialgia frente a los individuos control. (\*55\*)

Posición de los 14 sitios típicos del dolor profundo a la presión en la fibrositis (SMYTHE y MOLDOSFSKY). (\*56\*)

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial se plantea entre cuatro entidades que reseñaremos brevemente, haciendo especial hincapié en el referente a la fibromialgia con el reumatismo psicógeno.

El diagnóstico diferencial se nos plantea pues entre cuatro entidades bien diferenciadas: la polimialgia reumática, la dermatopolimiositis, el reumatismo psicógeno y la fibromialgia.

En el caso de la polimialgia reumática, esta suele aparecer en pacientes mayores de 60 años y siempre se acompaña de una VSG elevada. En el caso de la dermatopolimiositis, destaca la clínica de dolor muscular más que dolor y en última instancia, también nos dará la respuesta definitiva el laboratorio ya que existen alteraciones de las enzimas musculares (CPK y aldolasa).

En cuanto al reumatismo psicógeno, la ansiedad crónica y la depresión pueden cursar con polimialgia. La primera puede manifestarse con dolores erráticos y muy variables que responden a los ansiolíticos. En la segunda, existe el síndrome depresivo como clínica predominante y con buena respuesta a los antidepresivos a dosis terapéuticas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE FIBROMIALGIA Y  
REUMATISMO PSICOGENO (W. MULLER 1987)

<u>REUMATISMO PSICOGENO</u>	<u>FIBROMIALGIA</u>
<b>CLINICA</b> .....Quemazón,cuchilladas.....	Dolor, rigidez
<b>LUGAR</b> .....Cambiante y vago.....	Area definida
<b>VARIACION</b> .....Rara.....	Aumentada
<b>F. INFLUYENTES</b> .....Emocionales.....	Fásico/clima
<b>QUEJAS</b> .....Casi siempre.....	Menos comunes (*57*)

PATOGENIA:

Es una enfermedad de causa desconocida y patogenia controvertida. El dolor es el síntoma base de la enfermedad y su subjetividad y múltiples mecanismos de producción hacen difícil la interpretación del mismo. Se pensó inicialmente que podría tratarse de pacientes con disminución del umbral del dolor a nivel periférico, lo que

explicaría la presencia de los puntos fibrosíticos más sensibles que su entorno. Estudios posteriores demostraron que esto no es cierto, aunque existen a nivel central cambios cuantitativos del mismo. También se pensó, sin que esté claro que podría existir una sobreestimulación periférica a nivel de las cinturas cervico-escapular y lumbar con posterior espasmo muscular y mantenimiento de un ciclo reflejo dolor/contractura muscular. (\*58\*)

En la actualidad, y debido a que los pacientes con fibromiositis empeoran en la época con más frío y humedad, pensamos que podría tratarse de un fenómeno vasoconstrictor algógeno, lo que llevaría a su vez al ciclo reflejo dolor/contractura muscular.

Pero el problema principal parece ser un problema de integración de los estímulos dolorosos a nivel central (según H. VAEROY), las betaendorfinas estarían implicadas en la regulación de los estímulos nociceptivos aferentes a nivel del Sistema Nervioso Central. Apunta en esta dirección la existencia de alteraciones del sueño y ciertos estados de neurotoxicidad (por ejemplo, muchos enfermos presentan como antecedentes previos y/o desencadenantes de su patología un accidente de circulación o doméstico mínimo, sin lesiones residuales).

La mayoría de estos pacientes presentan alteraciones del sueño consistentes en sueño no reparador, por lo que en ocasiones se levantan peor que al acostarse, y en otras ocasiones el paciente tiene dificultades para conciliar el sueño, o bien se desvela. En estudios neurológicos del sueño H. MOLDOSFSKY, P. HARVEY y otros autores han encontrado la ausencia de la fase de sueño profundo o sueño delta o NREM (no movimientos rápidos de los ojos) por la interposición en el mismo de un

ritmo EEG alfa propio del sueño REM (movimientos oculares rápidos). Ello provocaría un sueño no reparador y los síntomas físicos subsiguientes y propios de la fibromialgia (astenia, adinamia, dolor, rigidez muscular). Todo ello sería desencadenado por distintas situaciones traumáticas o emocionales que implicarían la alteración de la fisiología normal del sueño, y a la larga la autoperpetuación de estos ciclos del sueño no reparador.

En cuanto a la personalidad del fibromiálgico, se trata de personas perfeccionistas y exigentes con ellas mismas y con los demás, afectivas en su trabajo, compulsivas, aprensivas y con un inteligencia superior a la mayoría. Existiría un stress entre el paciente y el entorno (fatigan al médico y se fatigan ellos mismos).

En un estudio realizado con enfermos de fibromialgia aplicando el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory o Test de Minnesota ), los resultados apuntaban a una mayor tasa de enfermos con patología mental. Existía mayor número de neuróticos entre los fibrosíticos (hipocondría, histeria) y un mayor número de psicóticos (paranoia, esquizofrenia). Sin embargo, no existía una incidencia aumentada de depresivos. Aunque en otros trabajos se hablaría de que los fibrosíticos presentan en su gran mayoría trastornos de tipo depresivo.

En nuestros pacientes no hemos encontrado datos objetivos para pensar en la depresión ni en la neurosis de conversión. No obstante, existen alteraciones de la personalidad semejantes a las descritas en la migraña, con la cual frecuentemente se asocia; de ahí que hay que pensar en una lateración biológica de los mecanismos de regulación del dolor a nivel central.

## TRATAMIENTO

El primer paso es la explicación de la enfermedad al paciente; explicar que estos brotes serán desencadenados por los factores antes mencionados (variaciones climáticas, ansiedad, etc.).

El segundo paso será aconsejar ejercicio físico moderado (este consejo tiene su base en los estudios realizados de privación experimental de sueño delta. Los sujetos deportistas no presentaban disminución de las fases 3 y 4 del sueño delta, mientras que los sujetos normales sí las presentaban). Los tratamientos con acupuntura, magnetoterapia, mesoterapia y otras formas de onda corta, los ultrasonidos o el laser, no han sido eficaces.

Se han ensayado diversas terapias con analgésicos y antiinflamatorios con escasa y variable respuesta, a los que se debe añadir un tratamiento de fondo encaminado a mejorar la calidad del sueño. Los antidepresivos constituyen el tratamiento más indicado ya que actuarían disminuyendo las ondas alfa que interfieren en el sueño delta o NREM, y por otra parte, inhibirían la recaptación de norepinefrina y serotonina, alcanzando niveles que estimularían las endorfinas.

Dosis que oscilan entre los 10 y 30 mg. de amitriptilina al acostarse son suficientes para mejorar el sueño en el 50% de los enfermos, aunque el dolor disminuye ligeramente o persiste. Las benzodiacepinas no son aconsejables ya que en primer lugar no se eliminan las intrusiones de ondas alfa en el sueño delta, y en segundo lugar porque en tratamientos prolongados producen pesadillas y depresión.

En cuanto a la ciclobenzaprina utilizada en los Estados Unidos, no está comercializada en España, y por ello no tenemos experiencia con este fármaco.

Debido a que se ha descrito en este proceso la existencia de una disminución del aporte sanguíneo muscular durante el ejercicio, y la presencia de fenómenos de vasoespasmo, estamos realizando un estudio terapéutico con flunarizina a dosis habituales aunque todavía no tenemos resultados definitivos, parece que existe una mejoría en cuanto a las cefaleas, al sueño y a la relajación, y en menor cuantía a los dolores.

Debemos esperar que el futuro aclare los mecanismos de producción de esta entidad para utilizar una terapéutica más adecuada. (\*60\*)

Existen otros autores que dentro de un estudio específico sobre una entidad hacen un inciso a nuestro parecer y según la bibliografía consultada, bastante escaso y en la mayoría de los casos de poca profundidad sobre Aspectos Psicosomáticos y cómo estos inciden en la patología tratada.

Así pues, BARRET y GOLDING en su obra "Tratamiento Práctico del Dolor Lumbar y de la Ciática" nos exponen: "es muy raro que el dolor de espalda sea totalmente psicosomático, pero también es excepcional encontrar una persona que sufra un dolor continuo durante varios meses y se sienta alegre y sin molestias". Ocurre a menudo que el médico ha de desempeñar una labor muy difícil al tener que distinguir entre dolor orgánico y funcional: es de vital importancia intentar valorar este factor en la primera visita del paciente. Es muy fácil etiquetar al paciente que se niega a recuperarse como "psicogénico" o reforzar la neurosis del paciente mediante exploraciones y tratamientos complejos continuos que incluso pueden culminar en una intervención quirúrgica desastrosa: un paciente ligeramente neurótico puede convertirse en un inválido de por vida después de una intervención imprudente.

Según estos autores hay cuatro factores psicosomáticos que pueden transformar una lesión espinal leve en una causa principal de continuidad de la enfermedad. Estos serían:

1.- Neurosis de Ansiedad: En esta a menudo el dolor de espalda se vé acompañado de un dolor generalizado por todo el cuerpo; algunas veces las parestesias se describen como distribuciones no anatómicas; estos pacientes responden bien al tratamiento con pequeñas dosis de ansiolíticos del tipo del diazepam.

2.- Depresión: Los pacientes deprimidos pueden mostrar similitudes con los anteriores, además se suelen quejar de excesivo cansancio. Generalmente estos pacientes se niegan a volver al trabajo y rechazan cualquier tipo de responsabilidad. En estos casos la administración de amitriptilina es eficaz.

3.- Ganancia Secundaria: La ganancia secundaria o "compensalismo" aparece frecuentemente en casos de litigación que van en aumento después de accidentes laborales o de tráfico. En este caso el tratamiento es insatisfactorio y el proceso del pleito ejerce una influencia poderosa sobre los pacientes, los que se aferran a su dolor hasta que lo han ganado. La misión del médico es conseguir una solución rápida una vez se estabiliza la mejoría de la enfermedad. Es curioso cómo muchos pierden el interés de recibir más tratamiento una vez que su caso está concluído.

4.- Simulación de Enfermedad: Los pacientes con esta enfermedad que acuden al médico son de todo tipo; su condición suele ser subconsciente y la simulación una forma de histeria. Los hombres

pueden refugiarse en su dolor de espalda crónico como excusa a su fracaso en la vida. Algunos optan por abandonar su trabajo si es aburrido prefiriendo dedicarse a sus aficiones (muy a menudo más estimulantes), contando con la Seguridad Social como fuente de ingresos. (\*61\*)

Para SIMON, en la significación de las Psicalgias deben de diferenciarse dos situaciones esenciales: al principio puede tratarse de la exteriorización exagerada de un dolor auténtico, fenómeno explicado por el perfil psicológico especial del individuo, frecuentemente ansioso y obsesivo.

En otros casos no hay ningún elemento orgánico por pequeño que sea, y las psicalgias representan la somatización en el aparato locomotor de un trastorno psiquiátrico. El interrogatorio cuidadoso permitirá encontrar una situación psicopatológica manifiesta en el individuo. (\*62\*)

Para URIBARRI (1982) en Reumatología Clínica, aproximadamente el 25% de los enfermos no representan una causa orgánica. Son enfermos con un condicionamiento psíquico de tipo emocional. Este mismo autor nos manifiesta que la sociedad actual exige un excesivo rendimiento al hombre, además vivimos en una sociedad competitiva y nos sentimos obligados a competir en todo. Y esto nos lleva a la patología dolorosa, por lo tanto el individuo que está sometido a la necesidad de un gran rendimiento cuando tiene una discapacidad, ésta cobra una singular importancia, y en algunos casos hasta se magnifica.

Por otro lado, en opinión del autor cuando un individuo ha fracasado en la vida porque no está sano, la tabla de salvación es su propio

padecimiento. Este refugio es en gran medida el que tenemos que tratar nosotros, y esta faceta es la patología dolorosa que el reumatólogo conoce perfectamente. (\*63\*)

STEIGER da su visión particular sobre el tema, y nos dice que el problema psicológico varía de acuerdo con la enfermedad reumática de que se trate. Por ejemplo en la artritis reumatoide no es lo mismo el dolor llamado "dolor funcional" en el sentido literal de la palabra en cuanto a lo vinculado con la "funcionalidad", aunque se sabe que la palabra funcional es utilizada con frecuencia con un significado más bien especial.

1º ARTRITIS REUMATOIDE: En el primer estadio de la enfermedad, el paciente se siente asustado y disminuído por el dolor y por la limitación de la función articular y demanda una cura total de su proceso. Su ansiedad se puede incrementar por el grupo social a que pertenezca y además por la información inexacta de estos grupos. El individuo no comprende porqué la enfermedad lo ha atacado a él y aún la persona más equilibrada se puede sentir asustada y en un estado de tensión nerviosa en tales circunstancias.

En este estadio es por tanto esencial un buen conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, evitando estados de yatrogenización. En esta fase el papel del médico es fundamental; el paciente debe ser informado de todos los aspectos de su enfermedad, su pronóstico, evolución y tratamiento, así como también debe informarse tanto la familia como el entorno o grupo social del paciente.

En este estadio es conveniente un estrecho contacto con el paciente para que este se sienta bien atendido y para asegurarse de que este cumple correctamente las pautas del tratamiento establecido.

En el segundo estadio, la mayoría de los pacientes aceptan su enfermedad; es sorprendente cómo el estado morbozo que ella conlleva es bien tolerado, y en algunos casos el paciente afecto de una artritis reumatoide realiza una vida activa normal.

En el tercer estadio, algunos pacientes con imposibilidad de llevar una vida razonablemente normal sufren una descompensación en su psique. Este hecho es más frecuente en enfermos de edades avanzadas en los que el deterioro físico e intelectual incrementado por los factores tales como la ansiedad, frustración, etc., hacen la enfermedad intolerable para el paciente, existiendo estados depresivos manifiestos.

2º REUMATISMO DEGENERATIVO: El problema a nivel psíquico de estos enfermos no difiere mucho de los cuadros de artritis reumatoide, aunque el curso de la enfermedad degenerativa es bastante más lento y por tanto la adaptación es mucho más fácil a medida que aumenta la edad del paciente.

Son frecuentes los pacientes de edades medias con algún tipo de enfermedad degenerativa articular, por ejemplo en los dedos; como estos pueden asustarse y tener dificultades en la vida social y laboral, es importante el explicarles el origen de su enfermedad y tranquilizarles.

3º DOLOR FUNCIONAL: En este tipo de dolor no se encuentran lesiones orgánicas de importancia y las molestias pueden deberse simplemente

a una sobrecarga del aparato locomotor o a un mal uso o bien a la tensión mental que pueden agravar las molestias del paciente con enfermedad articular.

Existen zonas o localizaciones específicas ya clásicas para este tipo de dolor. Estas son:

- Cabeza, Cuello y Tórax
- Codos
- Muñecas
- Zona Lumbar, Coxis y Caderas
- Rodillas
- Piés

Algunos dolores funcionales primarios pueden dar lugar directamente a lesiones orgánicas; así la sobreutilización de los músculos extensores de la mano y dedos puede dar lugar al "codo de tenista" crónico y la compresión del nervio radial y la tensión crónica de la muñeca pueden desarrollar un Síndrome del Tunel Carpiano. (\*64\*)

Los pacientes con enfermedades físicas presentan un problema psicológico especial puesto que su estado debe ser considerado no sólo desde el punto de vista psicosomático, sino también desde el punto de vista somato-psíquico. En otras palabras, no sólo los conflictos mentales y las alteraciones de tipo depresivo u otras alteraciones psiquiátricas relevantes pueden provocar síntomas físicos severos o graves, aunque al contrario la enfermedad física crónica grave acompañada de dolor puede inducir alteraciones mentales.

Asimismo, el aspecto psicossomático puede ser investigado a distintos niveles:

1.- Desde el punto de vista psico-radiológico; por ejemplo en casos de depresiones enmascaradas que se manifiestan con síntomas tales como dolores de cabeza y espalda.

2.- Aspecto psico-dinámico: donde el psicoanálisis puede revelar que el paciente tiene ciertos problemas complejos que dan lugar a síntomas de conversión.

3.- Desde el punto de vista conductual: especialmente con respecto al tratamiento de la ansiedad y del stress.

4.- Desde el punto de vista filosófico: donde la inadaptación del sujeto a la vida puede afectar al cuerpo a través de su psiquismo causando síntomas físicos. (\*65\*)

Los pacientes con artritis reumatoide pueden experimentar una reacción de tipo depresivo la cual podría dificultar su rehabilitación posterior.

En 1969, un artículo en el British Medical Journal sostenía que la depresión era una característica principal de la artritis reumatoide y aunque este trabajo no experimentaba evidencias estadísticas en su contexto. (\*66\*)

ROBINSON et al. (1971) contrastaron grupos de pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades crónicas no dolorosas y encontraron

un aumento de depresiones y reacciones de ansiedad en el grupo que padecía artritis reumatoide. (\*67\*)

En un estudio adicional en 1972, en el cual se incluían otras enfermedades dolorosas crónicas, se dedujo que estos pacientes tendían a sufrir reacciones psicológicas similares a aquellas que experimentaban los pacientes con artritis reumatoide basadas en un conflicto en la "expresión de hostilidad". Esto significa que el paciente con artritis reumatoide tiene sentimientos de cólera y resentimiento, aunque tiene dificultades para expresarlos quizás debido a su naturaleza consciente. (\*68\*)

En el estudio realizado en Inglaterra por BARRY y ZAPHIROPOULOS, los autores concluyeron con los siguientes resultados:

- 1.- Existe un significativo exceso de alteraciones anímicas y de reacciones depresivas entre los pacientes con artritis reumatoide en relación con los individuos controles.
- 2.- No pudo demostrarse una correlación entre el ánimo de estos pacientes con la duración de la enfermedad, grado de incapacidad, actividad de la enfermedad o corticoterapia.
- 3.- La hospitalización junto con la administración o no de fármacos psicotropos tenían para el paciente un efecto beneficioso sobre el desarrollo y evolución de la enfermedad.
- 4.- Existe una buena correlación entre los índices de BECK y la expresión clínica del estado psicológico de estos pacientes.

5.- Siempre que un paciente con artritis reumatoide desarrolla una reacción depresiva, esto va a tener relación con los condicionamientos psicológicos del individuo. (\*69\*)

En general, se cree que las características psico-sociales más frecuentes en la artritis reumatoide son la hostilidad reprimida, sentimientos de culpabilidad, carácter rígido y poca afectividad. En el varón estas características no son tan significativas como en el sexo femenino. (\*70\*)

Según COBB et al., la incidencia de "reumatismo" es mayor entre divorciados que entre matrimonios que permanecen unidos. Este dato no ha sido plenamente confirmado. (\*71\*)

Aplicando el test de personalidad Minnesota Multiphasic Personality (MMPI) en enfermos con artritis reumatoide se obtienen índices característicos de hipocondría y depresión e histeria, que son también comunes en otras enfermedades crónicas. La depresión es un síndrome habitual en la artritis reumatoide. (\*72\*)

RIMON ha cifrado la incidencia de depresión en enfermos portadores de un cuadro de artritis reumatoide en un 29% de los casos. (\*73\*)

MOOS y SOLOMON hallaron alteraciones psíquicas más acusadas en aquellos enfermos cuya artritis reumatoide evolucionaba más rápidamente. (\*74\*)

En la artritis reumatoide se dan alteraciones caracteriológicas y psíquicas con gran frecuencia aunque éstas no son específicas de la

enfermedad en sí. Se han encontrado por ejemplo, características similares en un estudio realizado con un grupo de enfermos que padecían espondilitis anquilosante. (\*75\*)

No existe ninguna prueba decisiva que demuestre que estos rasgos psíquicos influyen en el determinismo de la enfermedad; es más probable que sean secundarios a las limitaciones funcionales y de realización personal que conlleva la artritis reumatoide. No obstante, los enfermos refieren un disgusto, una desgracia familiar o cualquier choque emotivo como causa de su artritis por haberla precedido *inmediatamente después*. También es cierto que *que algunas* agudizaciones coinciden con alteraciones emocionales; sin embargo, estos hechos no autorizan a invocar un factor psíquico como causa de la artritis.

Esta enfermedad en ocasiones se inicia tras un sobreesfuerzo, un traumatismo físico, una infección, etc. Existen pues, una serie de factores, entre ellos los de naturaleza psíquica, que ejercen alguna influencia en el desencadenamiento o en las agudizaciones de la enfermedad, pero de ninguna manera estos pueden ser consideradas como determinantes. (\*76\*)

Este mismo autor comenta que la valoración global del enfermo reumático debe incluir el reconocimiento de sus reacciones emocionales ante la enfermedad crónica. Estas reacciones pueden ser normales o exageradas; el solo hecho de un diagnóstico de artritis, artrosis, espondilitis, etc., puede alterar el equilibrio emocional del paciente puesto que el bienestar y la salud forman parte del sentimiento de autoestimación.

Las deformidades de las manos en la artritis reumatoide, la caída del cabello en el lupus eritematoso, o el redondeamiento de la cara por la corticoterapia constituyen un atentado a la imagen. El dolor, la fatiga y la incapacidad obligan a cambiar los patrones de actuación e interfieren en la vida social y laboral.

La sexualidad es otro de los aspectos que no se puede negligir, tanto si se considera en su parcela genital como en un sentido más global que comprende las relaciones interpersonales, afirmación de la masculinidad o feminidad y el comportamiento que se deriva de ello. La sexualidad puede afectarse como consecuencia de las enfermedades reumáticas crónicas.

Las relaciones sexuales pueden estar distorsionadas o abolidas por condicionantes físicos tales como el dolor, debilidad, fatiga, limitación de los movimientos o dolor en ciertas posiciones. Algunos de estos factores pueden ser tratados según un orden de prioridades en el que se tienen que incluir. Es posible alcanzar una mejoría satisfactoria de la relación física con consejos sobre las posiciones, regulación del esfuerzo o medicación antiálgica.

El interés o el deseo sexual pueden estar ausentes como consecuencia de la depresión. Otras veces existe una verdadera impotencia, quizás de origen psíquico, y muchos de estos cuadros pueden solucionarse con apoyo e información adecuados.

El temor a un embarazo puede dar lugar al rechazo de las relaciones sexuales considerándolo una circunstancia negativa en el desarrollo de la enfermedad y exigencia de aumento de la actividad en el post-parto.

Es necesario fomentar el sentimiento de autoestima; el aislamiento que en ocasiones provoca la incapacidad o la dependencia pueden motivar falta de oportunidades de relación. (\*77\*)

La ausencia de antecedentes claros y de un modelo con el cual identificar la enfermedad reumática en la infancia es una de las causas más importantes al cuantificar y analizar los factores psicológicos que acompañan a esta enfermedad.

La sensibilidad psicológica innata puede hacer al individuo más susceptible de enfermar. La incertidumbre del pronóstico en la artritis reumatoide aumenta en gran medida los factores de ansiedad que a veces presentan estos pacientes.

Una de las características principales de la personalidad del paciente reumático, es que tiene un comportamiento forzado y a la vez reprimido, actuando exteriormente de la manera que los demás esperarían de él, pero en su subconsciente alberga sentimientos de inestabilidad, inseguridad y agresividad encontrando el paciente dificultades para adaptarse a los cambios sociales. (\*78\*)

REKOLA en el año 1973 realizó un estudio, titulado "Artritis Reumatoide en la Familia", con el fin de conocer la relación existente entre el paciente con artritis reumatoide, su familia y el círculo social en que este enfermo vive.

Para este estudio se tomaron 30 familias con algún miembro con artritis reumatoide y se compararon con un grupo de 30 familias en las que existía algún miembro con esquizofrenia.

En cualquier enfermedad crónica de larga evolución generalmente aparece un cuadro en cierta manera típico de la enfermedad desarrollada con antecedentes de desarrollo personal, social y emocional. Los estudios de las familias de los pacientes con artritis reumatoide revelaron que con frecuencia los padres provienen de familias estrictas. La educación de los niños, especialmente el futuro paciente, era estricta y rigurosa y a veces represiva dando lugar a una obediencia pasiva y sentimientos reprimidos de resentimiento y agresividad.

Las características típicas de la artritis reumatoide eran más predominantes y aparentes en familias donde existían varios pacientes reumatoides. (\*79\*)

Para EILA NURMINEN, según un estudio realizado comparando las relaciones familiares de los pacientes artríticos con aquellos que tenían entre sus miembros algún paciente asmático, y en base a estudios previos y a la teoría psicosomática de ALEXANDER sobre las reacciones del sistema nervioso simpático parasimpático se postuló que:

- Los artríticos probablemente tuvieron en su infancia una disciplina más estricta que los asmáticos.
- Los asmáticos probablemente fueron más dependientes de sus padres que los enfermos artríticos.

Quizás el hallazgo más interesante en este estudio es que la dependencia se manifiesta en los artríticos por una tímida dependencia de la figura autoritaria y en los asmáticos por una dependencia más infantil y afectuosa de la figura paterna. (\*81\*)

La osteoartritis es un fenómeno progresivo y tal que nunca se consigue una mejoría anatómica ya que es un proceso evolutivo. La exacerbación del dolor a menudo puede atribuirse a una sinovitis, aunque generalmente un aumento de los síntomas pueden estar correlacionados con frecuencia con problemas domésticos o psicológicos sugerentes ambos de un descenso del umbral del dolor por estos factores, o alternativamente una disminución del grado de tolerancia al dolor. (\*82\*)

Los problemas psicosomáticos y psicológicos deben ser tenidos en cuenta en la instauración del tratamiento del reumatismo inflamatorio.

En el reumatismo "no inflamatorio" doloroso con o sin cambios estructurales o funcionales son muy frecuentes los estados de alteración psicosomática en los pacientes, tanto en la práctica de la medicina general como en la consulta especializada.

La correlación psico-dinámica de los estados psicosomáticos dolorosos (también llamado "reumatismo psicosomático de tejidos blandos") es la conversión. Los conflictos psíquicos se expresan como dolores somáticos; no cabe duda de que el patrón del tono muscular y los procesos mentales forman una unidad funcional común.

La importancia en términos psicológicos del dolor cervical psicosomático se manifiesta por una actitud de sometimiento y sentimiento de inferioridad en su mundo de relación. La dorsalgia psicosomática se manifiesta por un sentimiento de aflicción,

desesperación, desaliento o por una postura compensatoria de un carácter inflexible. La lumbalgia psicósomática se manifiesta por tensión mental y contradicción en presencia a veces de una sexualidad alterada. (\*83\*)

BOUCHARLAT y cols. en el año 1983 publicaron un trabajo sobre los factores psicológicos de los pacientes reumáticos crónicos basados en el test de ROSHARCH, y en este el objetivo de estudio fue el intentar una posibilidad de encontrar una población de reumáticos crónicos algunas características psicológicas específicas o constantes en este tipo de reumatismo. Mediante el test de ROSHARCH se estudiaron 19 pacientes y se encontró que el 84% de estos presentaban una inhibición psico-patológica y el 68% presentaban ansiedad patológica. (\*84\*)

Para McCARTHY, en los síndromes músculo-esqueléticos psicógenos se puede observar cuatro tipos de relaciones no mutuamente excluyentes, entre el estado mental y los síntomas músculo-esqueléticos; estas son: a) Producción psicósomática de síntomas o enfermedad, b) Exageración o negación; empleo subconsciente de la enfermedad existente para obtener un beneficio secundario c) Reacciones de conversión, dolor psicógeno regional e histeria y d) Simulación.

Es relativamente fácil reconocer la enfermedad orgánica en individuos que reaccionan normalmente y advertir que un paciente es extraño, pero puede ser difícil evaluar la enfermedad orgánica en un paciente perturbado. Por consiguiente, se presentan problemas fundamentales de diagnóstico en los cuatro tipos mencionados. (\*85\*)

Para McCARTHY la artritis reumatoide tiene factores psicológicos específicos y apoyándose en estudios de otros autores (ya descritos anteriormente) nos dá su versión particular sobre el tema. Así, nos dice que en estos pacientes se encontraron reacciones de cólera oculta controlada por el paciente a causa de su inseguridad en las relaciones personales y expresada por su comportamiento y en ocasiones por depresión. Asimismo, se han identificado diferencias fisiológicas, incluyendo una menor presión sanguínea pero un pulso más acelerado, mayor sudoración y extremidades más frías con exageración de dichas diferencias cuando los sujetos estaban en tensión a causa de la dura crítica. (\*86\*)

MOLDOSFSKY identificó un subgrupo de "reacciones paradójicas" en pacientes con artritis reumatoide cuyo estado de ánimo empeoraba a medida que disminuía la inflamación. Estos pacientes llegaban animados, valientes y dóciles pero presentaban depresión a medida que progresaba la terapia. (\*87\*)

A continuación hemos creído necesario mencionar brevemente algunos de los trabajos que desde 1983 hemos venido realizando, y que como mencionamos en la introducción preliminar, han sido los pequeños peldaños que hemos subido poco a poco en la realización de esta Tesis Doctoral. Así, en el año 1985 presentamos la Tesis de Licenciatura titulada "ASPECTOS CLINICOS-PSICOSOMATICOS DEL SINDROME CERVICAL POSTERIOR", del que extraemos un pequeño resumen de las conclusiones:

Sobre un material de 90 enfermos afectados de una patología reumática cervical, diagnosticados y tratados en un periodo superior a tres años,

del análisis de las relaciones de la sintomatología incapacitante subjetiva con diversos parámetros clínico-radiológicos, socio-demográficos, psíquicos y socio-biográficos, podemos después de nuestro estudio concluir que:

1º La clínica subjetiva dolorosa o socio-laboralmente incapacitante no se correlaciona con los datos clínicos y radiológicos habitualmente utilizados, siendo factores independientes e manera que estos datos objetivos no definen ni evalúan la magnitud de la sintomatología subjetiva.

2º La sintomatología subjetiva por el contrario, se correlaciona significativamente con las notas globales psicopatológicamente cuantificadas en depresión, pesimismo, proyecto y ansiedad.

3º Esos factores psíquicos no se correlacionaban ni con la edad del paciente ni con el tiempo de evolución de la enfermedad, es decir son independientes del hecho de la situación de enfermedad crónica.

4º Es el factor depresión-pesimismo el que posee una más alta correlación con la clínica subjetiva invalidante del síndrome cervical, y una baja correlación en la clínica objetiva radiológica constituyéndose en factor etiológico independiente base de la sintomatología global de estos enfermos.

5º Existe una relación significativa entre la presencia de sucesos vitales estresantes globalmente considerados y en la clínica subjetiva, así como con los factores de depresión, proyecto y ansiedad.

6º No todos los sucesos vitales potencialmente estresantes aparecen significativamente relacionados con la clínica en nuestro estudio. Son los sucesos que implican pérdida o salida del campo social, y los socialmente "no deseables", los que están estadísticamente más relacionados.

7º Tanto la clínica subjetiva incapacitante como el factor depresión se relacionan significativamente con el sexo femenino y la clase social medio-baja las que presentan a su vez una mayor clínica incapacitante y depresiva. (\*88\*)

En otro estudio que realizamos en 1987 y que titulamos "DEMANDA DE ASISTENCIA REUMATOLOGICA Y COMPONENTE PSIQUIATRICO SOBREAÑADIDO" extraemos el siguiente resumen:

Sobre un material de 120 enfermos demandantes de asistencia reumatológica en las consultas externas del H.U.S. y Zona de Asistencia Primaria (Ambulatorio San Pablo, Sevilla) se detecta mediante la clínica y unos análisis de psicopatología cuantitativa (Escala de HAMILTON y Cuestionario de P. PICHOT) un 43,2% con un cuadro de tipo depresivo y un 33,6% con un cuadro ansioso. Estos porcentajes superan significativamente a un grupo control de 100 enfermos afectados de otras patologías crónicas no reumáticas. (\*89\*)

En esta misma reunión presentamos la comunicación "REUMATISMO DEGENERATIVO: INCIDENCIA Y TIPOS DE DEPRESION CONCOMITANTE". En este se detectó mediante una batería de escalas y cuestionarios de ansiedad y depresión un porcentaje de cuadros depresivos en un



material de 120 enfermos afectos de un reumatismo degenerativo. Se realizó una clasificación del tipo de depresión siguiendo la clasificación internacional (I.C.D.-9) y un proyecto actual (I.C.D.-10, 1987).

En el grupo reumatológico es más frecuente la cronificación de los cuadros de depresión mayor y menor, mientras que en el grupo control son más frecuentes las reacciones depresivas breves.

Estas diferencias tienden a señalar criterios pronósticos y de tratamiento diversos que deben considerarse al instaurar el tratamiento en el reumatismo degenerativo cronificado. (\*90\*)

En este mismo año presentamos un trabajo sobre la misma temática fruto de nuestra experiencia en la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de Sevilla; este estudio lo denominamos "ESTUDIO PSICO-SOCIAL Y ASISTENCIAL DE ENFERMOS CON PATOLOGIA REUMATICA DEGENERATIVA SOLICITANTES DE INVALIDEZ EN SUS DIFERENTES GRADOS".

Este estudio se realizó evaluando 100 enfermos solicitantes de invalidez en esta unidad, sometidos a escalas de cuantificación de la sintomatología psíquica.

- Edad media: 52,6 ; desviación standard 8,68 (rasgada a la izquierda)
- Sexo: 15% varones y 68% mujeres
- Estado civil: 15% solteros, 80% casados y 5% viudos o separados

- Clase social: 73% baja, 16% medio-baja y 11% media
- Componente psico-somático: 51% lo presentaban y 41% no lo presentaban
- Poblaciones: Sevilla 28%, Dos Hermanas 15%, Alcalá de Guadaíra 10%, Utrera 8%, Villanueva del Río y Minas 3%, Rinconada 3%, Arahál 3%, Los Palacios 3% y Otros 27%
- Profesión: Empleadas de Hogar 33 %, Aceituneras 20 %, Agrícola 16%, Construcción 6%, Textil 3%, Mecánicos 2% y Otros 20%
- Situación Laboral: Invalidez Provisional 53%, Invalidez a Petición Propia 12%, I.L.T. 5% y Otros 30%
- Reumatología: 12% Asistidos y 88% No Asistidos
- Traumatología de Zona: 73% Asistidos y 27% No Asistidos
- Nivel de Urgencia: Hospitalarias 43%, Zona 23%, No Asistidos por Ninguno de los Especialistas 34% (\*91\*)

En la X Reunión de la Sociedad Andaluza de Reumatología celebrada en Jaén presentamos la siguiente comunicación de la cual extraemos el siguiente resumen:

En un estudio retrospectivo realizado en enfermos con demanda de invalidez en esta Unidad de Valoración Médica valorando el factor como elemento fundamental potenciador de la sintomatología subjetiva incapacitante expresada por estos enfermos. Esta cronicidad estaría

condicionada en gran parte por una falta de asistencia especializada, tanto en el inicio como durante el curso del proceso, y por unas circunstancias socio-económicas adversas que llevan al paciente a convertir el proceso somático mediante condicionamientos psíquicos en un nuevo medio de vida. (\*90\*)

Como punto final a esta exposición de trabajos que hemos presentado los cuales definen claramente nuestra trayectoria personal y profesional en este nuevo campo de la investigación que iniciamos hace años queremos concluir con una breve exposición de un trabajo al cual le tenemos un especial cariño ya que nos sirvió para obtener el Premio Nacional de la Liga Reumatológica del año 1989. Este premio nos sirvió en gran medida como reconocimiento a nuestra labor, y por otra parte nos alentó a seguir investigando en un tema que según nuestro punto de vista personal nos parece inmensamente atrayente. Como la exposición del trabajo sería excesivamente extensa, sólo mencionaremos aquí las conclusiones:

ARTRITIS REUMATOIDE: Son los cuadros de tipo depresivo los que comunmente se asocian a esta enfermedad crónica, y en los que la intensidad de estos cuadros depresivos va a influir la aceptación de la enfermedad por el propio paciente, su evolución e incapacidad subjetiva.

Estos cuadros son más frecuentes en pacientes de clase social baja, nivel cultural bajo y con trabajo manual por cuenta ajena no satisfactorio para el propio trabajador, lo que nos hace pensar que la situación socio-laboral conflictiva por sí misma y en ocasiones con independencia del cuadro orgánico es la responsable de la incapacidad de estos pacientes con artritis.

En cuanto a la situación laboral de estos pacientes, al pasar valoración médica (Unidad de Valoración Médica de Incapacidades) comprobamos cómo la mayor parte de estos pacientes se encontraban en situación de Invalidez Provisional, es decir que habían agotado el tiempo de I.L.T. y gran parte de ellos se encontraban al término de la Invalidez Provisional. Estos hechos nos hacen pensar que si sumamos los dos periodos de tiempo nos encontramos que por esta causa la mayoría de estos enfermos se encontraban alejados del medio laboral de 7 a 8 años aproximadamente en el momento en que pasaban la evaluación o valoración para la consecución de un estado de Invalidez Permanente.

Nos encontramos también que en los casos donde no existía incapacidad o esta era ínfima, los pacientes tenían un tipo de trabajo habitual de satisfactorio de nivel medio y amas de casa con sintomatología de tipo psíquico escasa o inexistente.

En algunos de estos casos las deformidades articulares que apreciábamos en las manos de los sujetos eran superiores a otros que nos indicaban en la entrevista un mayor grado de incapacidad, de lo que deducimos una vez más que el poder de aceptación o adaptación a la profesión o actividad cotidiana depende en gran parte de los factores de tipo psico-sociales.

En cuanto a la demanda de asistencia en Servicios de Urgencia vemos cómo los cuadros que presentaban mayor incapacidad subjetiva y tenían un componente psico-somático más intenso se correspondían con una mayor demanda de asistencia en servicios de urgencia de tipo hospitalario y de zona, aunque esta demanda era menor que en la cardiopatía isquémica como veremos a continuación.

Por todo esto podemos concluir que la incapacidad subjetiva de los pacientes con artritis reumatoide, la aceptación de la enfermedad y la demanda de servicios sanitarios estaban más relacionados con factores psico-sociales, socio-culturales y psico-somáticos que en el propio cuadro de enfermedad crónica articular.

A continuación expondremos las conclusiones finales del grupo de enfermos con cardiopatía isquémica que tomamos como patología invalidante y como control para contraponer los resultados con los de los enfermos que padecían artritis reumatoide, además de establecer sus diferencias:

CARDIOPATIA ISQUEMICA: Existe un componente de tipo psico-somático unido al proceso patológico cardiaco, aunque este es de menor intensidad que en la artritis según hemos detectado por la batería de tests a que han sido sometidos estos pacientes.

Los cuadros que más comunmente se asocian a la cardiopatía son los cuadros de tipo ansioso al contrario que en la artritis reumatoide donde los cuadros de tipo depresivo son más frecuentes.

En cuanto a la adaptación al trabajo del paciente cardiópata esta es mucho menor que en los pacientes artríticos; creemos que puede deberse a la mayor edad de los pacientes cardiópatas. Por otra parte, quiero reseñar que el concepto de gravedad de la enfermedad en estos pacientes es mayor que en la artritis, y en todos ellos pudimos comprobar que el apoyo social de estos enfermos era elevado.

En cuanto a la situación laboral en que nos encontrábamos a estos pacientes en la Unidad de Valoración, hemos de destacar que todos ellos nos venían remitidos en I.L.T. por propuesta de Inspección, es decir llevaban poco tiempo alejados del medio laboral, no encontrándose en esta muestra de 50 cardiópatas ningún caso de invalidez provisional, tal como era la situación laboral más frecuente en la artritis reumatoide.

En lo referente a la demanda de servicios asistenciales sanitarios vemos cómo la demanda de urgencias es predominantemente de tipo hospitalario y su asistencia no guarda relación con la clase social ni con la situación laboral, y que los factores de tipo psicosomáticos influyen en menor medida que en la artritis. No obstante, hemos comprobado que aumentos en la sintomatología ansiosa de estos pacientes son desencadenantes de una mayor asistencia a urgencias hospitalarias debido en gran parte a la potenciación de la sintomatología. (\*93\*)

## FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD: FACTORES CULTURALES Y ANTROPOLOGICOS

La salud y la enfermedad no son en absoluto ajenas a factores psico-sociales como expectativas, intereses, actitudes y valores sociales y a factores de estructura social como clase social, desempleo, actitud hacia la vida, etc. (\*94\*)

DENTON en 1978 expone las siguientes expectativas de rol o roles de enfermar:

1.- Lo que se espera de una persona enferma es que reduzca su rendimiento en otros roles ya que la sociedad lo legitima para ello. Así, se espera que la persona enferma deje de trabajar mientras dure la enfermedad; ahora bien, cabe la posibilidad de que esta persona abuse de su rol para obtener beneficios. Una consecuencia de adoptar este rol es que la persona se convierte en un ser más dependiente de los demás.

2.- Otra expectativa que la sociedad tiene sobre la persona enferma es que esta trate de salir de la enfermedad lo antes posible, o que reduzca al mínimo su incapacidad a través de diferentes mecanismos como la mejoría o la curación, o bien disminuyendo el deterioro como en el caso de las enfermedades crónicas.

3.- Se espera de las personas enfermas que sigan el consejo de los "otros significativos" ya sea el médico siguiendo el tratamiento prescrito o bien cualquier otra persona del núcleo social del enfermo. (\*95\*)

MECHANIC señala que es un hecho evidente que las diferentes pautas de respuesta a la enfermedad están determinadas culturalmente, y estas pautas junto con los condicionamientos sociales desempeñan un papel importante, aunque no exclusivo, en las pautas de enfermar. La pertenencia étnica, la composición familiar, las presiones del grupo y el aprendizaje de los roles sexuales influyen en las actitudes hacia los riesgos y la significación de las amenazas comunes, y también en la receptividad hacia los servicios médicos. (\*96\*)

Puede considerarse la conducta de enfermar como una respuesta cultural y socialmente aprendida, o bien como una parte de un proceso más amplio de "coping", o de las estrategias que el individuo utiliza para enfrentarse al hecho de la enfermedad. (\*97\*)

ZOLA en 1964 define cinco factores "precipitantes secuenciales" en la conducta de enfermar:

- 1.- Crisis Interpersonal
- 2.- Interferencia Social: los síntomas amenazan la actitud social normal del individuo.
- 3.- Sanción Social: los demás indican al paciente que busque ayuda para salir de la situación.
- 4.- Amenaza Percibida.
- 5.- Naturaleza y Claridad de los síntomas presentes con otros anteriores, o con los de otras personas, comparándolos. (\*98\*)

A partir de MEYER, los acontecimientos, sucesos y experiencias vividas e integradas en una biografía dinámica adquieren una importancia real dentro de una concepción de la psiquiatría tendente a englobar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales en los diferentes modos del enfermar psíquico. Es por tanto, en los Estados Unidos y alrededor de los años 30 que se formula la hipótesis de una ligazón directa entre diversas clases de acontecimientos precisos y estresantes originados en el ambiente próximo, y la enfermedad mental como reacción global (bio-psico-social) ante estos estímulos. (\*99\*)

Las primeras investigaciones sistemáticas sobre el papel patógeno de ciertos sucesos y acontecimientos ambientales precisos aparecen en los Estados Unidos al comienzo de los años 50 y coincidiendo con el auge de la corriente psicosomática en Medicina. Estas primeras investigaciones se realizan sobre enfermedades somáticas en un intento de concretizar el papel del "stress ambiental" en su génesis y evolución.

WOLFF reconsidera las concepciones de ADOLPH MEYER integrando los elementos directamente freudianos y sobre todo las teorías psico-fisiológicas de PAVLOV matizadas bajo la óptica de CANNON y SKINNER. La hipótesis que subyace en sus estudios es aquella que otorga un papel etiológico al stress de determinados acontecimientos y experiencias ambientales cuando este acontece en un terreno predispuesto. Así, un suceso que tenga un impacto sobre el sujeto originará una reacción fisiológica de protección: si esta reacción es exagerada y de suficiente intensidad en el tiempo, ocasionará alteraciones permanentes y daño de relativa independencia posterior con el acontecimiento desencadenante. (\*100\*)

En estudios sobre la población general, WOLFF en colaboración con HINKLE, muestra unos efectos sobre la salud que ejercen aquellos acontecimientos y experiencias que implican cambios culturales y sociales especialmente significativos para el sujeto. Estos cambios socio-culturales vivenciados de una manera estresante no tendrían repercusión más que sobre aquellos individuos predispuestos a padecer una enfermedad específica, es decir, las características psicológicas y fisiológicas del sujeto deben reunir unas propiedades determinadas para que al incidir sobre ellas el impacto de un acontecimiento preciso se origine la enfermedad.

Estos hallazgos fueron acogidos con gran interés por los estudiosos de la patología psicosomática, donde a pesar de la escasa estandarización de los métodos empleados, y la heterogenicidad de la población estudiada se lograron mostrar fuertes correlaciones entre experiencias vivenciadas con el stress y la aparición de una enfermedad. Así, el desarrollo histórico posterior de las investigaciones queda en gran parte ligado a las concepciones psicosomáticas y es en este ambiente donde de manera progresiva se perfilarán los matices metodológicos que marcarán las investigaciones hasta nuestros días. (\*101\*)

### EXPERIENCIAS ESTRESANTES Y PSICOPATOLOGIA

Los primeros estudios epidemiológicos de MYERS y cols. mostraron una correlación positiva alta entre el estado mental y el número de acontecimientos y experiencias sufridas en el año precedente al estudio, de manera que a mayor número de hechos o sucesos

experimentados por el sujeto, correspondía una sintomatología psiquiátrica más florida. (\*102\*)

Investigaciones posteriores han confirmado la relación entre experiencias socio-biográficas y sintomatología psiquiátrica en la población general. Esta relación queda definida por:

a) El número significativamente mayor de experiencias sociales en aquellos sujetos en los que se detecta una sintomatología psiquiátrica.

b) La relación positiva entre el número de acontecimientos vividos y la cuantificación de la sintomatología.

c) La inespecificidad en el tipo de experiencias vividas como desencadenante de una sintomatología psiquiátrica determinada.

d) La interacción con otras variables sociales (trabajo, clase social, etc.).

e) Una tendencia a relacionar la vulnerabilidad a ciertas experiencias y un determinado tipo de personalidad (personalidad obsesiva y experiencias que impliquen cambios). (\*103-104\*)

En estudios sobre enfermos ingresados en Unidades Psiquiátricas, enfermos hospitalizados en servicios de Medicina Interna y Cirugía y sujetos sanos, se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de sucesos y experiencias sociales entre las que podía establecerse un continuum (progresión sano-hospitalizado en Medicina Interna y Cirugía-hospitalizado en Psiquiatría). Los hospitalizados en Medicina

General y en salas de Cirugía constituyen en este sentido, un grupo heterogéneo donde se intrincan factores etiológicos (psicomatosis), sintomatológicos (síntomas somáticos como máscara de la enfermedad psíquica), nosológicos (psicosis orgánicas) o bien enfermedades mentales ingresados eventualmente en salas de Medicina General. En cualquier caso, deberían constituirse en grupo testigo más que en forma prudente. (\*105\*)

La presencia-ausencia de sucesos, experiencias o situaciones estresantes en relación con los diferentes cuadros clínicos, tiene una larga historia en Psiquiatría. La situación actual es compleja. Para situar mejor la cuestión veremos: a) la incidencia de este factor en tres clasificaciones de enfermedades mentales (la francesa, la norteamericana y la internacional de la Organización Mundial de la Salud), y b) los trabajos referidos a los distintos grupos nosológicos, especialmente esquizofrénicos, depresiones y también a las tentativas de suicidio. (\*106\*)

Para PAYKEL y MYERS en las depresiones el número de sucesos y experiencias estresantes es tres veces superior en los seis meses que anteceden al primer cuadro depresivo que en el grupo control; asimismo, es tres veces superior en aquellos depresivos que sufren una recaída respecto de los que no la hacen, siendo los tres meses que la anteceden donde se localizan la mayor parte de las situaciones de stress. (\*107\*)

Este trabajo discute los datos a partir de la información que se dispone de la teoría de MYERS sobre el rol de los sucesos estresantes en la clínica psiquiátrica. La inclusión en la D.M.S. III de un eje diagnóstico para los stress psico-sociales testimonia el interés del tema y la relación bien

establecida entre sucesos vitales y enfermedad mental. Esta relación es cualitativamente distinta en depresión, esquizofrenia y tentativas de suicidio. En la depresión las pérdidas, salidas y sucesos indeseables tienen un rol desencadenante general aunque sin carácter nosológico discriminante.

En la esquizofrenia, los stress son significativamente menores y con una relación temporal distinta, pero es posible establecer grupos de alto riesgo en relación a la sintomatología con capacidad predictiva de recaídas. En las tentativas de suicidio, los stress tienen una incidencia excepcionalmente elevada y son diferentes en su modo de acción a los de depresión y esquizofrenia.

Las tipologías establecidas muestran un alto interés discriminativo de los stress respecto de la prevención y orientación terapéutica, así como de los intentos consumados de las tentativas de autolisis. (\*108\*)

En un estudio realizado por GINER y GUERRERO en el año 1988 sobre la influencia de los sucesos vitales, apoyo social y vulnerabilidad psico-social en los diversos subtipos de depresión sobre un material de 187 casos de depresión unipolar se estudió el papel de los sucesos estresantes, el soporte social y la vulnerabilidad en relación a los subtipos RDC y DMS III-R de trastornos afectivos. Se concluye que en el escaso papel diferenciador global, a excepción de los subtipos de Depresión Menor, Distimia y Depresión Agitada. Se insiste sobre el carácter cronicador de la sintomatología, especialmente para la carencia de apoyo social y, especialmente para una alta vulnerabilidad, que se presenta como un factor psico-social general de la depresión.

Finalmente aparece la articulación de los factores psicosociales, especialmente de la vulnerabilidad y soporte social como un eje particularmente importante en la depresión, con un poder diferenciador nosológico y correlacionado con la intensidad total de la sintomatología depresiva. (\*109\*)

Existe un estudio realizado en enfermos coronarios con el fin de delimitar cómo influyen los factores psico-sociales en la aparición y posterior evolución del proceso cardiológico. Se estudiaron 128 pacientes con cardiopatía isquémica incluidos en un grupo de rehabilitación después de su alta hospitalaria. Tanto la edad como el sexo confirman las descripciones generales de la enfermedad isquémica coronaria, encontrándose un elevado porcentaje de tipo A, a través de un cuestionario de acontecimientos vitales (escala de PAYKEL) y un cuestionario de BORTNER o personalidad tipo "A" como acontecimientos previos a la aparición del cuadro. De igual modo, se encuentra una gran proporción de personas con elevada responsabilidad y tensión laboral.

Todos estos factores inducen a corroborar la importancia de los factores psicosociales en la enfermedad isquémica coronaria planteándose, en opinión de los autores, la necesidad de trabajos de esta índole en esta y otras patologías para corroborar los hallazgos ya encontrados en este estudio. (\*110\*)

El General Household Survey de 1981 y 1982 revela importantes diferencias según las clases sociales en la incidencia de las enfermedades crónicas limitantes en varones y mujeres de 20 a 59 años, similares a las observadas en la mortalidad durante el periodo 1979-83.

Las diferencias según la clase social en las mujeres clasificadas por la profesión del marido son más marcadas que cuando estas se clasifican por su propia ocupación. Los hombres y mujeres sin empleo retribuido tienen una salud más deficiente que los empleados y se concretan en las clases sociales más bajas. Las desigualdades de la salud debidas a la clase social están en parte causadas por la mayor proporción de desempleados en las clases inferiores. Sin embargo, las diferencias de salud según la clase social persisten entre los ocupados; así, los hombres con trabajos no especializados declaran tener una salud especialmente deficiente, y las mujeres empleadas en trabajos manuales declaran tener peor salud que las dedicadas a trabajos no manuales. Las diferencias según la clase social son más marcadas entre los desocupados que entre los empleados.

Así pues, la clase social sigue siendo un indicador importante de las desigualdades en la salud, a pesar del elevado nivel actual de desempleo.

Por todo ello, en cualquier estudio sobre las desigualdades en la salud deben considerarse tanto la clase social como la situación laboral de los pacientes, y mejor conjuntamente que por separado. (\*111\*)

La enfermedad es uno de los fenómenos socio-culturales más antiguos de la humanidad. Tanto es así que se tiende a analizar la enfermedad como una expresión de vida, es decir de la adaptación del ser humano a un medio agresivo e inclemente. Cada cultura ha tendido a cristalizar ese enfrentamiento en formas de organizaciones sociales peculiares. En todas las sociedades contemporáneas encontramos un amplio sector sanitario con una importante participación pública, que en muchos casos es el primer empleador del país.

Tales sectores sanitarios, así como la medicina contemporánea aplicada y el conocimiento médico no son más que artefactos sociales con los que la población actual logra adaptarse a la enfermedad.

Algunos críticos notables han denunciado el hecho de que esas mismas instituciones sociales, al igual que la industria y la tecnología contemporáneas, pueden en ocasiones ser yatrogénicas. (\*112\*)

Los valores socio-culturales predominantes en España no sólo han dado lugar a la idea del individuo como un todo integrado compuesto de cuerpo y alma, sino que además contiene unos roles sociales ideales para el varón y la mujer, a saber: la hombría honrosa y la maternidad inmaculada.

Las ideas sobre la enfermedad vinculadas a la idea de desgracia también pueden ponerse en relación con la pérdida de la gracia, y en consecuencia pueden conducir a un comportamiento avergonzante, y de ahí que es antisocial. Y a la inversa, las ideas sobre la buena salud está asociada con una conducta que brota de la realización de los roles sociales ideales.

En la medida que la enfermedad afecta negativamente a estos roles sociales, puede considerarse en tanto en cuanto que incapacitación temporal o permanente, lo que a su vez supone una especie de deformación del individuo total e íntegro, y consecuentemente se vé como una incapacitación social. Por tanto, el cliente enfermo busca una relación personal con su médico, al igual que con su patrón espiritual, mediante la cual, de alguna manera, por insuficiente que esta sea, pueda llevar a cabo el restablecimiento de su condición de ser social integral. (\*113\*).

Todos estos procesos que intentamos establecer en el origen y mecanismo de producción de la cardiopatía isquémica están basados en querer alcanzar una solución a la gran plaga social que supone el padecimiento de esta patología, y en ese sentido se ha prestado una gran ayuda con la aparición de nuevos fármacos recientemente comercializados, amén de intensificar las medidas profilácticas y medios antiaterogénicos actualmente disponibles; estas son pautas que aún no han sido puestas a disposición de la población general, pero sí a una población enferma y por lo tanto ya constituida de la enfermedad. Además la sociedad civilizada está haciendo grandes esfuerzos por lograr una educación general sobre el modo de vida.

Las tensiones emocionales que se desencadenan en el trabajo nos están invadiendo cada día más a medida que nos acercamos a los ritmos de vida impuestos por una sociedad de consumo, tensiones que vamos asimilando pese al convencimiento de su perjuicio en una parcela de la salud, pero algo debe tener esta sociedad de consumo a cambio que nos seduzca y nos haga desear incorporarnos a ese tren de actividad, de trabajo y de exigencias sociales. (\*114\*)

Aunque dispongamos de una cantidad menor de datos creemos que es muy posible concluir que la asociación entre pertenencia a las clases bajas y una distribución diferencial-negativa en relación a las clases bajas de la salud se ven confirmadas en el caso del Estado Español y de la CAV. Pertenecer a una clase obrera o subproletaria está asociado a una mayor probabilidad de presencia de síntomas, a un diagnóstico más severo por parte de los técnicos, a un tratamiento de menor especificidad (menos psicoterapéutico y más medicamentoso) y a una estancia más prolongadas en situaciones hospitalarias de carácter asilar.

Sin embargo, la pertenencia de clase no es el único determinante macrosocial relevante para una presencia diferente de la enfermedad y salud mental. La edad, el estado civil y el origen étnico son otros elementos importantes. Sin embargo, el elemento macrosocial determinante que analizaremos a continuación es el sexo. Eso porque la diferencia de roles sexuales es interpretable junto con la diferencia de clases en el marco de un análisis en términos de posiciones sociales basadas en el poder socio-económico y en su relación con las representaciones ideológicas. El resto de las determinantes no son tan centrales para nuestro cuadro de referencia teórica, y por tanto no serán expuestas. (\*115\*)

En el estudio titulado "Psicopatología y Cultura Andaluza" realizado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla en 1984, se estudia analizando las relaciones entre los aspectos psicopatológicos y las características antropológico-culturales, las influencias que determinados rasgos de la cultura andaluza ejercen sobre las manifestaciones psicopatológicas y patopsicológicas de los enfermos andaluces.

Se hace una reflexión metodológica y se analizan los sentimientos integrativos (perplejidad, culpa, tristeza y ansiedad) dentro de las características antropológicas y culturales, concluyendo en una importante repercusión de estas, especialmente del relativismo detectado como una característica básica del andaluz en las expresiones psicopatológicas de los enfermos andaluces. (\*116\*)

Para el antropólogo ISIDORO MORENO son dos las características estructurales básicas de la identidad andaluza: la primera sería su fuerte antropocentrismo, la acentuada tendencia a la personalización de las

relaciones sociales, y la segunda sería la negativa a interiorizar y asumir simbólicamente la enfermedad.

La evitación al máximo posible de las relaciones puramente funcionales basadas exclusivamente en el desempeño de roles es uno de los más importantes resultados de la primera de dichas características. Cualquier situación de tipo anónimo o estereotipada se convierte en relación personalizada.

Este acentuado antropocentrismo es también responsable del carácter fuertemente segmentado de la sociedad andaluza de la existencia de una multiplicidad de pequeños grupos, la mayoría de ellos no formalizados que son poco permeables hacia el exterior y dentro de los cuales se da una sociabilidad generalizada. Esta impermeabilidad social se proyecta asimismo en la conducta individual que se ofrece con un carácter abierto, socialmente activo y penetrante hacia afuera en un primer nivel de relación. (\*117\*)

La segunda de las características primarias antes señaladas, de no admisión del reconocimiento de la inferiorización de ningún tipo de inferioridad que afecte a la autoestima, y de rechazo a ser definidos exteriormente como inferiores implica la evitación tanto a nivel individual como colectivo de cuantas situaciones o papeles supongamos reconocer como "ser menos" que otros. Ello supone en cada estrato social, y mirando hacia arriba, un proyecto individual igualitarista en el sentido de que ningún hombre es más que otro aunque existan evidentes diferencias económicas, sociales y de poder entre ellos.

Así, junto a rechazos activos de la posición de inferioridad con la siguiente reafirmación de la dignidad propia que están en la base de

muchos acontecimientos sociales y políticos de la historia contemporánea de Andalucía. (\*118\*)

Justamente, las posibilidades que ofrezca la comunidad para situarse un individuo en ella, y sus peculiaridades son el marco cultural que va a regular los distintos modos de conducta, su expresión y repercusión social e individual en una doble relación donde el sujeto juega dialécticamente consigo mismo y con los demás.

Y es esta relación donde los fenómenos psicopatológicos por sí mismos establecen límites psicológicos, pero también sociales y culturales de donde provienen los aspectos que particularizan la expresión de la psicopatología y quizás también su producción.

Estos tipos de relación constituyen modelos más o menos definidos de etnicidad y son objeto de estudio de la Antropología Cultural que reencuentra a la Psiquiatría no sólo en los límites del modelo de relación, sino, y muy especialmente, en la tentativa de análisis de la estructura misma de las características de etnicidad.

Así pues, es dudoso que pueda establecerse desde el solo campo de la Antropología Cultural modelos que engloben con carácter totalizador los rasgos fundamentales de identidad en una comunidad. Por lo tanto lo psicopatológico no entra sólo a formar parte de ella misma como hecho social y cultural, sino que, en muchos aspectos es vehículo límite de expresión y en cualquier caso exige uno u otro modo de escucha que vá a decimos acerca de una situación específica que de otro modo no podía contemplarse.

Como conclusión final podemos incidir en los siguientes puntos:

1.- Para estudiar la influencia cultural en un individuo concreto hay que utilizar métodos a medio camino entre lo específico del ser humano y del individuo en concreto puesto que de lo contrario no habría diferencias.

2.- Las estructuras básicas antropológico-culturales del ser andaluz (negación de cualquier tipo de inferioridad, antropocentrismo y relativismo de las verdades y de las cosas) tienen su correspondencia en las manifestaciones psicopatológicas y patopsicológicas de los enfermos andaluces. (\*119\*)

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la realización del presente trabajo, y como núcleo principal de estudio de esta Tesis Doctoral, nos plantearemos el analizar los factores Psico-Sociales, y cómo estos inciden directamente sobre el desarrollo y evolución de las enfermedades reumáticas en nuestros días.

Hemos querido hacer especial hincapié en un tema que, a nuestro juicio, y según la bibliografía que hemos recogido, en nuestro país aún no se le ha dado el debido empuje en cuanto a publicación, difusión y profundidad de estudio sobre el tema.

Así pues, este tema sólo se trata en forma aislada, y casi siempre a nivel asistencial y circunscrito a una zona concreta y con el fin principal de reivindicar una mayor demanda de especialistas en Reumatología. (\*31-41\*)

Por otra parte, desde el punto de vista Sociológico y divulgativo de la especialidad, ya que estos trabajos en su mayor parte analizan los diferentes cuadros clínicos de la Reumatología; con el fin de dar una mayor información al médico de Asistencia Primaria, en esta línea se encuentra el estudio REUMATOS 80's. (\*19\*) (\*30\*)

Dentro del apartado de Reumatismo Psicógeno encontramos estudios en los que estos cuadros se tratan con cierta ambigüedad, y por otra parte forman un poco a modo de "cajón de sastre", donde se incluyen cuadros de difícil etiquetación y sintomatología poco precisa.

Por otra parte, nos encontramos que la mayoría de estos trabajos se

han realizado fuera de nuestro país; este hecho tiene la ventaja que nos permite confrontar nuestro trabajo con las experiencias de estos autores extranjeros. Además en nuestro criterio todo cuadro psíquico está intensamente influenciado por factores sociales, culturales y económicos, y la realidad social de nuestro medio dista bastante de la de estos países, donde se realizaron estos estudios.

En cuanto al medio laboral, trabajo y factor incapacitante de los procesos reumáticos, nos encontramos trabajos realizados en España dentro de la Medicina del Trabajo (como ya hemos mencionado detenidamente en la Introducción). Estos estudios están realizados desde la perspectiva de cómo un determinado tipo de trabajo repercute en la aparición y desarrollo de un determinado tipo de patología reumática. (\*1\*) (\*3-7\*) (\*10\*) (\*13-14\*)

Estos trabajos al ser totalmente descriptivos en su temática, creemos que omiten en parte la existencia de los factores psico-sociales y su repercusión en el medio laboral, y cómo estos factores unidos íntimamente a la patología ocasionan el cuadro incapacitante. En la Introducción hacemos una cuantificación de los gastos sociales que ocasionan las enfermedades reumáticas, con cifras astronómicas que no dan una idea de la magnitud del problema social y sanitario, pero con el inconveniente de la frialdad estadística de los datos, y que al ser realizados a nivel nacional pueden apartarse un poco de la realidad social y sanitaria andaluza. (\*19-21\*)

Por todo lo anteriormente mencionado ¿cuál sería desde nuestro punto de vista el modelo de trabajo que nos pudiera proporcionar una visión amplia y concreta del problema en su conjunto?.

En primer lugar trataremos de unir al diagnóstico clínico de la patología reumática correspondiente, una cuantificación de la sintomatología psíquica para ver cómo esta incide sobre el proceso orgánico.

En segundo lugar, tendríamos que tener muy en cuenta los factores de tipo laboral, social y cultural de este tipo de enfermos, como desencadenantes y/o potenciadores de los cuadros psíquicos correspondientes. Así pues, consideramos que es más interesante el dedicar largo tiempo a la entrevista con cada enfermo con el fin de distinguir y cuantificar estos factores, lo que favorece la relación médico-enfermo.

En tercer lugar tenemos que tener en cuenta estos mismos factores en el medio social y laboral en que reside el enfermo, ya que existen zonas y profesiones especialmente predispuestas a la aparición y desencadenamiento de un cuadro de tipo psico-somático.

En cuarto lugar estudiaríamos otras patologías similares y en el mismo medio, con el fin de analizar sus diferencias y cómo estas inciden en el desarrollo y evolución de cada una de ellas.

En quinto y último lugar, y con el fin de una aplicación práctica del estudio, consideramos que este estudio debería realizarse en nuestro medio sanitario, con el tipo de enfermos que vemos y estudiamos cotidianamente.

Por todo lo anteriormente expuesto ¿Qué pretendemos y qué queremos aportar con el presente estudio de Tesis Doctoral?

En primer lugar, el abrir una línea de investigación sobre aspectos psico-sociales dentro de la especialidad.

En segundo lugar, el aportar al médico especialista, y de asistencia primaria un nuevo enfoque sobre este tipo de enfermos que a diario asisten a sus consultas ya sean hospitalarias o ambulatorias.

En tercer lugar dar una visión sobre los aspectos invalidantes y crónicos de los diversos cuadros reumáticos y su relación con los factores psico-sociales.

En cuarto lugar, el informar y animar al médico para que vea la problemática del enfermo reumático, no solo desde el punto de vista somático, ya que estos procesos, en la mayoría de los casos llevan implícito un desarrollo psíquico y social, enseñando al enfermo a enfrentarse con su propia enfermedad.

# MATERIAL Y METODO

## MATERIAL Y METODO

Para la realización de esta tesis doctoral, hemos tomado 418 enfermos (154 varones y 264 mujeres) con edades de 18 a 65 años, agrupados en 4 tipos de patologías para estudiar sus diferencias. La edad tomada en estos 4 grupos es la considerada como la edad laboral en la que un individuo puede desempeñar un trabajo según la legislación vigente. Con respecto al sexo y estado no existió ninguna discriminación ya que podía formar parte de este estudio tanto varones como mujeres sea cual fuere su estado actual. El porcentaje de varones y mujeres iban en relación con la demanda asistencial que tenían estos enfermos para cada patología.

El nivel cultural sólo se ha tenido en cuenta en enfermos que consideramos no eran capaces de someterse al cuestionario. Si bien hemos querido que en este aspecto la muestra fuera lo más pluralista posible como ya veremos a los resultados de esta Tesis. La situación laboral sólo en el grupo de Asistencia Primaria era excluyente el encontrarse en cualquier situación de incapacidad o invalidez ya fuera transitoria (ILT) o permanente. Por lo tanto sólo podían formar parte de este grupo aquellos pacientes que se encontraban en activo, las amas de casa o desempleados de menos de un año de duración.

## CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

En el primer grupo, dentro de las enfermedades reumáticas hemos tomado a la Artritis Reumatoide como prototipo del "reumatismo de tipo inflamatorio" para lo cual hemos estudiado una muestra de 75 enfermos con artritis divididos en 26 hombres ( 34,67 %) y 49 mujeres

(65,33%).

El segundo grupo estaba constituido por 230 enfermos diagnosticados de Reumatismo Degenerativo, de los cuales 70 eran hombres (30,43%) y 160 mujeres (69,57%).

El tercero lo formaron 50 enfermos afectados de Cardiopatía Isquémica de los cuales 38 eran hombres (76%) y 12 eran mujeres (24%). Este grupo de enfermos lo hemos tomado como grupo control para contrarrestarlo con los de reumatismo, ya que es el núcleo principal de esta tesis.

El cuarto y último grupo lo formaron enfermos de Asistencia Primaria no afectados de patología crónica, que acudían a consulta de Medicina General por patología aguda de carácter banal y que en algún momento habían padecido según referían una ligera alteración del estado de ánimo. Esta muestra estaba compuesta por 63 casos de los cuales 20 eran hombres (31,75%) y 43 eran mujeres (68,25%).

Al estudiar las diferentes profesiones que ocupaban los enfermos estudiados para cada uno de las muestras elegidas hemos encontrado una distribución desigual. Con respecto a los lugares de residencia, todos los pacientes que forman este estudio tienen como lugar de residencia Sevilla y su provincia, y todos asistían a diferentes centros asistenciales de esta capital. En las dos muestras de Reumatismo y en la Cardiopatía Isquémica estos enfermos podían estar en cualquier situación laboral ya fueran activos, ILT (incapacidad laboral transitoria), IP (invalides primaria), o bien en invalides permanente ya fuera IPT (invalides permanente total) o IPA (invalides permanente absoluta).

1º.- En la Artritis Reumatoide: existe un gran porcentaje de amas de casa y trabajadores agrícolas manuales por cuenta ajena. Existe

también un porcentaje importante de empleadas de hogar y aceituneras, siendo también notable el grupo de los obreros manuales y artesanos que componen esta muestra. Un gran porcentaje de estos enfermos residían en Sevilla capital, y por orden de frecuencia nos encontramos otras poblaciones como Alcalá de Guadaira, Carmona, Dos Hermanas, Osuna, Coria del Río, etc.

Los enfermos que hemos tomado para esta muestra eran artríticos ya diagnosticados con más de 3 años de evolución de la enfermedad y que acudían para revisión de su proceso a las Consultas Externas de Medicina Interna (B) del Hospital Universitario Virgen Macarena. También tomamos enfermos con artritis del Servicio de Reumatología del Centro de Diagnóstico de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla. Cinco casos de enfermos de esta muestra fueron sometidos a nuestro estudio en la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI) de Sevilla, aunque estaban siendo estudiados con informe clínico de los centros mencionados. En este grupo incluimos enfermos que estaban diagnosticados de Reumatismo Degenerativo de predominio cervical y lumbar y que acudían a las Consultas Externas de Medicina Interna (B) del Hospital Universitario Virgen Macarena, al Servicio de Reumatología del Centro de Diagnóstico de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla y a la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMI) de Sevilla. Estos enfermos también tenían un periodo de evolución superior a 3 años desde el comienzo de la sintomatología.

2º.- En el Reumatismo Degenerativo: Existe un predominio importante del grupo de empleadas de hogar y aceituneras por encima y con incidencia superior a otras profesiones. Por otra parte, los trabajadores agrícolas por cuenta ajena serían los terceros en frecuencia dentro de

este grupo. En cuarto lugar por orden de casos estarían las amas de casa y en quinto y sexto lugar los obreros manuales por cuenta ajena y los albañiles. En este grupo un elevado número de enfermos residían en Sevilla capital seguido por poblaciones próximas a la capital, a veces ciudades dormitorio de esta como son Dos Hermanas, Utrera y Alcalá de Guadaíra, donde la incidencia es muy elevada; esto puede deberse al índice de población que estas poblaciones tienen, pero por otra parte nos llama la atención cómo en otras poblaciones como Osuna, Ecija y la Sierra Norte la incidencia es mínima teniendo gran número de habitantes. Esto nos hace pensar que la demanda asistencial para estos enfermos, número de estos con problemática de invalidez estaba muy ligado a factores psico-sociales y socio-económicos que existe en las poblaciones donde residen. Esto lo estudiaremos más ampliamente en otros apartados de esta Tesis.

Por otra parte, vemos una incidencia menor pero también elevada de este tipo de enfermos en zonas agrarias de grandes latifundios y zonas agrarias deprimidas en los últimos años, lo que nos ratifica aún más lo expuesto en el párrafo anterior.

Otra zona que tiene una demanda escasa de estos enfermos es El Aljarafe, que como todos sabemos goza de unas condiciones socio-económicas mejores que las anteriormente expuestas.

3º.- En la Cardiopatía Isquémica: Encontramos en primer lugar a los trabajadores agrícolas, seguido de los obreros manuales y por último a las amas de casa. También en este grupo el número de enfermos que residen en Sevilla es el más numeroso, seguidos por los que residen en poblaciones como dos Hermanas, Utrera, Lebrija, San José de la Rinconada, etc. Estos enfermos ya estaban diagnosticados de



Coronariopatía con más de 3 años de evolución y acudían al Servicio de Medicina Interna (B) del Hospital Universitario Virgen Macarena, al Departamento de Cardiología (Coronarias) de este mismo centro y en un porcentaje inferior a la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades (UVMi) de Sevilla.

4º.- En el grupo de Atención Primaria: El primer lugar por orden de frecuencia lo ocupan las amas de casa, seguido de los obreros manuales y en tercer lugar los auxiliares administrativos. Al haber tomado toda la población de la muestra de dos Centros de Asistencia Primaria de Sevilla Capital, todos estos enfermos residían en Sevilla. Incluimos aquí a pacientes que acudían a Consultas Externas Ambulatorias procedentes de los ambulatorios de la Seguridad Social San Pablo y Esperanza Macarena de Sevilla. Para incluir a un paciente en este "grupo control" de Asistencia Primaria tenía que concurrir los siguientes requisitos:

- No padecer ninguna enfermedad aguda ni crónica de carácter grave e incapacitante para el sujeto.
- No padecer ninguna enfermedad de las anteriormente estudiadas en esta Tesis.
- No padecer alteraciones físicas o psíquicas evidentes para el sujeto.
- No encontrarse en situación de invalidez o ILT ni percibir una pensión por proceso invalidante en su propia persona. Por lo tanto una mujer en situación de viudedad sí podía formar parte de este estudio ya que la percepción de su pensión no se debe asimismo.
- No padecer enfermedad psíquica evidente diagnosticada por el

Psiquiatra. Por lo tanto una causa excluyente para formar parte de este grupo sería que el paciente hubiera recibido asistencia psiquiátrica en alguna ocasión.

Por lo tanto ¿que pacientes podemos incluir en este grupo?:

- Pacientes que consultaban por patología banal aguda como gripe, astenia etc.
  
- Personas que acudían a la consulta para la prescripción de medicamentos (recetas) de familiares que tenían a su cargo.
  
- Personas que referían que en algún momento de sus vidas, incluso en la actualidad, se encontraban con alteraciones del estado de ánimo, si bien no habían sido tratadas por el Psiquiatra ni habían recibido ningún tipo de tratamiento psiquiátrico.

## METODO

Todos los pacientes estudiados para la realización de esta Tesis Doctoral fueron sometidos a:

1º.- Revisión de la Historia Clínica: Esta revisión se realizó con el objeto de asegurarnos del diagnóstico y así ver si cumplía los requisitos necesarios para ser incluido en el protocolo a seguir. En este punto debemos hacer constar que no encontramos dificultades ya que en los Centros de los que tomamos las muestras tienen por sí mismos entidad suficiente para garantizar este estudio.

2º.- La Entrevista: Este estudio es el punto primordial de nuestro trabajo y consistió en pasar individualmente y en solitario el Protocolo de Escalas o cuestionarios de Cuantificación de la Sintomatología Psíquica del tipo de enfermo a estudiar. Por otra parte al preguntar al enfermo sobre los distintos aspectos en que consistían las escalas, se procuraba siempre dejar a este la mayor libertad posible, ya que así se conseguía mejorar la confianza con el entrevistado y sólo se le corregía o se le insistía más sobre un aspecto cuando este desvariaba o no se centraba en el estudio que realizabamos.

Estas escalas han sido todas pasadas bajo un mismo criterio, ya que ha sido el propio doctorando el que ha pasado las 418 escalas que componían este estudio con un tiempo aproximado por enfermo encuestado de 45 a 60 minutos con cada enfermo.

También se hacía especial hincapié en diferentes aspectos psicosociales y económicos que tenían nuestros pacientes, así pues teníamos en cuenta aspectos tales como nivel de estudios, creencias religiosas, tipo de vivienda, profesión, lugar de residencia, nivel de relación/medio, etc.

### DESCRIPCION DE LAS DIFERENTES ESCALAS O CUESTIONARIOS DE ESTA TESIS DOCTORAL: TEST PSICOLOGICOS Y SOCIOBIOGRAFICOS

1.- Para el análisis cuantitativo de la sintomatología ansiosa hemos utilizado la **Escala de Evaluación de la Ansiedad de MAX-HAMILTON** (\*120\*), la cual permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente y su evolución al tratamiento. La escala está compuesta por 14 ítems, cada uno de los cuales corresponde a un conjunto de manifestaciones. Para cada ítem el médico debe después de examinar al enfermo, atribuir una puntuación que oscila entre 0 y 4.

La puntuación 0 corresponde a la ausencia de manifestaciones, 1 a manifestaciones de intensidad ligera, 2 manifestaciones de intensidad moderada, 3 a manifestaciones de fuerte intensidad y 4 a manifestaciones de intensidad extrema verdaderamente invalidantes. De hecho, la puntuación 4 sólo se debe atribuir a enfermos ambulatorios de manera excepcional y existe más bien a título indicativo.

Para la valoración de cada ítem se debe realizar una apreciación global de todas las manifestaciones que los componen, no de una sola; además las estimaciones deben de combinar las frecuencias con las intensidades.

Los rasgos o variables que componen la escala junto con la conducta del paciente en la entrevista son: ánimo ansioso, tensión, miedos, insomnios, cambios o alteraciones cognitivas, depresión, síntomas somáticos de tipo general, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y del sistema nervioso autónomo (dolor de cabeza y dolor injustificado).

Todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, aunque se puede encontrar también un factor bipolar subdividido en síntomas psíquicos (con los componentes de tensión, miedo, insomnio, ansiedad, cambios intelectivos, depresión y conducta en la entrevista) y síntomas somáticos (gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios, cardiovasculares, somáticos generales y autónomos). Se puede pues calcular una puntuación total y una puntuación para la ansiedad psíquica (suma de los puntos de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y una ansiedad somática o suma de los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

2.- Para la depresión hemos utilizado la **Escala de Depresión de MAX-HAMILTON** (\*121\*). Esta escala contiene una serie de ítems variables según la versión. Cada uno de ellos evaluado con un baremo de 3 a 5 puntos. Se le dá mayor importancia a los síntomas somáticos y comportamentales de la depresión que a las manifestaciones psicológicas y cognitivas. Esta escala nos dará una medida de la intensidad general de la depresión y nos servirá para cuantificar la evolución de los síntomas.

La validez de esta escala ha sido demostrada por la capacidad de esta para discriminar entre estudiantes de medicina y enfermos depresivos y también entre pacientes depresivos hospitalarios y ambulatorios en la práctica general.

Las depresiones endógenas se caracterizan por obtener notas más elevadas en:

- Humor depresivo
- Pérdida de insight
- Inhibición psicosomotriz
- Culpa
- Insomnio tardío
- Ideas suicidas

3.- El análisis cognitivo reseñado en la introducción hace necesaria una cuantificación del pesimismo (hopelessness); para ello hemos utilizado el **Cuestionario de A.T. BECK** en su versión española **GUEBE-81** o **Escala de**

**Proyectos (\*122\*).** esta escala está compuesta por 20 ítems de los cuales el enfermo tiene que elegir entre Verdadero (V) o falso (F) la cuestión que considere más próxima a sus sentimientos de estado actual. Se considera que una puntuación superior a 7 puntos en esta escala es consecuente con un grado de pesimismo o actitud negativista a esta escala.

4.- Para la cuantificación de los "Sucesos Vitales", hemos utilizado el **Cuestionario ISB** (Incidencias Sociobiográficas) en su versión experimental G.A.CH./80, basado en los de PAYKEL y AMIEL (\*123\*). Este cuestionario consta de 76 situaciones o incidencias que en diferente grado inciden directamente en la vida del sujeto en el transcurso de un periodo de tiempo de 6 meses, 1 año y 2 años, con una posterior posibilidad de nota global.

Estos sucesos los dividimos según su propia entidad en "no deseables", "pérdida o salida del campo social", "cambio", "enfermedad física", "entrada en el campo social", etc. En otras circunstancias podrían presentarse como situaciones combinadas, así pues, podemos encontrar situaciones "de salida del campo social y suceso no deseable", "enfermedad física y cambio social", etc.

Al final del cuestionario los autores dejan vía libre para que el propio paciente pueda anotar qué otros acontecimientos o sucesos le han ocurrido en los dos últimos años señalando el tipo de suceso y el tiempo transcurrido.

5.- Para medir los equivalentes depresivos hemos utilizado el **Cuestionario Abreviado QD2A** de P. PICHOT y cols. Este cuestionario sirve para detectar "depresión" en poblaciones generales y consta de 13

preguntas o situaciones que se le plantean al individuo sobre ciertos aspectos de la depresión, para lo cual el paciente debe contestar Verdadero (V) o Falso (F) según su estado de ánimo actual. Tomamos la puntuación de 7 como índice para detectar la intensidad de los diferentes cuadros depresivos.

6.- Con el propósito de facilitar al Médico en general y al Psiquiatra en particular adjuntamos en nuestro estudio la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Stress-Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (\*125\*).

Al estudiar el nivel de Apoyo Social del sujeto, relacionándolo con el nivel, frecuencia y calidad de sus relaciones afectivas y sociales, intentamos establecer un índice que hable del riesgo de enfermar o de la probabilidad de mantenerse en un buen estado de salud mental. Para valorar cada uno de los ítems, el valor de cada uno de ellos viene ya marcado en el cuestionario y únicamente hay que realizar la suma directa total para dar el Índice de Apoyo Social.

Así pues, según la puntuación obtenida tendremos 3 niveles de apoyo social (alto, medio y bajo) que reseñaremos a continuación:

\* Menos de 15: su apoyo tiene poca fuerza, lo que corresponde a Nivel Bajo

\* De 15 a 29: Nivel Moderado posiblemente suficiente salvo que el paciente sufra una situación de stress

\* De 30 o más: Nivel Alto, su apoyo tiene mucha fuerza, incluso en

situaciones de intenso stress.

7.- Para estudiar la posible vulnerabilidad ante situaciones que por sí mismas pueden desencadenar en el sujeto una mayor predisposición a padecer una alteración psíquica por la intensidad de estos acontecimientos, hemos pasado la **Escala de Vulnerabilidad Psicosocial** de BROWN y HARRIS (1987), que consta de 5 situaciones que pueden haber sido vividas por el sujeto. Estas situaciones son:

- Pérdida de la madre por muerte o separación antes de los 11 años
- Presencia de 3 o más niños de menos de 14 años en la casa
- Carencia de empleo remunerado actual
- Carencia de un amigo íntimo en la actualidad
- Carencia de relación confidencial con su cónyuge, novio o compañero

La valoración de este test se hace por la cuantificación total del número de situaciones de vulnerabilidad que han sido vividas por el sujeto.

## PROCESAMIENTO DE DATOS Y METODO ESTADISTICO

1.- Procesamiento de datos: se ha realizado una base de datos con las distintas variables en el **Programa SSPS-Plus** en un ordenador 3x8x6 IBM.

2.- Método Estadístico: Los tests empleados para el estudio de la muestra

han sido los siguientes:

- Chi cuadrado con la corrección de YATES, para una frecuencia esperada (F.E.) entre 3 y 5 y corrección de NASS para F.E. entre 1 y 3.

En situaciones donde la F.E. era menor que 1 o 0 se ha aplicado el test de ZI de información de KULLBOCK y LEIBLE con la corrección de KU. Las correcciones elegidas se refieren a la publicación de LOTHAN FACH. El nivel de significación elegido fue de  $\alpha=0,05$ .

Asímismo se ha aplicado el coeficiente de correlación de PEARSON y el método estadístico de análisis discriminante del Programa Informático SSPS.

# RESULTADOS

## TABLA I

### CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Artritis Reumatoide	26	34,67	49	65,33	75
Cardiopatía Isquémica	38	76,00	12	24,00	50
Reumatismo Degenerativo	70	30,43	160	69,57	230
Atención Primaria	20	31,57	43	68,52	63

Total de pacientes que componen la muestra agrupados por sexo y patología.

## TABLA II

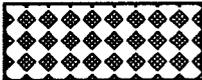
### CLASE SOCIAL

	Baja	%	Medio Baja	%	Media	%	Media Alta	%	Alta	TOTAL
Artritis Reumatoide	35	46.67	25	33.33	15	20.00	0	0	0	75
Cardiopatía Isquémica	20	40.00	15	30.00	15	30.00	0	0	0	50
Reumatismo Degenerativo	152	66.09	46	20.00	31	13.48	1	0.43	0	230
Atención Primaria	11	17.46	26	41.27	23	36.50	3	4.77	0	63
TOTAL	218	52.16	112	26.86	84	20.09	4	0.98	0	418

Distribución de la clase social de la muestra por patologías.

**TABLA III**

**ESTADO CIVIL**

	Casado	%	Soltero	%	Viudo	%	Separado	%	TOTAL
Aritmia Reumatoide	61	81.34	10	13.33	4	5.33	0	0.00	75
Cardiopatía Isquémica	41	82.00	3	6.00	5	10.00	1	2.00	5
Reumatismo Degenerativo	179	77.83	23	10.00	20	8.70	8	3.47	23
Atención Primaria	54	85.72	6	9.25	2	3.17	1	1.59	6
TOTAL	335	80.15	42	10.05	31	7.41	10	2.39	41

ESTADO CIVIL DE LOS ENFERMOS DE LA MUESTRA DISTRIBUIDOS POR PATOLOGIA EN ESTUDIO

**TABLA IV**  
**ANSIEDAD TOTAL**

	Nº pacientes ANT > 15	%	Hombres	%	Mujeres	%
Artritis Reumatoide	27	36.00	3	11.11	24	88.80
Cardiopatía Isquémica	16	32.00	10	62.50	6	37.50
Reumatismo Degenerativo	163	70.87	37	22.70	126	77.30
Atención Primaria	30	47.62	3	10.00	27	90.00

Nº de pacientes con Ansiedad > 15 en la Escala de Max-Hamilton distribuidos por sexo y patología.

## TABLA V

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S.	P<0.001	N.S.	
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P<0.001		
Reumatismo Degenerativo	P<0.001			
Atención Primaria				

T. Student Ansiedad Total

## TABLA VI

### DEPRESION HAMILTON

	Nº pacientes D.M. ≥ 21	%	Hombres	%	Mujeres	%
Artritis Reumatoide	17	22.67	2	11.76	15	88.29
Cardiopatía Isquémica	2	4.00	2	100	0	—
Reumatismo Degenerativo	90	39.13	19	21.11	71	78.88
Atención Primaria	12	19.05	0	—	12	100

Nº De pacientes con Depresión ≥ 21 en la Escala de Max-Hamilton distribuidos por sexo y patología

TABLA VII

Atención Primaria	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S.	P<0.001	N.S.	
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P<0.001		
Reumatismo Degenerativo	P<0.001			
Atención Primaria				

T. STUDENT DEPRESION HAMILTON

## TABLA VIII

### DEPRESION QD2A PICHOT

	Nº pacientes D.P. ≥ 7	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Artritis Reumatoide	22	29.33	5	22.72	17	77.22
Cardiopatía Isquémica	8	16.00	3	37.50	5	62.53
Reumatismo Degenerativo	121	52.61	27	22.30	94	77.60
Atención Primaria	16	25.40	1	6.25	15	93.50

Nº de pacientes con Depresión  $\geq 7$  en la Escala QD2A de Pichot para la Depresión distribuidos por sexo y patología

TABLA IX

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S.	P < 0.001	N.S.	—
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P < 0.001	—	—
Reumatismo Degenerativo	P < 0.001	—	—	—
Atención Primaria	—	—	—	—

T. STUDENT DEPRESION DE PICHOT

## TABLA X

### PESIMISMO

	Nº pacientes Pesimismo $\geq 7$	%	Hombres	%	Mujeres	%
Artritis Reumatoide	33	44.00	8	24.24	25	75.75
Cardiopatía Isquémica	20	40.00	14	70.00	6	30.00
Reumatismo Degenerativo	162	70.45	41	25.30	121	74.70
Atención Primaria	22	34.92	5	23.20	17	77.20

Nº de pacientes con puntuación  $\geq 7$  en la Escala de Pesimismo o Cuestionario At BECK o Escala de proyectos (GUEBE-81), distribuidos por patología.

**TABLA XI**

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S	P<0.001	N.S.	————
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P<0.001	————	
Reumatismo Degenerativo	P < 0.001	————		
Atención Primaria				

**T. DE STUDENT PESIMISMO**

## TABLA XII

### INCIDENCIAS SOCIOBIOGRAFICAS

	Leve	%	Moderada	%	Alta	%	Severas	%	Total
Artritis Reumatoide	42	56.00	26	31.6	7	9.33	0	0	75
Cardiopatía Isquémica	26	52.00	23	46.00	1	2.00	0	0	50
Reumatismo Degenerativo	64	27.82	130	56.5	33	14.34	3	1.30	230
Atención Primaria	31	49.20	29	46.03	3	4.76	0	0	63

Nº de pacientes de cada patología en estudio ordenados según el grado de afectación por Incidencias Sociobiográficas

**TABLA XIII**

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S.	P < 0.001	P < 0.001	—
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P < 0.001	—	
Reumatismo Degenerativo	P < 0.001	—		
Atención Primaria				

T. DE STUDENT. INCIDENCIAS SOCIOBIOGRAFICAS.

## TABLA XIV

### APOYO SOCIAL

	BAJO	%	MEDIO	%	ALTO	%
Artritis Reumatoide	4	5.33	36	48.00	35	46.65
Cardiopatía Isquémica	1	2.00	19	38.00	30	60.00
Reumatismo Degenerativo	48	28.86	124	53.91	58	25.21
Atención Primaria	6	9.52	33	52.38	24	38.09

Nº de pacientes según la valoración del grado de Apoyo Social ante la Escala para la evaluación del Stress-Apoyo Social California 81, divididos por intensidad y patología.

TABLA XV

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S	P<0.001	N.S.	——
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P<0.001	——	
Reumatismo Degenerativo	P<0.001	——		
Atención Primaria				

T. STUDENT APOYO SOCIAL

## TABLA XVI

### VULNERABILIDAD PSICO-SOCIAL.

	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	TOTAL
Artritis Reumatoide	7	9.33	39	57.35	21	30.88	8	11.76	0	-	0	75
Cardiopatía Isquémica	3	6.00	29	61.70	16	34.04	2	4.25	0	-	0	50
Reumatismo Degenerativo	2	0.86	97	42.54	89	39.03	41	17.98	1	0.43	0	230
Atención Primaria	13	2.06	34	53.96	12	19.04	4	6.34	0	-	0	63

Nº de pacientes distribuidos por orden cuantitativo según hayan experimentado una o más vivencias en la Escala de Vulnerabilidad Psico-social divididos según patología.

TABLA XVII

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	P<0.001	P< 0.001	N.S.	—
Cardiopatía Isquémica	P<0.001	P<0.001	—	
Reumatismo Degenerativo	P<0.001	—		
Atención Primaria				

T de Student: Vulnerabilidad Psico-Social.

## TABLA XVIII

### INCAPACIDAD SUBJETIVA

	Nº pacientes IS ≥ 3	%	Hombres	%	Mujeres	%
Artritis Reumatoide	52	69.33	21	40.38	31	59.6
Cardiopatía Isquémica	45	90.00	35	77.77	10	22.22
Reumatismo Degenerativo	208	90.43	68	32.70	140	67.3
Atención Primaria	7	11.11	1	14.28	6	85.7

Nº de pacientes con incapacidad subjetiva ≥ 3 distribuidos por sexo y patología

## TABLA XIX

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	P < 0.001	P < 0.001	N.S.	—
Cardiopatía Isquémica	P < 0.001	P < 0.001	—	
Reumatismo Degenerativo	P < 0.001	—		
Atención Primaria				

T de Student Incapacidad Subjetiva

## TABLA XX

### EVOLUCION SUBJETIVA

	Peor Evolución	%	Igual Evolución	%	Mejor Evolución	%
Artritis Reumatoide	16	21.33	21	28.00	38	50.6
Cardiopatía Isquémica	1	2.00	14	28.00	35	70.00
Reumatismo Degenerativo	67	29.13	127	55.21	36	15.65
Atención Primaria	2	3.17	28	44.44	33	52.38

Nº de pacientes según la Evolución Subjetiva de su propia patología, según el criterio personal de evolución.

## TABLA XXI

	Atención Primaria	Reumatismo Degenerativo	Cardiopatía Isquémica	Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide	N.S	P < 0.001	P < 0.001	————
Cardiopatía Isquémica	N.S.	P < 0.001	————	
Reumatismo Degenerativo	P < 0.001	————		
Atención Primaria				

**T de Student: Evolución Subjetiva**

## TABLA XXII

### MUESTRA GLOBAL

#### CORRELACION ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES

Diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Apoyo Social	Vulnerabilidad	Pesimismo
Ansiedad	1.0000	.8127 **	.4224 **	.4558 **	.6864 **
Depresión	.8127 **	1.0000	.6128 **	.5870 **	.8044 **
Apoyo Social	.4224 **	.6128 **	1.0000	.6445 **	.5831 **
Vulnerabilidad	.4558 **	.5870 **	.6445 **	1.0000	.5805 **
Pesimismo	.6864 **	.8044 **	.5831 **	.5805 **	1.0000

Nº de casos = 418. Significación: (\* = .01) (\*\* = .001)

## TABLA XXIII

### ARTRITIS REUMATOIDE

Correlaciones entre variables psicosociales

Diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Apoyo Social	Vulnerabilidad	Pesimismo
Ansiedad	1.0000	.8492**	.4568**	.4183**	.7643**
Depresión	.8492**	1.0000	.6031**	.5733**	.8689**
Apoyo Social	.4568**	.6031**	1.0000	.6483**	.5995**
Vulnerabilidad	.4183**	.5733**	.6483**	1.0000	.5876**
Pesimismo	.7643**	.8689**	.5995**	.5876**	1.0000

Nº de casos = 75 Significación: (\* = .01) (\*\* = .001)

## TABLA XXIV

### CARDIOPATIA ISQUEMICA

#### CORRELACIONES ENTRE VARIABLES PSICOSOCIALES

Diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Apoyo Social	Vulnerabilidad	Pesimismo
Ansiedad	1.0000	.7809 **	.1886	.1621	.5446 **
Depresión	.7809 **	1.0000	.4646 **	.3921 *	.6518 **
Apoyo Social	.1886	.4646 **	1.0000	.7150 **	.3931 *
Vulnerabilidad	.1621	.3921 *	.7150 **	1.0000	.3909 *
Pesimismo	.5446 **	.6518 **	.3931 *	.3909 *	1.0000

Nº de casos = 50 Significación: ( \* = .01 ) ( \*\* = .001 )

## TABLA XXV

### REUMATISMO DEGENERATIVO

Correlaciones entre variables psicosociales

Diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Apoyo Social	Vulnerabilidad	Pesimismo
Ansiedad	1.0000	.7555**	.2804**	.3917**	.6173**
Depresión	.7555**	1.0000	.5690**	.5382**	.7868**
Apoyo Social	.2804**	.5690**	1.0000	.6354**	.5304**
Vulnerabilidad	.3917**	.5382**	.6354**	1.0000	.5655**
Pesimismo	.6317**	.7868**	.5304**	.5655**	1.0000

Nº de casos = 230 Significación: (\* = .01) (\*\* = .001)

## TABLA XXVI

### ATENCION PRIMARIA

Correlaciones entre variables psicosociales

Diagnóstico	Ansiedad	Depresión	Apoyo Social	Vulnerabilidad	Pesimismo
Ansiedad	1.0000	.8066 **	.6155 **	.5306 **	.5871 **
Depresión	.8066 **	1.0000	.5726 **	.5762 **	.6395 **
Apoyo Social	.6155 **	.5726 **	1.0000	.4989 **	.5982 **
Vulnerabilidad	.5306 **	.5762 **	.4989 **	1.0000	.3910 *
Pesimismo	.5871 **	.6395 **	.5982 **	.3910 *	1.0000

Nº de casos = 63 . Significación: (\* = .01) (\*\* = .001)

## TABLA XXVII

COEFICIENTES PARA CADA VARIABLE DE LA FUNCION DISCRIMINANTE  
CANONICA ESTANDARIZADA. VALOR DISCRIMINANTE

	<u>FUNCION 1</u>	<u>FUNCION 2</u>	<u>FUNCION 3</u>
Estado Civil	.15758	.10563	.06622
Ead	.03833	.38147	.36142
Clase Social	-.25724	-.02864	.37120
Ansiedad Psíquica	-.03435	-1.20725	-1.82218
Ansiedad Somática	.22401	-2.55258	-2.67857
Ansiedad Total	-.19427	3.42588	4.88063
Depresión Hamilton	-.13555	-.29841	-.37380
Pesimismo	-.00555	-.07970	.17455
Incidencias Sociobiográficas	-.17793	.11752	.12142
Depresión Pichot	-.09150	.04021	-.21945
Apoyo Social	.35709	.31913	-.31628
Vulnerabilidad	.12175	.16634	.07532
Nivel de Estudios	.353374	.36175	-.43731
Situación Laboral	.24676	-.12234	.31986
Tiempo Evolución Somática	.20605	-.57999	-.01260
Tiempo Evolución Psíquica	-.22588	-.00807	-.16628
Urgencias	-.09596	.11657	-.07093
Motivo de Urgencia	-.12625	.43804	.49634
Psiquiatría	-.04845	.00062	.17880
Otras Especialidades	-.77133	-.20323	.25594
Incapacidad Subjetiva	.97984	.05227	.05330
Concepto de Enfermedad	.03450	.17274	.02826
Relación medio	-.25655	-.20256	.46581
Evolución Subjetiva	.01976	.46480	.14783

**TABLA XXVIII** CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES DISCRIMINANTES Y LAS TRES FUNCIONES DISCRIMINANTES. ESTRUCTURA MATRIZ.

	<u>FUNCION 1</u>	<u>FUNCION 2</u>	<u>FUNCION 3</u>
Otras Especialidades	-.45559*	-.13326	.33860
Tiempo Evolución Somática	.23229	-.46382	.12690
Evolución Subjetiva	-.09251	.45589*	-.23782
Ansiedad Somática	.05558	-.42488	.34600
Depresión Hamilton	.08613	-.37642	.31595
Depresión Pichot	.08039	-.35953	.33713
Tiempo Evolución Psíquica	.06542	-.33535	.2067
Apoyo Social	-.00941	.30566*	-.23958
Clase Social	-.19567	.24114	-.21905
Relación medio	-.17341	.18582	-.08658
Motivo de Urgencia	.06262	.14762	.51218*
Incapacidad Subjetiva	.48768	-.26276	.49836*
Situación Laboral	.36179	-.11933	.48811*
Ansiedad Psíquica	.03127	-.26109	.43326*
Ansiedad Total	.04870	-.37033	.41539*
Edad	.13437	.16440	.40918*
Nivel de Estudios	-.10169	.32495	-.38063*
Pesimismo	.11542	-.32169	.35224*
Urgencias	.05799	.04217	.34717*
Incidencias Sociobiográficas	.02108	-.27122	.34364*
Vulnerabilidad	.12557	-.18654	.30305*
Concepto de Enfermedad	.20683	-.00405	.25377*
Psiquiatría (remitido a)	.05977	-.16312	.23579*

Variables ordenadas por su valor de correlación con la función.

\* = Correlación estadísticamente significativa para esa función discriminante frente a las otras funciones.

**TABLA XXIX.- PORCENTAJE DE CASOS CLASIFICADOS PARA CADA GRUPO  
SEGUN LOS VALORES DISCRIMINANTES OBTENIDOS**

Previsiones de clasificación de grupo

	<u>Nº de Casos</u>	<u>Artritis Reumatoide</u>	<u>Cardiopatía Isquémica</u>	<u>Reumatismo Degenerativo</u>	<u>Atención Primaria</u>
<u>GRUPO</u>					
<u>Artritis Reumatoide</u>	75	53 <u>70.7%</u>	4 5.3%	17 22.7%	1 1.3%
<u>Cardiopatía Isquémica</u>	50	5 10.0%	43 <u>86.0%</u>	0 0%	2 4.0%
<u>Reumatismo Degenerativo</u>	230	32 13.9%	12 5.2%	182 <u>79.1%</u>	4 1.7%
<u>Atención Primaria</u>	63	0 0%	1 1.6%	0 0%	62 <u>98.4%</u>

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 81.34%

Resumen del proceso de clasificación:

Se procesaron 418 casos

Se excluyeron 0 casos por ausencia o fuera de rango de los códigos de grupo

En 0 Casos existía al menos ausencia de una variable discriminante

Se utilizaron 418 casos para la emisión del resultado

TABLA XXX.- FUNCIONES DISCRIMINANTES. VALOR DISCRIMINANTE PARA CADA VARIABLE

Funciones canonicas discriminantes evaluadas en cada grupo

<u>GRUPO</u>	<u>FUNCION 1</u>	<u>FUNCION 2</u>	<u>FUNCION 3</u>
<u>Artritis Reumatoide</u>	.34264	.52112	-.92124
<u>Cardiopatía Isquémica</u>	-.70439	2.02672	.50200
<u>Reumatismo Degenerativo</u>	.64524	-.38381	.21106
<u>Atención Primaria</u>	-2.20448	-.82767	-.07224

Coefficientes estandarizados de función discriminante canonica

	<u>FUNCION 1</u>	<u>FUNCION 2</u>	<u>FUNCION 3</u>
Edad	-.22576	.28790	<u>.48456</u>
Clase Social	-.15358	-.18114	<u>.45444</u>
Ansiedad Psíquica	.14308	-1.17691	<u>-1.57104</u>
Ansiedad Somática	1.00363	-2.20076	-2.59113
Ansiedad Total	-.98203	3.09194	<u>4.65856</u>
Depresión Hamilton	.10116	-.15646	<u>-.43242</u>
Pesimismo	.15502	-.02057	.06533
Incidencias Sociobiográficas	-.28747	-.14112	<u>.23980</u>
Depresión Pichot	-.25805	-.15309	-.06437
Apoyo Social	.03850	<u>.41725</u>	-.43787
Vulnerabilidad	.05464	.26007	.02345
Nivel de Estudios	.09939	.53172	<u>-.63852</u>
Situación Laboral	<u>.24691</u>	.02557	<u>.35636</u>
Tiempo Evolución Somática	<u>.57914</u>	-.33410	-.18940
Tiempo Evolución Psíquica	-.15230	-.07936	-.16019
Urgencias	<u>-.32702</u>	.24373	.29792
Psiquiatría (remitido a)	-.02713	-.03183	.21572
Incapacidad Subjetiva	<u>.81829</u>	.72212	-.22722
Concepto de Enfermedad	<u>-.02756</u>	<u>.26477</u>	.00322
Relación medio	-.03944	-.32279	<u>.56541</u>
Evolución Subjetiva	-.13160	<u>.57094</u>	.07983

**TABLA XXXI.- CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES DISCRIMINANTES Y LAS TRES FUNCIONES DISCRIMINANTES. ESTRUCTURA MATRIZ**

	<u>FUNCION 1</u>	<u>FUNCION 2</u>	<u>FUNCION 3</u>
Incapacidad Subjetiva	.69992*	.21309	.31173
Tiempo de Evolución Somática	.50981*	-.22369	.01167
Situación Laboral	.48716*	.23575	.36880
Evolución Subjetiva	-.36578*	.33459	-.20986
Clase Social	-.35646*	.04139	-.14259
Depresión Hamilton	.32169*	-.26113	.30481
Relación Medio	-.29229*	.01621	-.00447
Tiempo de Evolución Psíquica	.26877*	-.24674	.19202
Concepto de Enfermedad	.24148*	.19390	.18402
Apoyo Social	-.19567	.26681*	-.25902
Ansiedad Psíquica	.20961	-.19489	.47036*
Ansiedad Total	.28639	-.28332	.43761*
Edad	.08466	.29661	.40373*
Incidencias Sociobiográficas	.19734	-.21835	.37295*
Nivel de Estudios	-.31512	.19527	-.37234*
Urgencias	.06556	.11009	.36805*
Ansiedad Somática	.31809	-.33237	.35317*
Pesimismo	.32570	-.18153	.33303*
Depresión Pichot	.30802	-.24917	.33245*
Vulnerabilidad	.25879	-.04775	.27597*
Remitidos a Psiquiatría	.17092	-.08785	.23351*

Variables ordenadas por su valor de correlación con la función.

\* = Correlación estadísticamente significativa para esa función discriminante frente a las otras funciones.

**TABLA XXXII.- PORCENTAJE DE CASOS CLASIFICADOS PARA CADA GRUPO SEGUN LOS VALORES DISCRIMINANTES OBTENIDOS**

		Previsiones de clasificación de grupo			
<u>GRUPO</u>	<u>Nº de Casos</u>	<u>Artritis Reumatoide</u>	<u>Cardiopatía Isquémica</u>	<u>Reumatismo Degenerativo</u>	<u>Atención Primaria</u>
<u>Artritis Reumatoide</u>	75	45 60.0%	9 12.0%	16 21.3%	5 6.7%
<u>Cardiopatía Isquémica</u>	50	4 8.0%	44 88.0%	0 0%	2 4.0%
<u>Reumatismo Degenerativo</u>	230	36 15.7%	11 4.8%	171 74.3%	12 5.2%
<u>Atención Primaria</u>	63	0 0%	2 3.2%	2 3.2%	59 93.7%

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 76.32%

Resumen del proceso de clasificación:

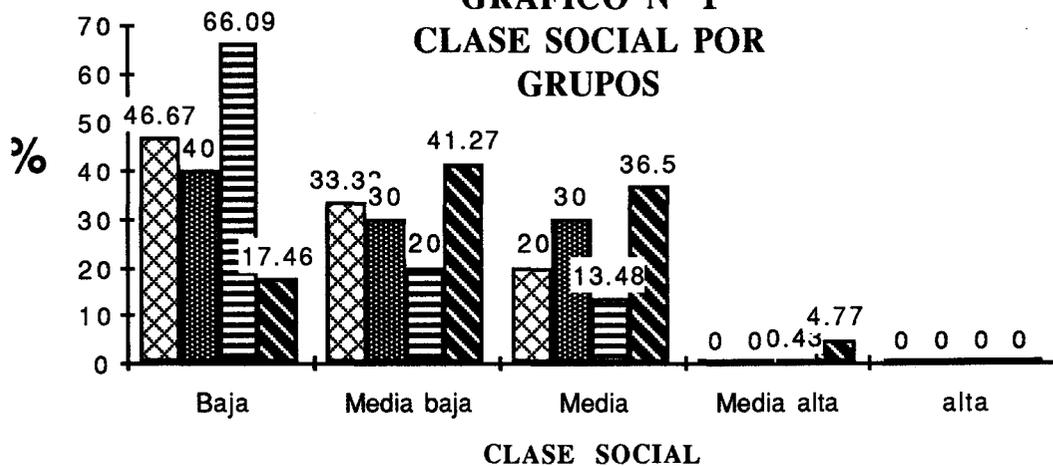
Se procesaron 418 casos

Se excluyeron 0 casos por ausencia o fuera de rango de códigos de grupo

En 0 Casos existía al menos ausencia de una variable discriminante

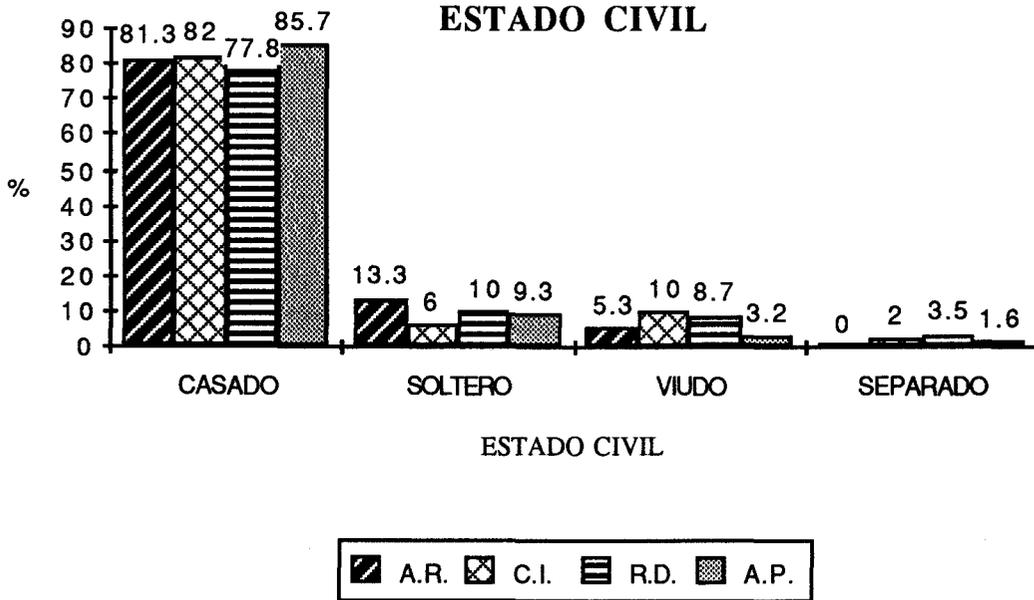
Se utilizaron 418 casos para la emisión del resultado

**GRAFICO N° 1  
CLASE SOCIAL POR  
GRUPOS**

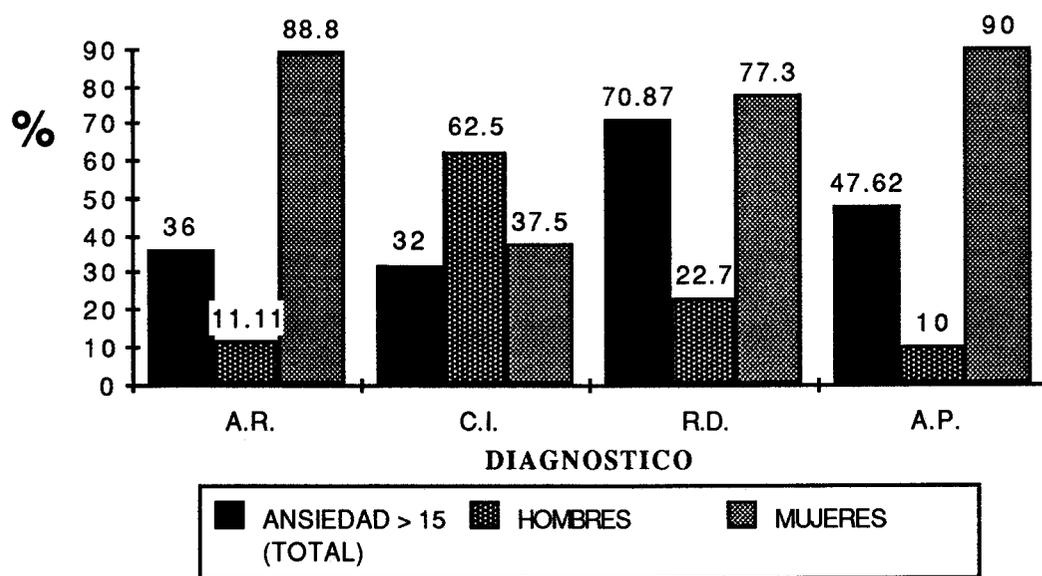


## GRAFICO N° 2

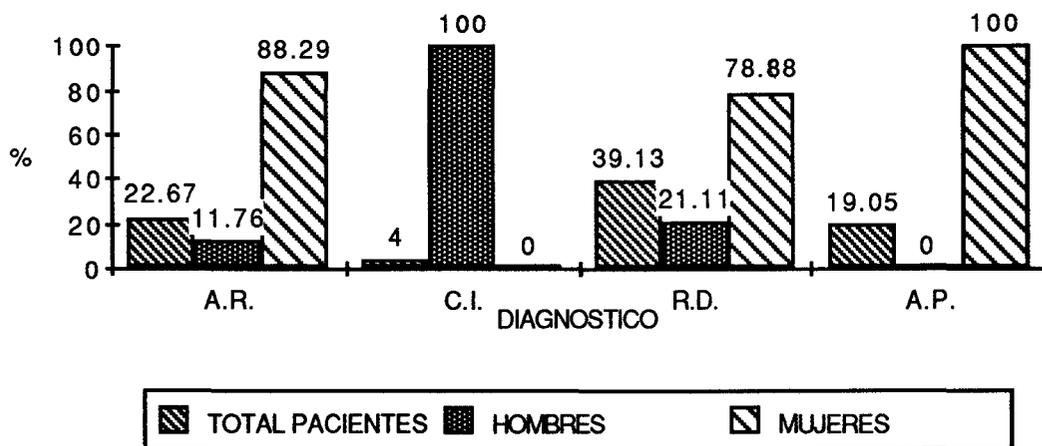
### ESTADO CIVIL



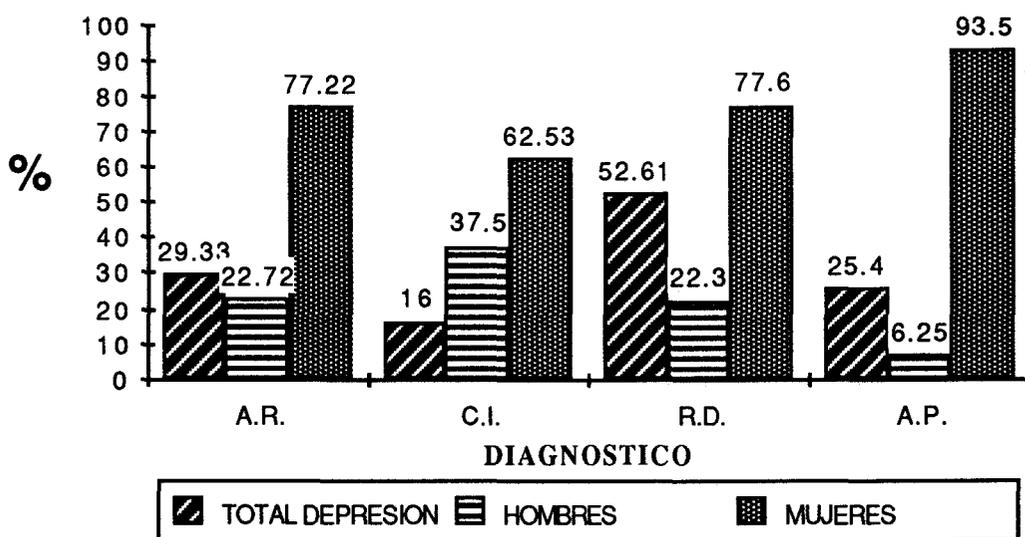
**GRAFICO Nº 3**  
**ANSIEDAD TOTAL**



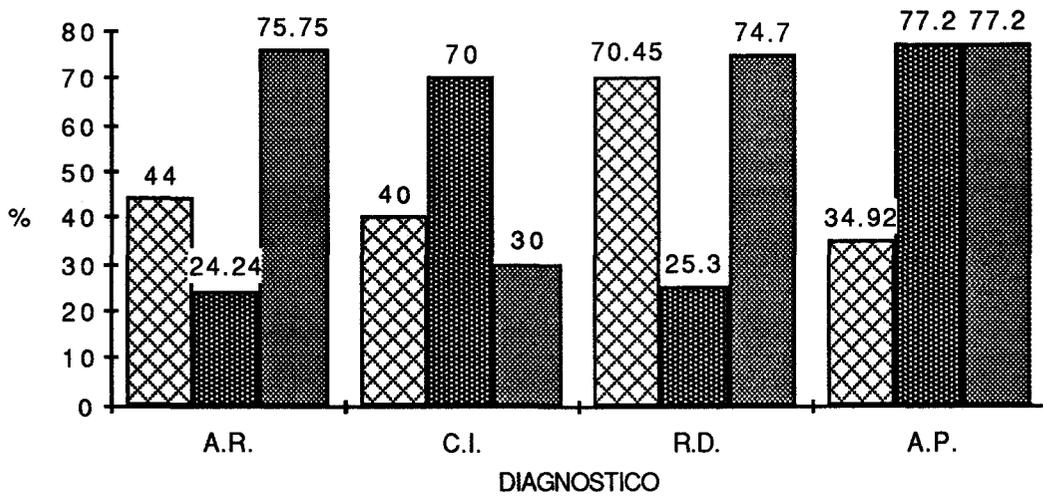
**GRAFICO Nº 4  
DEPRESION HAMILTON**



**GRAFICO N° 5**  
**DEPRESION QD2A PICHOT**

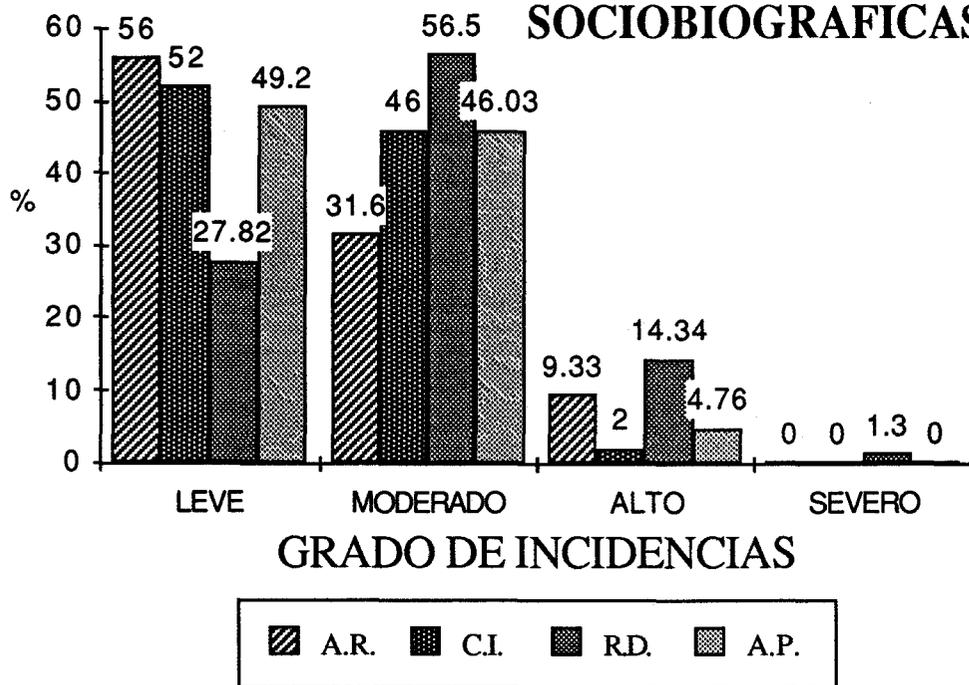


**GRAFICO . 6**  
**PESIMISMO**

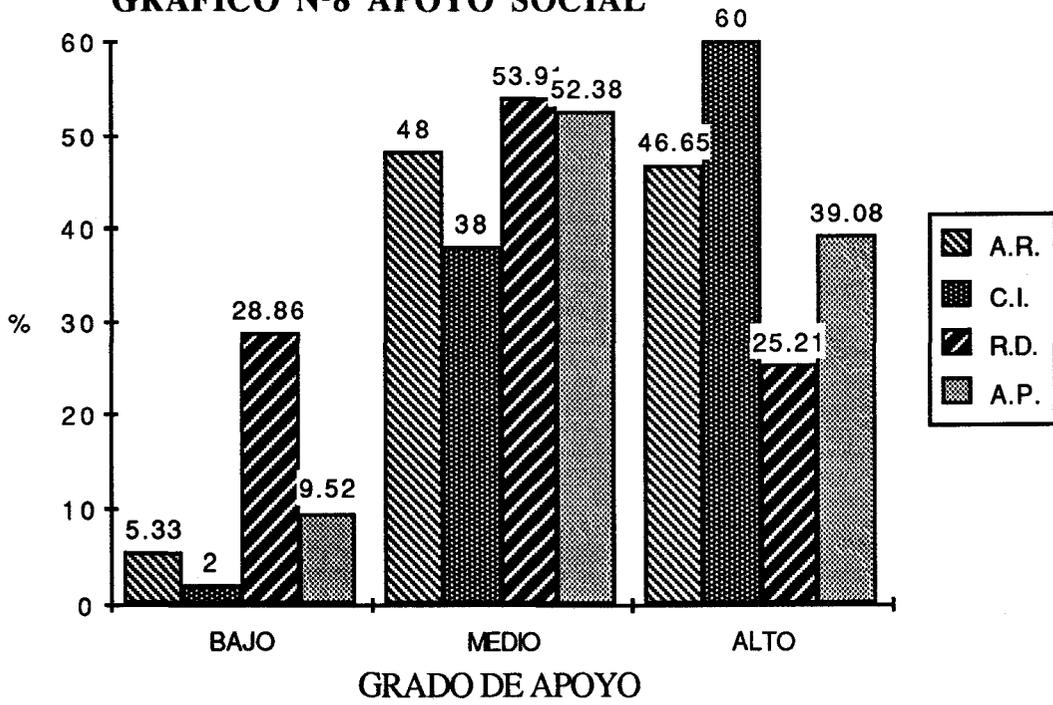


Nº pac. pesimismo  $\geq 7$ 
 HOMBRES
  MUJERES

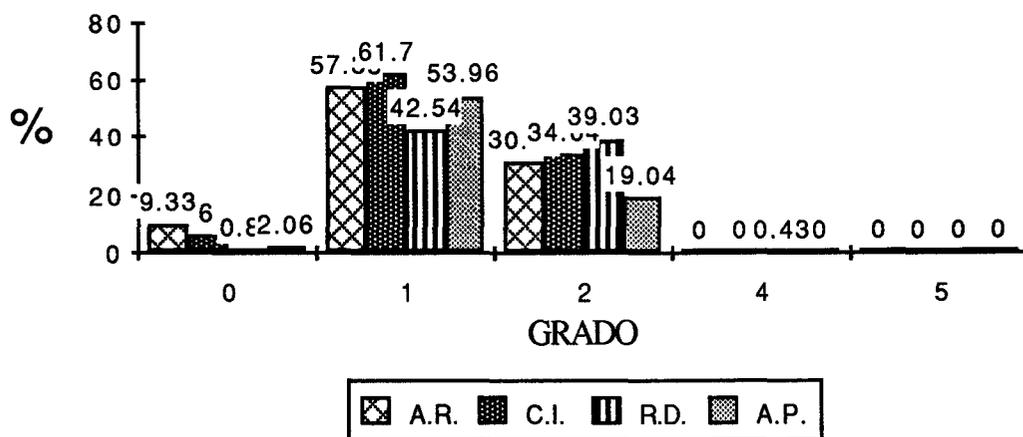
**GRAFICO Nº 7  
INCIDENCIAS  
SOCIOBIOGRAFICAS**



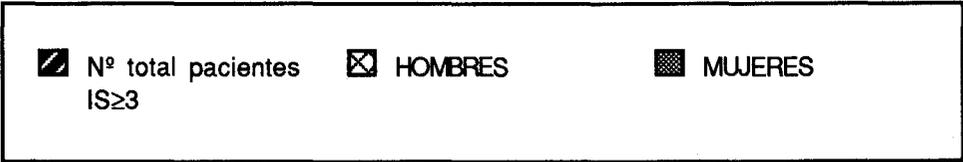
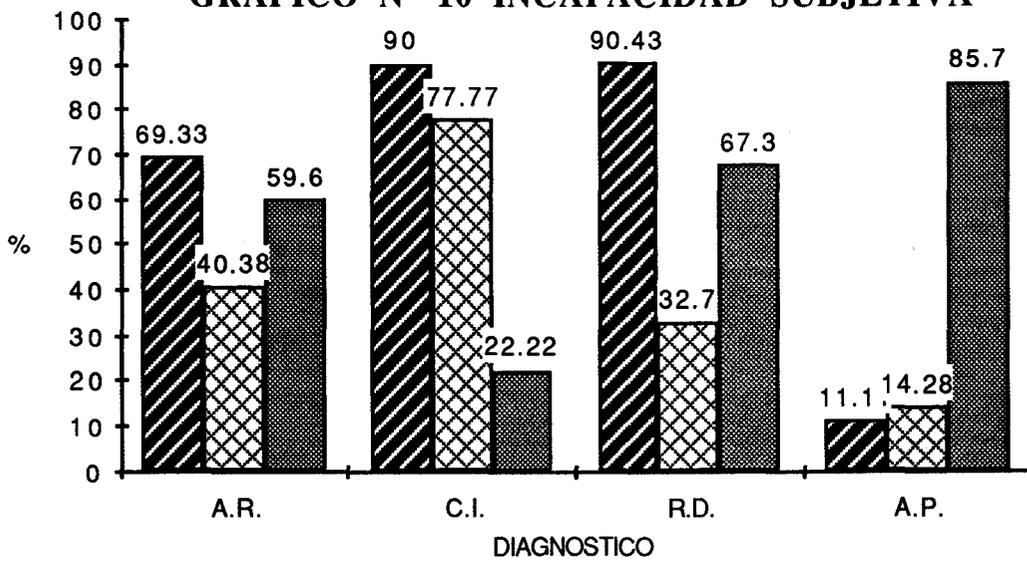
**GRAFICO Nº8 APOYO SOCIAL**



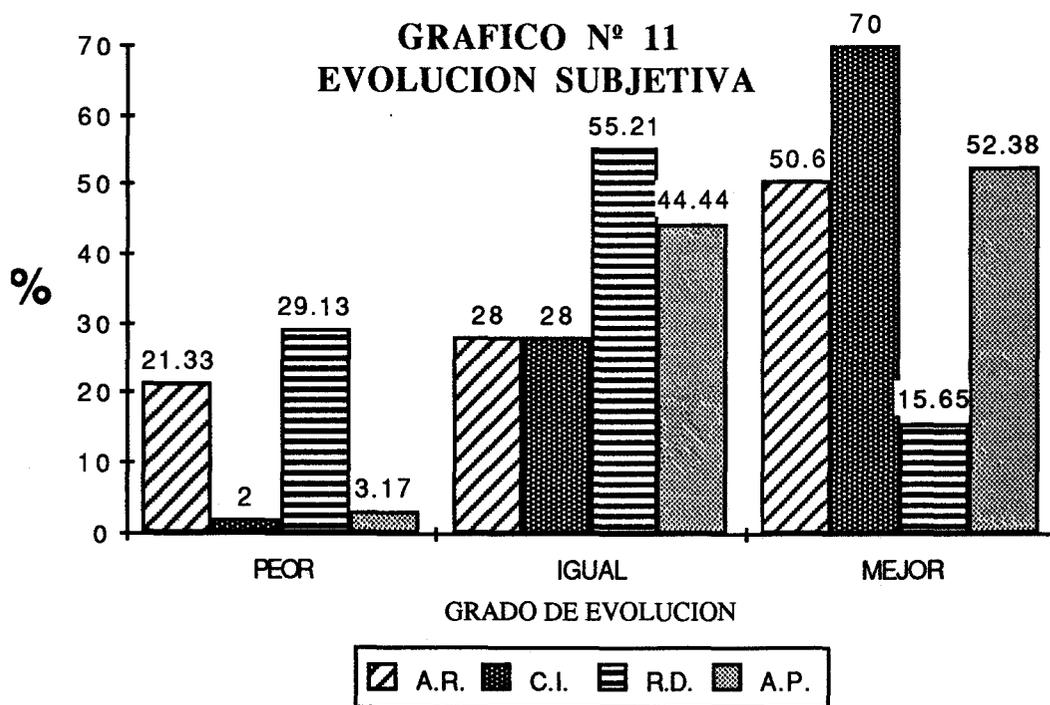
**GRAFICO N° 9**  
**VULNERABILIDAD PSICO-SOCIAL**



**GRAFICO N° 10 INCAPACIDAD SUBJETIVA**



**GRAFICO Nº 11  
EVOLUCION SUBJETIVA**

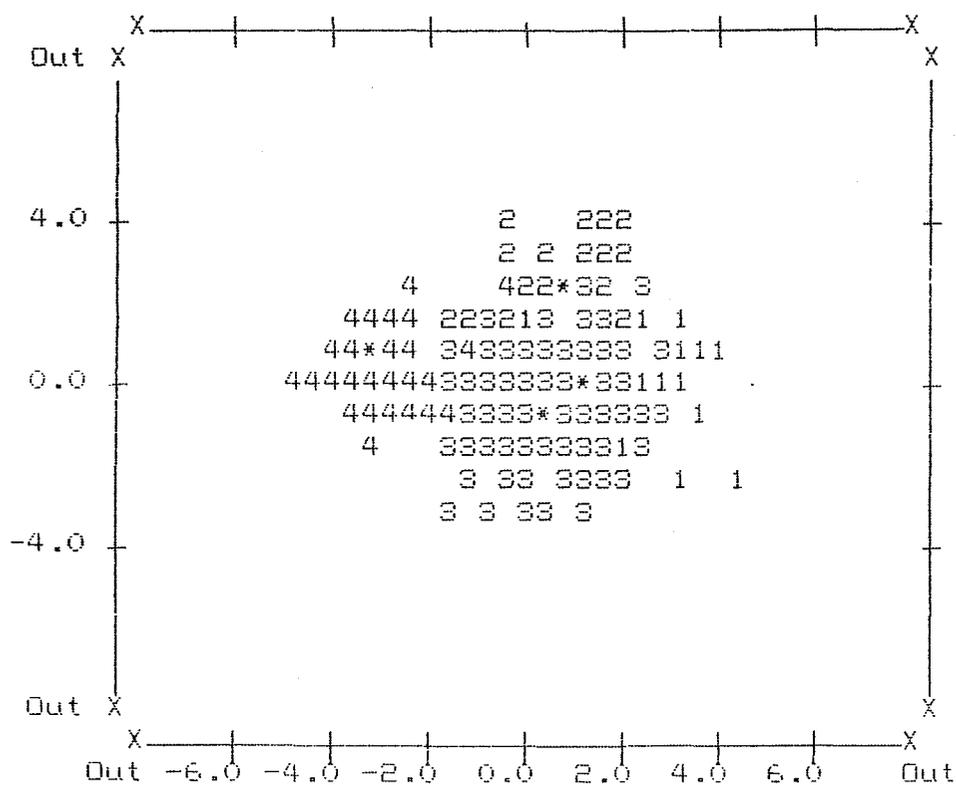


## GRAFICO N° 12.

REPRESENTACION ESPACIAL SEGUN LAS FUNCIONES DISCRIMINANTES DEL  
CONJUNTO DE ENFERMOS Y SU GRUPO DIAGNOSTICO.

Símbolos utilizados en los trazados:

<u>SIMBOLO</u>	<u>GRUPO</u>
1	Artritis reumatoide
2	Cardiopatía Isquémica
3	Reumatismo Degenerativo
4	Atención Primaria
*	Centroides de grupo



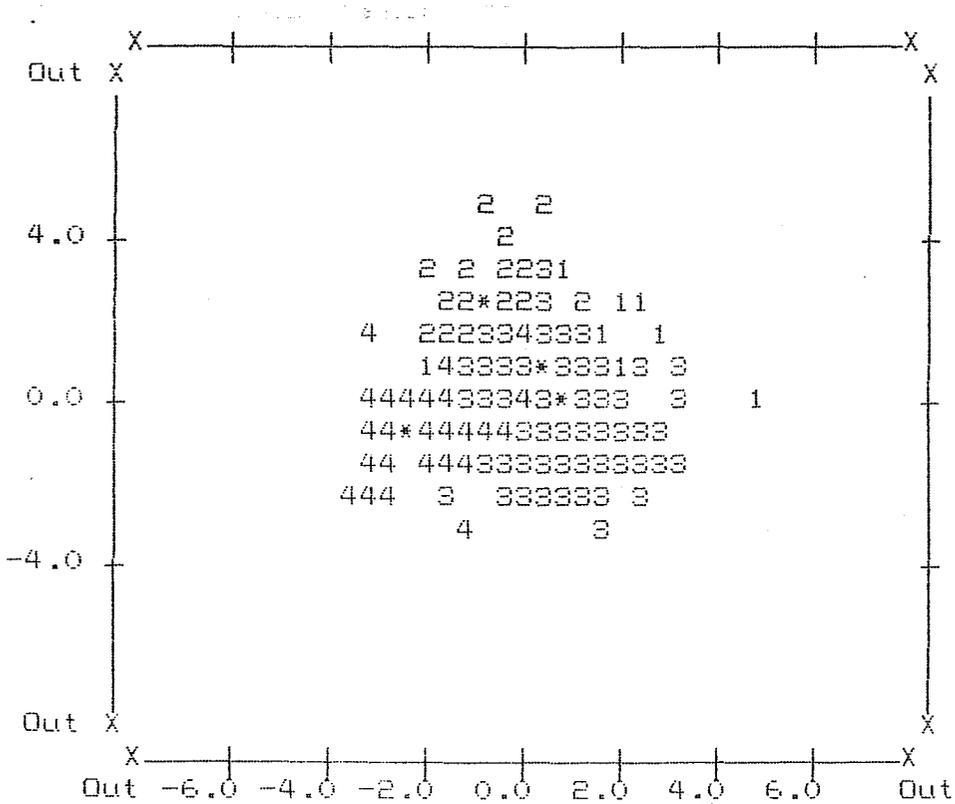
Porcentaje de casos correctamente clasificados = 81.34%

GRAFICO 13.

REPRESENTACION ESPACIAL SEGUN LAS FUNCIONES DISCRIMINANTES DEL CONJUNTO DE ENFERMOS Y SU GRUPO DIAGNOSTICO.

Símbolos utilizados en los trazados:

<u>SIMBOLO</u>	<u>GRUPO</u>
1	Artritis reumatoide
2	Cardiopatía Isquémica
3	Reumatismo Degenerativo
4	Atención Primaria
*	Centroides de grupo



Porcentaje de casos correctamente clasificados = 76,32%

## RESULTADOS

Los resultados de nuestro estudio se expondrán:

- 1º) TABLAS y GRAFICOS de cada análisis estadístico.
- 2º) Descripción de los datos obtenidos para poder pasar a su Discusión.

El análisis de los Resultados serán expuestos en la Discusión de la Tesis.

En este momento de nuestro estudio se realizará una descripción simple y una correlación de los datos con el objetivo de lograr un entramado que permita unificarlos y explicitarlos más largamente y en profundidad, resaltando los aspectos más relevantes, a la hora del Análisis de los Resultados.

## TABLA I

En esta tabla (pág. 123) describimos el número de pacientes que forman la muestra de nuestro estudio agrupados por sexo y patología.

En primer lugar vemos que el grupo más numeroso de la muestra lo forman los pacientes con Reumatismo Degenerativo con 230 casos de los cuales 70 son hombres y 160 mujeres.

El segundo grupo más numeroso estaba compuesto por los enfermos artroscópicos con un total de 75 casos de los cuales 26 (34,67%) eran hombres y 44 (65,33%) mujeres.

El grupo de enfermos cardiopatas era el que tenía menos enfermos con un total de 50 casos de los cuales 38 (76,00%) eran hombres y sólo 12 (24,00%) eran mujeres.

El grupo de Atención Primaria estaba compuesto por 63 individuos de los cuales 43 (68,25%) eran mujeres y 20 (31,75%) eran hombres.

## TABLA II

### DISTRIBUCION DE LA CLASE SOCIAL POR PATOLOGIA

Describimos en esta tabla (pág.124) cómo se distribuyen los enfermos de cada patología en estudio según el concepto de clase social que ya describimos en el apartado de Material y Método.

Apreciamos que la clase social baja es la que tiene una mayor incidencia global sobre todo en el Reumatismo Degenerativo, donde esta es muy elevada con un 66,09% del total de la muestra, mientras que la incidencia de enfermos de clase social media-baja y media son más equitativos con un 20% para el primer grupo y un 13,48% para el segundo.

En los enfermos artríticos denotamos que la clase social baja tiene una incidencia del 46,67%, es decir menor que la del Reumatismo Degenerativo pero aún elevada en contraposición con los enfermos de clase social media-baja y media con un 33,33% para la primera y un 20,00 para la segunda.

Al estudiar a los enfermos con Cardiopatía Isquémica aparecen los índices más igualados con un 40,00% de clase social baja, un 30,00% de clase media-baja y un 30,00% de clase social media.

En el grupo de Atención Primaria ocurre el fenómeno contrario ya que es la clase social media-baja con un 41,27% y la clase social media con un 36,50% los que tienen una mayor incidencia. En este grupo la clase social baja al contrario de lo que ocurre en los otros grupos tiene una menor incidencia con un 17,46% mientras que la clase social media-alta tiene una incidencia del 4,77%.

Esta tabla está representada en el GRAFICO 1 (pág.155).

### TABLA III

ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA.

Al estudiar el estado civil en que se encontraban los diferentes enfermos de nuestro estudio comprobamos que el grupo de enfermos casados era el de más alta incidencia para todas las patologías en estudio, siendo muy equiparados en sus porcentajes: 81,34% en los artríticos, 82,00% en los cardiópatas, 77,83% en el Reumatismo Degenerativo y 85,72% en el grupo de Asistencia Primaria.

En cuanto a los pacientes solteros, vemos cómo la incidencia más elevada se encuentra en los artríticos con un 13,33% y en segundo lugar en los enfermos reumáticos con un 10,00% , mientras que los sujetos de Atención Primaria tenían un índice del 9,25%, presentando los enfermos cardiópatas una incidencia menor con un 6,00%.

El porcentaje de enfermos viudos de nuestra muestra tenía una incidencia más elevada en el grupo de cardiópatas con un 10,00% seguidos de los enfermos reumáticos con un 8,70%, siendo la incidencia mucho menor en la Artritis Reumatoide con un 5,33% y en el grupo de Atención Primaria con 3,17%.

Al estudiar el grupo de separados o divorciados de nuestra muestra sólo cabe reseñar que tienen una incidencia menor en todos los grupos siendo sólo del 3,47% para los enfermos reumáticos, de un 2,00% para los cardiópatas y de un 1,59% para los enfermos de atención primaria. No encontramos ningún paciente artrítico con estado civil de separado o divorciado.

El estado civil se representa en el Gráfico nº 2 (pág. 156).

#### TABLAS IV-V

ANSIEDAD TOTAL EN LA ESCALA DE HAMILTON DISTRIBUIDA POR SEXO Y PATOLOGIA.

Describimos en esta tabla (pág.120) el porcentaje de enfermos de cada muestra que tienen unos niveles de Ansiedad mayor de 15 > (ant >15) en la Escala de Ansiedad de Hamilton, encontrándonos en primer lugar cómo los cuadros de Cardiopatía Isquémica tienen un porcentaje de Ansiedad elevado tanto para los hombres con un 62,5% como para las mujeres con un 37,5%.

Por otra parte, en el Reumatismo Degenerativo los niveles de Ansiedad son más elevados en las mujeres con un 77,3% respecto de los varones con una incidencia de 70,8%.

En los cuadros de Artritis Reumatoide y Atención Primaria nos encontramos un porcentaje de Ansiedad en la Escala de Hamilton que es parejo en estos dos grupos, sobre todo en las mujeres, siendo de menor significación en los hombres.

La ansiedad total para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 3 (pág.157).

### TABLAS VI-VII

DEPRESION EN LA ESCALA DE HAMILTON DISTRIBUIDOS POR SEXO Y PATOLOGIA.

Estudiamos en estas tablas (págs. 128 - 129 ) la intensidad de la sintomatología depresiva  $DH \geq 21$  de estos pacientes ante la Escala de Depresión de Hamilton.

Encontramos una clara evidencia de cuadros de Artritis Reumatoide con altas puntuaciones a esta escala en mujeres de 88,2%.

En cuanto a la Cardiopatía Isquémica, la sintomatología depresiva alcanza poca puntuación para estos enfermos en nuestra muestra.

En los cuadros de Reumatismo Degenerativo sí encontramos altas puntuaciones DH  $\geq 21$  tanto en hombres (21,11%) y en las mujeres (78,8%), siendo la incidencia tal como se puede apreciar mucho mayor en las mujeres.

En el grupo de Atención Primaria encontramos una menor incidencia de depresión, la cual se registra sólo y exclusivamente en las mujeres de esta muestra.

La depresión en la escala de Hamilton para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 4 (pág. 158 ).

### TABLAS VIII-IX

#### DEPRESION EN LA ESCALA QD2A DISTRIBUIDOS POR SEXO Y PATOLOGIA.

Se estudia en estas tablas (pags. 130- 131 ) el porcentaje de enfermos que presentaban una puntuación elevada  $DP \geq 7$  ante la escala o cuestionario simplificado para la sintomatología Depresión de PICHOT o cuestionario QD2A. Detectamos cómo son los cuadros de tipo degenerativo los que tienen un mayor porcentaje de puntuación a la escala (52,6%) siendo su incidencia mayor en mujeres (77,6%) que en los hombres con un 22,3%.

Son los cuadros de Artritis Reumatoide los que tienen una alta incidencia de sintomatología depresiva para esta escala , aunque de menor intensidad que los cuadros de tipo degenerativo, siendo en las mujeres de mayor intensidad con un 77,2%, mientras que los hombres artríticos de la muestra tenían un porcentaje de 22,7%.

En cuanto a la Cardiopatía Isquémica, las puntuaciones a esta escala tienen poca incidencia lo que concuerda totalmente con las puntuaciones obtenidas en la otra escala de depresión o de HAMILTON.

En el grupo de pacientes de Atención Primaria sólo detectamos sintomatología de tipo depresivo, aunque esta es de menor intensidad que en los dos cuadros reumáticos estudiados anteriormente, en el sexo femenino de la muestra, siendo su incidencia muy escasa en el masculino.

La depresión en la escala QD2A de PICHOT para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 5 (pág.159).

### TABLAS X-XI

#### PACIENTES CON PESIMISMO EN LA ESCALA O CUESTIONARIO DE BECK DISTRIBUIDOS POR SEXO Y PATOLOGIA

Se analiza en estas tablas (págs. 132- 133) el porcentaje de enfermos que tienen un alto grado de Pesimismo  $PS \geq 7$  a esta escala.

Se aprecia cómo son los cuadros reumáticos de tipo degenerativo los que tienen un más alto porcentaje de Pesimismo o Ausencia de Proyecto con un 70,4 % de la muestra, siendo más acentuado en las



mujeres con un 74,7% de la muestra, mientras que los hombres lo eran en un 25,3% de los casos estudiados.

En segundo lugar nos encontramos cómo el Reumatismo Inflamatorio, en este caso la Artritis Reumatoide, tiene un alto porcentaje de Pesimismo a esta escala sobre todo en las mujeres (75,7%), mientras que en los hombres la puntuación iba muy pareja con los cuadros de Reumatismo Degenerativo estudiados anteriormente con un porcentaje de 24,2%.

En el grupo de Cardiopatía Isquémica encontramos un elevado porcentaje de Pesimismo en los hombres, siendo de menos significación para las mujeres en esta muestra.

En el grupo de Atención Primaria la incidencia global de Pesimismo es menor que en el resto de las patologías estudiadas, y tiene una mayor incidencia en las mujeres de este grupo.

El pesimismo para cada grupo diagnóstico y por sexos está representado en el GRAFICO nº 6 (pág.160).

### TABLAS XII-XIII

#### INCIDENCIAS SOCIOBIOGRAFICAS.

En estas tablas (págs. 134 - 135 ) estudiamos cómo las incidencias sociobiográficas inciden cuantitativamente en las cuatro poblaciones estudiadas.

En primer lugar dividimos estas incidencias por intervalos (0-4, 5-9, 10-14 y >14) para poder realizar una valoración cuantitativa de las mismas.

En el grupo de Reumatismo Degenerativo vemos una alta incidencia de elevado número de incidencias sociobiográficas, existiendo incluso un 1,30% de más de 14 incidencias, lo que supone a nuestro criterio una mayor predisposición a la aparición de cuadros de tipo psíquico. También observamos un alto porcentaje de 5-9 incidencias (56,5%) y de 10-14 (14,34%) muy superiores a los otros grupos.

Por otra parte, el índice de escasas incidencias sociobiográficas es el menor de los restantes 3 grupos con un 27,82%.

Los grupos de Artritis Reumatoide y Cardiopatía Isquémica presentan una distribución de incidencias sociobiográficas bastante parecido aunque parece ser que la Artritis Reumatoide tiene un porcentaje más alto de haber vivido en los dos últimos años anteriores al estudio estas situaciones de cambio o bien situaciones no deseables en sus vidas con un 9,33% respecto al 2% de los cardiópatas.

En el grupo de Atención Primaria la muestra se distribuye en un 49,2% con pocas incidencias sociobiográficas, un 46,03 con una incidencia media y una escasa tasa de enfermos encuestados con un número superior de haber sufrido incidencias de este tipo en sus vidas en los dos años anteriores a la realización de este estudio.

Por lo tanto consideramos al reumatismo de tipo degenerativo como grupo de alto riesgo ya que ha sufrido un mayor número de incidencias de este tipo.

Las incidencias sociobiográficas para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 7 (pág. 161).

## TABLAS XIV-XV

### APOYO SOCIAL

En estas tablas (págs. 136- 137 ) se estudia el nivel de Apoyo Social (Bajo: 0-15, Medio: 16-29, Alto: 30 o más puntos).

En primer lugar como vemos son los enfermos con Cardiopatía Isquémica son los que alcanzan un mayor porcentaje de apoyo social alto con un 60%, mientras que el apoyo bajo de esta muestra es casi inexistente.

En la Artritis Reumatoide vemos que la muestra se divide igualmente entre el apoyo social alto con un 46% y el apoyo social medio con un 48% siendo el apoyo social bajo muy escaso (5,33%).

En el grupo de Reumatismo Degenerativo vemos cómo ocurre un fenómeno distinto a las dos muestras anteriores. Así, el apoyo social bajo tiene una incidencia del 20,86% en los enfermos de la muestra, aunque la mayoría de esta tiene un Apoyo Social de tipo medio (53,9%). Por otra parte, vemos cómo los niveles de apoyo social alto para este grupo son los más bajos de los otros tres grupos con un 25,2%.

En la población de Atención Primaria nos encontramos una alta incidencia de apoyo social de tipo medio con un 52,38% y discreta incidencia del apoyo social alto con un 38,09%, inferior a la Cardiopatía Isquémica y a la Artritis Reumatoide pero superior al grupo de Reumatismo Degenerativo. El apoyo social bajo tiene una incidencia de 9,52%.

El apoyo social para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 8 (pág. 162 ).

## TABLAS XVI-XVII

### VULNERABILIDAD PSICO-SOCIAL

Se estudia en estas tablas (págs.138-139) la incidencia cuantitativa de los factores de Vulnerabilidad Psico-social como elementos productores de psicopatología, dado que a una mayor incidencia de estos correspondería un mayor incremento de cuadros de tipo psíquico.

En este sentido y estudiando el índice de factores de vulnerabilidad en cada patología estudiada, vemos claramente como el Reumatismo Degenerativo tiene un mayor porcentaje de factores de vulnerabilidad existiendo un 17,98% con una incidencia de 3 factores e incluso un solo caso que tendría 4 factores de vulnerabilidad. La existencia de 2 factores también es elevada en esta patología con un 39,03%.

En la Artritis Reumatoide también vemos como la incidencia de 3 factores de vulnerabilidad es alta con un 11,76%, mientras que con 2 factores era de un 30,88% y con un solo factor un 57,35%.

En la Cardiopatía Isquémica ocurre lo contrario y vemos como con un factor existe un 61,70%, con 2 factores un 34,04% y con 3 factores un 4,25%. En el grupo de Asistencia Primaria nos encontramos como la ausencia de estos factores o un solo factor de vulnerabilidad (53,96%) es la distribución más frecuente en que se distribuye la muestra estudiada.

La vulnerabilidad psico-social para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 9 (pág. 163 ).

## TABLAS XVIII-XIX

### INCAPACIDAD SUBJETIVA

Se muestra en estos cuadros (págs. 140- 141 ) el índice de Incapacidad Subjetiva  $IS \geq 3$  de los enfermos de las cuatro muestras, haciendo hincapié que un índice  $IS \geq 3$  significa que los enfermos no manifestaban que tenían dificultad para realizar su trabajo habitual.

En primer lugar vemos como los cuadros de Reumatismo Degenerativo tienen una alta incidencia de Incapacidad Subjetiva con un 90,4% siendo su incidencia más alta en mujeres con un 67,3% que en los hombres con un 32,7%.

En segundo lugar vemos como la Cardiopatía Isquémica tiene un alto porcentaje de Incapacidad Subjetiva muy próximo al grupo anterior ( 90 %), aunque estos cuadros son más incapacitantes en los hombres con un 77,7% y de menor incidencia en las mujeres con un 22%.

Los cuadros de Artritis Reumatoide nos dan un índice de Incapacidad Subjetiva también elevado (69,3%), pero aquí la incidencia entre ambos sexos está más equiparada aunque es algo más elevada en las mujeres con un 40,3%.

La sintomatología incapacitante subjetiva en el grupo de Atención Primaria es de muy escasa incidencia en la muestra estudiada (11,1%).

La Incapacidad Subjetiva para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 10 (pág. 164).

### TABLAS XX-XXI

#### EVOLUCION SUBJETIVA.

Se estudia en estos cuadros (págs. 142 - 143 ) la diferente evolución que el enfermo tiene de su propia enfermedad y si esta es positiva, estacionaria o negativa.

Hemos de destacar que los enfermos con Artritis Reumatoide nos manifiestan que se encuentran mejor de su padecimiento en un 50,6%, mientras sólo el 21,3% nos manifiesta que se encuentra peor. Un 28% de ellos consideraba que su cuadro estaba en una fase estacionaria.

En la Cardiopatía Isquémica los enfermos se decantan claramente hacia la mejoría con un 70%, y hacia un carácter estacionario en un 28% siendo casi nulo el concepto de empeoramiento de su enfermedad.

En el Reumatismo Degenerativo ocurre todo lo contrario a los cuadros anteriores, así la mayor parte de los enfermos nos manifiestan que están igual de su enfermedad 55,2%, e incluso un 29,3% nos manifestaban que habían empeorado últimamente. Sólo un 15,6% había mejorado.

En la Asistencia Primaria existía una tendencia generalizada a la mejoría en un 52,38%.

La Evolución subjetiva para cada grupo diagnóstico y por sexos está representada en el GRAFICO nº 11 (pág. 165).

## TABLA XXII

### CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

Esta tabla (pág.144) muestra las correlaciones entre las diversas variables psicosociales dentro del global del material de trabajo. Vemos cómo todas están muy significativamente correlacionadas, especialmente la ansiedad con la depresión y la depresión con el pesimismo. De otro lado, el pesimismo se correlaciona casi a los mismos niveles con la ansiedad que con la falta de soporte social y la vulnerabilidad: es decir, se nos comienza a mostrar como un factor que, probablemente, sea heterogéneo y dependa de las características de cada muestra. De hecho, como luego veremos y analizaremos en la Discusión, la dimensión pesimismo puede estar relacionada ya sea con la ansiedad ya con un bajo soporte social y, desde un punto de vista teórico, es muy diversa su evolución a lo largo de la enfermedad.

Por ello, hemos analizado las diversas correlaciones entre variables psicosociales en cada una de las entidades que constituyen nuestro material de trabajo, tanto para compararlas con las obtenidas al analizar la muestra global como para realizar una comparación entre las distintas entidades nosológicas.

### TABLAS XXIII-XXIV-XXV-XXVI

#### CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES PARA CADA UNA DE LAS PATOLOGIAS.

Estas cuatro tablas (págs. 145- 148 ) recogen las correlaciones entre las variables psicosociales consideradas en este estudio para cada una de las enfermedades analizadas. Vemos cómo existen datos diferenciales, así, mientras que para las Cardiopatías Isquémicas (TABLA XV, pág. 137 ) la depresión tiene correlaciones más bajas con la vulnerabilidad y el apoyo social que la muestra global y todas las otras muestras, la ansiedad ni siquiera obtiene correlaciones estadísticamente significativas con estas variables psicosociales. En cambio, el pesimismo sí tiene una correlación con la vulnerabilidad y el apoyo social más bajo. La vulnerabilidad, por el contrario, tiene la más alta correlación (.715) con la carencia de soporte social si analizamos todas las muestras. Cabe deducir que la cardiopatía isquémica es una muestra diferencial y específica a la hora de presentar factores psicológicos y correlacionarlos con los psicosociales.

Asimismo, la muestra de Atención Primaria (TABLA XVII, pág. 139 ) al correlacionar variables psicológicas y psicosociales, presenta particularidades. En efecto, llama la atención en primer lugar que el soporte social está más fuertemente relacionado con la ansiedad que con la depresión y cómo la vulnerabilidad, que teóricamente es vulnerabilidad para hacer cuadros depresivos, tiene correlaciones casi idénticas con la ansiedad y la depresión, identidad que no sucede para las otras muestras. En segundo lugar, en Atención Primaria, el pesimismo se correlaciona de forma no muy elevada, aunque significativa, con la vulnerabilidad; esto no sucede para las otras muestras analizadas ni para

la global. Como será motivo de análisis en la Discusión, esta tipificación diversa de las correlaciones entre variables tienden a indicar una diferenciación del material de Atención Primaria, donde es el apoyo social la variable eje, correlacionada con la ansiedad y la carencia de proyectos.

Por contra, las muestras Artritis Reumatoide (TABLA XIV, pag.136) y Reumatismo Degenerativo (TABLA XVI, pag.138) presentan correlaciones parejas. Sin embargo, es de destacar que mientras para el material Artritis Reumatoide los factores ansiedad y depresión muestran correlaciones casi idénticas con el apoyo social y la vulnerabilidad, para la muestra Reumatismo Degenerativo es la depresión quién se correlaciona más fuertemente con la vulnerabilidad (.538) y la carencia de soporte social (.569), mientras que la ansiedad lo hace de forma menos elevada (.391 con la vulnerabilidad y .280 con bajo apoyo social). Esta diferencia, como veremos, no sólo es de matiz y apunta a un campo teórico muy importante que tendremos que pormenorizar.

#### TABLAS XXVII-XXVIII-XIX

Una vez realizadas las correlaciones entre variables psicosociales, hemos considerado pertinente efectuar un análisis discriminante con variables psicosociales unidas a otros parámetros contemplados en este estudio. Este paso metodológico, utilizando una prueba estadística multivariada que tiende a maximizar las diferencias entre los grupos y otorga un valor discriminante a cada variable, permite:

a) Observar si con las variables consideradas los grupos diagnósticos (diagnóstico clínico) permanecen o, por el contrario, tienden a unirse y,

en consecuencia, globalmente las variables consideradas no tendrían valor distintivo para uno o varios de los grupos diagnósticos.

b) Si alguna o varias de las variables utilizadas, al no poseer valor discriminante, es rechazada por el análisis estadístico.

c) Obtener Funciones Discriminantes y las correlaciones que las variables utilizadas tienen para cada Función, de forma que constituirían un conglomerado o grapa de variables que covarian entre ellas y la función discriminante, es decir, una doble correlación que supera estadísticamente a las correlaciones lineales simples.

d) Para cada enfermo se obtiene un valor en cada Función Discriminante. Esto permite, al analizar las similitudes y diferencias, clasificar a cada enfermo no ya por el diagnóstico clínico, sino por parámetros estadísticos, viendo a qué grupo pertenece según su individual característica en el análisis discriminante.

e) Finalmente, podemos observar la redistribución diagnóstica: es decir, qué enfermos tras el análisis discriminante siguen guardando su grupo diagnóstico y cuales otros cambiarían de grupo. Por ejemplo, porcentaje de enfermos del grupo diagnóstico clínico Reumatismo Degenerativo que tras el análisis discriminante pasan, para las variables consideradas, a trasladarse a otro grupo diagnóstico. Por último, puede obtenerse, para el global de la muestra, el porcentaje de casos bien clasificados: es decir, que con las solas variables consideradas, siguen manteniendo su grupo diagnóstico original.

Un análisis discriminante realizado sobre el total de la muestra con variables psicosociales junto a aquellas que tienden a representar una

asociación en sentido médico, por ejemplo, la asistencia a urgencias hospitalarias, evolución subjetiva, incapacidad subjetiva relacionada con la enfermedad, además de variables conceptuales antropológicas (concepto de enfermedad y el nivel de relación con el medio), nos muestra que para los cuatro grupos diagnósticos considerados, emergen tres funciones que discriminan significativamente con valores muy altos a nuestro material de trabajo. Así, la primera función explica el 59.34% de la varianza y tiene una Lambda de .1409 que para 72 GL con un chi cuadrado de 789.631,  $p = .000001$ . La segunda función abarca el 31.46% de la varianza con una Lambda de .3972 y una chi cuadrado de 372.098 que para 46 GL,  $p = .00001$ . La tercera función comprende sólo el 9.02% de la varianza y con una Lambda de .7801 y una chi cuadrado de 100.055 para GL = 22 tiene una muy elevada significación diferencial ( $p = .00001$ ).

Una vez mostrada la pertinencia del análisis estadístico y la significación estadística diferencial de cada función discriminante que explican en total el 100% de la varianza, y donde ninguna variable utilizada ha sido rechazada por el análisis estadístico, podemos pasar a analizar los componentes de cada función discriminante antes de observar como se reclasificarían los diagnósticos si atendieramos sólo a las variables utilizadas y su valor discriminante.

La TABLA XXVII (pág.149) muestra los coeficientes estandarizados del valor discriminante de cada variable en las tres funciones. Vemos cómo la Función 1 y la Función 3 pueden oponerse, mientras que la Función 2 tiene variables diferenciales respecto de la 1 y de la 3. Para la Función 1, las consultas a otras especialidades y la incapacidad subjetiva obtienen valores muy elevados. Para la Función 2, el tiempo de evolución somática y la evolución subjetiva. Para la Función 3, se

obtienen coeficientes muy altos de ansiedad total, relación con el medio, clase social y pesimismo, siendo este último menos alto pero diferencial respecto de las otras dos funciones.

La TABLA XXVIII (pág. 150 ) muestra las correlaciones entre las variables y la covarianza con las funciones discriminantes. Vemos cómo existe una Función donde sólo una variable está correlacionada significativamente más que con las otras funciones, y de forma negativa (- .455). Las Funciones 2 y 3 son mucho más ricas en correlaciones. La Función 2 agrupa un conglomerado de variables correlacionadas muchas de ellas de forma negativa. Así, para esta función correlacionan significativamente de manera negativa el tiempo de evolución de la enfermedad, la ansiedad somática, la depresión a las Escalas de HAMILTON y PICHOT, y el tiempo de evolución de la sintomatología psíquica evidente. Buena evolución subjetiva, clase social más elevada, y soporte social más alto, se correlacionan de forma positiva, así como una buena relación con el medio. De entrada, es una función que discriminará casos sin sintomatología psíquica mayor, buena evolución, escaso tiempo de síntomas somáticos (no crónico) y, junto a ello, un buen soporte social. Por el contrario, la Función 3 está caracterizada por síntomas ansiosos que se correlacionan con asistencia a urgencias hospitalarias, una más elevada incapacidad subjetiva, dentro de un contexto de correlación con una edad más elevada, una mayor frecuencia de incidencias sociobiográficas negativas y un menor nivel cultural.

Si atendemos a estas variables clínicas (evolutivas) y psicosociales exclusivamente, al reclasificar la muestra observamos en la TABLA XXIX (pág.151) que globalmente un 81.34% de los casos recibirían el mismo diagnóstico que el clínico y se consideran por tanto, bien clasificados.

Este alto porcentaje global, al pormenorizarlos en grupo vemos: 1) Que el grupo de Atención Primaria está bien clasificado en el 98.4% de los casos, de forma que el análisis discriminante sólo ha pasado a otro grupo 1 caso; 2) El grupo de Artritis Reumatoide está correctamente clasificado en el 70.7%, pasando 4 enfermos (5.3%) a la Cardiopatía Isquémica por las variables psicosociales consideradas y , mayor número, al Reumatismo Degenerativo (17 casos, 22.7% de casos); 3) El grupo clínico diagnosticado de Reumatismo Degenerativo está bien clasificado en el 79.1% de los casos, pasando 32 a las características de la Artritis Reumatoide (13.9%); Por último, el grupo Cardiopatía Isquémica conserva su diagnóstico en el 86% de los casos, obteniendo un elevado índice de concordancia.

La representación gráfica de esta distribución puede verse en el GRAFICO nº 12 (pág.166).

#### TABLAS XXX, XXXI, XXXII.

Estas tres TABLAS contemplan los resultados de un segundo análisis discriminante, donde se han eliminado algunas variables respecto del primero: variables que podrían ser redundantes ( como el motivo de urgencias y el asistir a urgencias por el trastorno derivado de la enfermedad, o bien el asistir a otras especialidades), y por tanto, reforzar el papel diferenciador para cada grupo. Así, este análisis se realiza con 16 variables psicosociales y 4 evolutivas ( tiempo de evolución de la patología somática, tiempo de evolución de los síntomas psicicos netos y evolución subjetiva del paciente). De esta forma, se purifica aún más el poder discriminante de cada variable y del conjunto de variables psicosociales aún a costa de reducir presumiblemente su poder diferenciador global, teniendo presente la reducción casi a lo más

estrictamente mínimo necesario para la valoración psicosocial.

La TABLA XXX (pág. 152 ), muestra los coeficientes estandarizados de cada variable para las tres funciones discriminantes que emergen en el análisis del global de la muestra.

La TABLA XXXI (pág. 153) contempla la correlación entre las variables y a su vez estas correlaciones con cada una de las funciones discriminantes. Observamos que la función 1 está significativamente correlacionada con una sintomatología psíquica que ha hecho necesario al especialista en Reumatología, Cardiología, o al médico de Atención Primaria el remitirlo a una consulta de Psiquiatría y, en principio, debe considerarse como una patología psíquica evidente, muy manifiesta o severa. Asimismo, se correlaciona con un mayor tiempo de evolución de la patología somática , una clase social más baja, un negativo concepto de enfermedad y un síndrome depresivo. Es de resaltar que la incapacidad subjetiva toma una correlación negativa: es decir, estas variables covarían junto a una buena capacidad subjetiva del sujeto respecto de su enfermedad somática y sus síntomas psíquicos junto a su situación social. La Función 2 es muy peculiar, puesto que en esencia sólo una variable (el apoyo social) es constitutiva de su aparición respecto de las otras dos funciones discriminantes. La Función 3, por el contrario, reúne 10 variables: las más altamente correlacionadas son la ansiedad (psíquica y total) y la edad. Junto a ellas, un alto índice de incidencias sociobiográficas, un bajo nivel de estudios y una sensación negativa de proyectos (pesimismo) junto a un síndrome depresivo. En esta función aparece el factor vulnerabilidad psicosocial correlacionado significativamente. (.2759).

Así pues, mientras el apoyo social aparece en la Función 2, las

incidencias sociobiográficas y la vulnerabilidad psicosocial se desvían del parámetro psicosocial apoyo o amortiguación del impacto psicosocial, para aparecer unidas y correlacionadas con la Función 3.

Si volvemos a la tabla XXX (pag.152) vemos que la Función 2 ( elevado apoyo social ) es más alto en la Cardiopatía Isquémica ( 2.026 ), medio en la Artritis Reumatoide ( .521 ) y negativo en el Reumatismo Degenerativo (-.383 ) y, especialmente en la muestra de Atención primaria ( -.827 ).

Por el contrario, en la Función 1 ( larga evolución somática, síndrome depresivo y edad más elevada junto a clase social más baja ) está más presente en el Reumatismo Degenerativo ( .645 ) y es negativa para la Cardiopatía Isquémica ( -.383 ).

Si no ya globalmente sino analizando caso por caso el trasiego diagnóstico al considerar exclusivamente estas variables, vemos en la tabla XXXII (pag.154) cómo la Artritis Reumatoide estaría bien clasificada en un 88.0% (porcentaje elevadísimo si tenemos presente que no se tienen en cuenta más que parámetros que no consideran los signos o síntomas propios de la enfermedad). el reumatismo Degenerativo bien clasificado en un 74.3% y es de resaltar que el grupo Atención Primaria sigue con igual grupo en el 93.7% de los casos, es decir, las variables psicosociales que lo caracterizan son tan diferenciales que aún estando purificadas al máximo resultan ser altamente discriminantes respecto de los otros grupos.

En total un 76.32% de los casos ( de la muestra global de 418 ) seguiría perteneciendo al grupo diagnóstico de origen, lo que indica el alto valor de las variables psicosociales y evolutivas consideradas.

La distribución de los grupos puede verse en el gráfico 13 (pag.167).

## DISCUSSION

## DISCUSION

En relación con los datos reflejados en los Resultados de nuestro estudio orientaremos la Discusión antes de poder concretar las conclusiones.

En primer lugar, analizaremos los diferentes apartados que componen la Introducción de esta Tesis, y veremos qué nexo de unión o divergencia tienen los estudios realizados por otros autores .

En un segundo tiempo metodológico, realizaremos una interpretación de los datos obtenidos en este estudio, analizando cómo inciden todos y cada uno de ellos según los resultados obtenidos, y los confrontaremos con otras experiencias obtenidas en el estudio de otros autores cuando ello sea posible.

REUMATISMO Y TRABAJO.- En este apartado hemos de reseñar que sólo hemos realizado una descripción somera de aquellos procesos reumatológicos que pueden tener su origen o agravación en el desempeño o realización de una determinada actividad laboral.

En principio, nuestro estudio dista mucho de los objetivos que plantean estos trabajos ya que el núcleo principal de nuestro estudio son los "factores psicosociales"; no obstante , veremos que puede ser complementario e interesante si se plantean nuevos trabajos en el campo de la Medicina del Trabajo y Salud Laboral.

En estos trabajos, se hace una pormenorizada descripción de los cuadros patológicos relacionándolos con la profesión que desempeñaban estos enfermos; es decir, se establece una relación

causa-efecto (\*3-7\*). Creemos que el conjunto ideal sería el estudiar el componente psicosocial que rodean a estos enfermos, su status social y económico, su relación afectiva tanto familiar como del entorno laboral, el descartar y analizar si existe un cuadro psicossomático primario o secundario a la patología reumática que presenta.

GASTOS SOCIALES Y ASISTENCIALES: REUMATISMO E INVALIDEZ.- En el apartado de Gastos Sociales e Invalidez que generan las enfermedades reumáticas ocurre un hecho muy parejo al de Reumatismo y Trabajo; es decir, que nuestro trabajo puede servir como complemento a estudios que se quieran plantear este tema.

Al revisar este apartado se nos afirma que prácticamente la totalidad de las bajas así como las incapacidades por reumatismo, se producen a partir de los 45 años (\*20\*), lo que concuerda plenamente con la edad media de la población de enfermos que componen nuestra muestra de estudio, y que sufrirían un reumatismo de tipo inflamatorio o degenerativo, ya que la media de edad en los enfermos portadores de una artritis reumatoide en nuestro estudio era de 49,83 años con una desviación standar de 8,63.

Por otra parte, los enfermos cardiópatas se encuentran en en una edad muy superior a los reumáticos (59,60; D.S. 7,73), mientras que el grupo de Atención Primaria era más similar a los reumáticos con una edad media de 47,16 años (D.S. 10,19).

Por lo tanto la edad media de los pacientes que componen nuestra muestra es muy similar a la contemplada en estudios de otros autores.

Al comparar nuestra población de enfermos reumáticos veremos

cómo su distribución por sexos es cualitativamente muy parecida a la expresada en otros estudios parecidos, citemos el realizado por este autor junto con Dr. ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN sobre "Solitud de Invalidez Permanente por Patología Reumática en Contraposición a la producida por otro tipo de patología" (\*23\*).

FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD:  
FACTORES CULTURALES ANTROPOLOGICOS.

Se ha comprobado que por medio de una estrecha colaboración entre Medicina y Sociología se logra un progreso considerable para ambas disciplinas.

La Sociología Médica investiga las conexiones de la enfermedad con las actuales estructuras sociales. A este respecto, no interesan solamente los elementos patogénicos del medio laboral (Higiene Social y Patología Social), sino que también las peculiaridades de la vida cultural y social que condicionan las diversas reacciones ante la enfermedad y los aspectos patogénicos. La Medicina puede descubrir desde el ángulo visual sociológico nuevos y valiosos datos sobre el cuadro sintomatológico dentro de la sociedad tecnificada e industrial de nuestros días. La enfermedad del individuo entraña hoy para el enfermo diversos problemas de carácter social y laboral.

El médico de la sociedad moderna debe de servir a esta no sólo asistencialemtne, sino conociendo además la situación del paciente en la familia y el medio laboral. Ello solo resulta posible mediante la aportación de ciertas creencias filosóficas y sociales, especialmente la Psicología y Sociología; si el médico amplía su campo visual con estudios médicos-psicológicos, podrá divisar también las conexiones entre acontecimientos físicos y anímicos (\*126\*).

Estamos totalmente de acuerdo con el contenido y la expresión de este párrafo de KURT POLLACK ya que al estudiar el contenido de su libro "Los discípulos de Hipócrates" encontramos que siempre puntualiza la idea de que el médico desde los comienzos de la historia se ha visto inmerso y ha jugado un papel importante en la sociedad que le tocó vivir según las diferentes épocas de la historia universal.

Esta circunstancia se nos puede presentar de forma primaria o aislada, o bien secundaria a una patología de base, la mayoría de las veces "crónicos" como sería el caso de las enfermedades reumáticas, pero en uno u otro caso siempre influenciada y potenciada por los factores psicosociales de cada individuo.

Reseñamos brevemente el "Concepto Social de la Salud" para PIEDROLA GIL:

Los grupos sociales pueden conceptualizar la salud como el grado de aptitud para realizar los roles sociales. La salud estaría constituida por las cualidades de la vida humana necesaria para enfrentarse con las exigencias sociales superando el grado mínimo de funcionamiento orgánico que le permita un desarrollo pleno y fuerte.

Esta concepción de utilitarismo social conlleva una serie de consecuencias como son:

1º. La salud es un bien económico, por lo tanto el valor económico de la salud sería una razón más para protegerla.

2º. La salud es un componente básico de la calidad de vida, es decir, la vida no sería humana si careciera de bienestar. La salud sería el grado de satisfacción que una persona o comunidad tienen de acuerdo con su situación y las experiencias vividas (\*127\*).

Este nuevo autor reconoce refiriéndose a las enfermedades reumáticas como tema que nos preocupa que "los trastornos del sistema músculo-esquelético son hoy en día un importante problema para los servicios de Salud Pública. Dentro de sus características principales destaca su gran poder invalidante y posterior incremento del absentismo laboral. Se trata por tanto de procesos con un alto coste social que se traduce en incapacidades parciales o totales, así como de costosos e interminables tratamientos, con la consiguiente pérdida de salud y disminución de la productividad. Su pronóstico es malo, pero no por su evolución hacia la muerte, sino por el empeoramiento de la calidad de vida (\*128\*).

Por todo lo expresado anteriormente y por la experiencia personal que hemos adquirido realizando esta Tesis, estamos totalmente de acuerdo con las apreciaciones realizadas por MECHANIC (\*96\*) al decir que las pautas de enfermar están íntimamente ligadas a los condicionantes sociales, familiar, las presiones del grupo y aprendizaje de los roles sociales influyen en las actitudes hacia los riesgos y receptividad hacia los servicios médicos.

En nuestro estudio hemos dado capital importancia a una serie de características de la muestra como son la clase social, nivel cultural, estado civil de la muestra, tipo de trabajo, etc., junto con otros más complejos y estimativos como serían el grado de apoyo social, vulnerabilidad psicosocial, el grado de relación social con el medio en que viven estos enfermos, etc.

La cuantificación de estos factores es totalmente necesaria a la hora de analizar términos como ansiedad, depresión, pesimismo o incapacidad subjetiva, puesto que todos estos términos están

directamente influenciados por estos, y el análisis cuantitativo no es posible si no se tiene en cuenta todos y cada uno de ellos.

Estamos de acuerdo con los trabajos de GUERRERO TORRE y FERNANDEZ-ARGUELLES sobre " El papel de los sucesos estresantes y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica" (\*108\*) y con otro de GINER UBAGO, GUERRERO TORRE y CHAPARRO titulado "El papel de los sucesos vitales, apoyo social y vulnerabilidad en los diversos subtipos de depresión" (\*109\*).

En los resultados obtenidos en esta Tesis observamos que las conclusiones que sacamos a la hora de analizar los datos se asemejan a las apreciaciones de estos autores, ya que comprobamos que la carencia de apoyo social o apoyo social bajo y medio-bajo es predisponente para que estos enfermos sufran un episodio de tipo depresivo o ansioso, asimismo a un mayor grado de vulnerabilidad e incidencias sociobiográficas existe un aumento cualitativo de la sintomatología psíquica de estos enfermos no psiquiátricos.

Un punto a reseñar que creemos tiene gran importancia es que llegamos a conclusiones similares estando nuestro estudio formado por una muestra de enfermos "no psiquiátricos"; por el contrario, estos autores realizaron el estudio con una muestra de enfermos procedentes del Servicio de Psiquiatría los que ya habían sido diagnosticados y estaban en proceso de tratamiento de una cuadro de tipo psíquico.

Existe otro trabajo que creemos interesante mencionar ya que guarda también una relación parecida en su contexto con el tema que nos ocupa. Este artículo se titula "Clase social, desempleo y enfermedad crónica. Otra aportación al debate sobre las desigualdades en la salud" (\*111\*).

Pese a que este estudio está realizado en Inglaterra, comprobamos que al analizar sus conclusiones que estas son muy semejantes a las nuestras, dándose la peculiar circunstancia de que estamos comparando dos problemas distintos de dos países con un status psicosocial y talante cultural totalmente distintos.

Nosotros también comprobamos en nuestro estudio que son las mujeres sobre todo de clase social baja y trabajadoras manuales poco retribuidas y no estimativas las que tienen una mayor incidencia de sufrir conflictos de tipo psicoafectivos ya sea en forma de depresión o estados de ansiedad o en ocasiones entremezcladas en forma de depresión ansiosa.

En el reumatismo degenerativo hemos detectado un estatus ansioso en el 70.87% de la población estudiada siendo este más frecuente en la mujer con 77.30% y en el hombre se daba en menor cuantía (22.70%). Al estudiar los cuadros depresivos vimos como su incidencia era grande en un 39.13% siendo este de alta incidencia en las mujeres con un 78.88% mientras que en el hombre los estatus depresivos era nmas escasos con un 21.11%.

En el reumatismo inflamatorio (Artritis Reumatoide) la ansiedad se nos presenta en un 36.00% de los casos estudiados y esta es casi exclusiva de las mujeres con un 88.80%, mientras que en el hombre era de sólo un 11.11%.

Al estudiar la depresión en los enfermos artríticos vemos como esta se da en un 22.67% de la muestra y esta era muy frecuente en las mujeres artríticas con un 88.29%, superior a las artrósicas y en el hombre su incidencia era menor con 11.76%.

Hemos de destacar que los enfermos con cardiopatía isquémica estudiados presentaron más ansiedad los hombres con un 62.50% mientras que sólo el 37.50% de las mujeres la presentaban; la muestra total de enfermos coronarios tenían una incidencia de padecer un estado ansioso en un 32.00%. La depresión en los enfermos coronarios según podemos comprobar por los resultados tiene poca incidencia.

En los individuos de Atención Primaria ocurría un fenómeno parecido a los enfermos con reumatismo degenerativo para ambos parámetros, aunque su intensidad era menor y más exclusiva de las mujeres.

Al estudiar la clase social nos encontramos que los pacientes encuestados en nuestro estudio pertenecían a la clase social baja en un alto porcentaje, por ejemplo en el reumatismo degenerativo era del 66.09% , en la artritis reumatoide era del 46.67% siendo los porcentajes de los dos restantes grupos de estudio menores con un 40.00% en la cardiopatía isquémica y 17.46% en el grupo de de atención primaria.

Así pues, estamos de acuerdo con el estudio de SARA ARBER (\*111\*) en que la clase social sigue siendo un indicador importante en las desigualdades de salud; por todo ello , cualquier estudio sobre este tema debe considerar conjuntamente la situación laboral, la clase social y el conjunto de factores psicosociales a la hora de valorar cualquier estudio sobre la desigualdad en la salud, o bien desde el punto de vista psicoafectivo como es nuestro caso.

REUMATISMO PSICOGENO: Un objetivo de esta Tesis es el informar y concienciar al médico que aún teniendo una sólida formación dentro de la línea de la medicina tradicional orientada hacia la enfermedad, se sienten de algún modo incómodos ante los numerosos pacientes cuyas dolencias no llegan a captar por completo, ya que con los

conocimientos clásicos y estereotipados no es posible tratar estos trastornos.

Junto a la concepción clásica de los síntomas y signos clínicos relacionados con las alteraciones fisiopatológicas del organismo y de sus funciones, algunas enfermedades pueden interpretarse como reflejo de la afectividad del paciente, de sus conflictos no resueltos, de los obstáculos para su integración social.

Esta forma de ver la medicina nos ayuda en primer lugar a la hora de analizar la historia clínica, ya que al escuchar al paciente con más atención presta confianza al paciente y le invita a relatar con detalle no sólo la evolución de su dolencia, sino también todos los pensamientos y angustias con fundamento o no, producidos por la enfermedad o que han sido causa de la misma.

El Síndrome Psicógeno del aparato locomotor es el menos estructurado y más discutible de todos los capítulos de la Reumatología. No obstante, los trastornos dolorosos del aparato locomotor de origen psíquico son tan frecuentes como los trastornos funcionales psicógenos en el aparato digestivo o en el sistema cardiocirculatorio, en los que están ampliamente aceptados, pero su reconocimiento en el aparato locomotor siempre está obstaculizado porque en este siempre se halla algún osteofito, algún disco degenerado o algún punto doloroso muscular al que atribuirlo (\*129\*).

En las primeras décadas de este siglo, los factores psicológicos de las enfermedades crónicas fueron excesivamente desdeñados por el médico, el que ponía el acento en la valoración somática de esas enfermedades. Fue necesario que se llevase a cabo una amplia

investigación psicológica y analítica destinada a interpretar los síntomas desde el punto de vista psíquico para que la Medicina Psicosomática entrara en el pensamiento médico y fuese gradualmente admitida como un enfoque esencial en las afecciones crónicas. Surgió entonces el entusiasmo "psicosomático" que se inclinaba a explicar, con cierta exageración, todos los procesos patológicos; sin embargo, ese entusiasmo no tardó en verse moderado por la realidad del contacto diario con el paciente.

En la actualidad es preciso poner en claro con la mayor objetividad los factores somáticos y los psíquicos que entran en juego en un fenómeno patológico, ya que para captar de cerca la realidad hay que apreciar por entero todo el espectro de los factores nosológicos, sin dejar de considerar las condiciones psicológicas (GUERRERO y FERNANDEZ-ARGUELLES, 1980).

Creemos que en los que respecta al reumatismo crónico no se ha tenido en cuenta, sobre todo en nuestro medio asistencial, muy en cuenta el componente psicosocial de estas enfermedades, como hemos podido comprobar al tomar las bibliografías de esta Tesis, ya que la mayoría de los estudios sobre aspectos psíquicos del reumatismo se encuentran realizados fuera de nuestro país.

Por lo tanto, resulta urgente el determinar con precisión las estructuras de la personalidad del paciente reumático, el influjo de los factores psíquicos, económicos y sociales, y su repercusión en nuestro medio asistencial.

Mencionamos aquí un párrafo del libro del Dr. DIETER BECK (\*130\*) refiriéndose a los problemas sociológicos y epidemiológicos en el reumatismo crónico:

"En el campo del reumatismo crónicos no nos proponemos ocuparnos de la artrosis que incluye afecciones reumáticas locales o limitadas y que afectan a las personas de mayor edad, sino a la artritis crónica propiamente dicha. Si hablamos aquí de poliartritis crónica evolutiva es porque se trata de una de las formas más importantes del reumatismo".

A propósito de lo expresado por este autor hemos de precisar que en nuestra muestra se estudia ampliamente la artritis crónica o reumatoidea, ya que estudiamos 75 casos en el que predominan las mujeres con un 65.33% de la muestra con respecto a los hombres con un 34.67% de artríticos.

Lo que nosotros no desdeñamos es el estudio de los enfermos con reumatismo degenerativo ya que estos componen la muestra más numerosa de nuestro estudio y como hemos concretado en otros apartados de esta Tesis, son los que más demanda de asistencia tienen en nuestro medio asistencial, con una elevada incidencia de incapacidad laboral y una importante cuantía de factores psicossomáticos asociados como comentaremos ampliamente más avanzada esta discusión.

Esta muestra de enfermos con reumatismo degenerativo en nuestro estudio es muy extensa ya que lo componen 230 pacientes con predominio de las mujeres en un 69.57% con respecto a los hombres con un 30.43% de enfermos.

Por lo tanto creemos totalmente necesario a la hora de plantearse un estudio sobre reumatismo psicossomático, el incluir al reumatismo de tipo degenerativo, ya que en nuestro medio asistencial este tiene un alto

índice de morbilidad y al prescindir de él creemos que sólo analizaríamos el problema de forma parcial y no tendríamos una visión general sobre el factor o factores psicosociales de las enfermedades reumáticas en la realidad asistencial de nuestros días.

MANZANO MEDINA (\*131\*) en su artículo "Dimensiones de la personalidad del enfermo reumático y desorden psicológico" entiende el problema en conjunto con una apreciación muy parecida a la aquí expuesta.

A diario en nuestra profesión observamos que en el padecer del enfermo reumático a los síntomas y signos clínicos tales como dolor, inflamación, contractura, deformidad, impotencia funcional, etc., se añade una inestabilidad emocional con un marcado disconfort psíquico, a veces, a veces físicamente más doloroso. Enfermos en los que el componente psíquico podría ser el detonante para la puesta en marcha de su enfermedad articular, o bien para alcanzar en periodo de estado más precoz la incapacidad laboral con las consecuencias sociolaborales y familiares que ello implica.

Son conocidas las formas concretas en las que el psiquismo influye, posiblemente en la aparición y evolución de la enfermedad (\*132 y 133\*):

- 1.- Comienzo de la enfermedad precedida por una inestabilidad emocional prolongada.
- 2.- Inicio de la enfermedad relacionada con traumas emocionales.
- 3.- Un trauma emocional (positivo o negativo), condiciona la aparición de una recaída temporal.

En efecto, son numerosos los pacientes, y con mayor frecuencia las mujeres las que nos comentan al realizar la anamnesis cómo el comienzo del dolor coincide con un "acontecimiento que marca su vida". Contratiempos afectivos, problemas sociales de diferente índole, el desempleo y la inestabilidad laboral, son a nuestro criterio marcadores sociales de capital importancia.

En una fase precoz, el paciente sigue haciendo su vida habitual aunque comienza a significarse por el absentismo laboral y es en esta fase en la que el enfermo se adapta psíquicamente y se enfrenta con su nueva situación.

En una segunda fase en el plano de relación con respecto a su dolencia, el paciente se siente inseguro y somatiza cualquier cambio agudizando y potenciándolo; a veces existen alteraciones en el campo sexual y en la relación de pareja. En esta fase nos va a ser difícil diagnosticar y valorar el estado del paciente, ya que nos va a ser difícil precisar si el síndrome o síntoma es orgánico, funcional o de origen psíquico. Vemos según nuestra experiencia que el enfermo está sumido en una amalgama de síntomas que nos apartan y confunden a la hora de establecer la relación médico-enfermo, diagnóstico y tratamiento. Así estos enfermos se sienten inseguros relatándonos cambios de humor, astenia, anorexia, ciertas alteraciones de la libido y en suma todos los desordenes del comportamiento junto con manifestaciones dolorosas exageradas y la mayoría de las veces sin guardar relación con la exploración morfológica o funcional a que normalmente se somete al enfermo reumático.

Por otra parte, sabemos que en la depresión los dolores músculo-esqueléticos son frecuentes sobre todo en forma de rigidez

En nuestro estudio, y refiriéndose a este punto queremos hacer mención a dos escalas que hemos pasado y que creemos son interesantes a la hora de establecer qué factores han podido acontecer en la vida del sujeto y que circunstancias han sido especialmente vulnerables para desencadenar un conflicto de tipo psicosomático asociado o no al cuadro de tipo orgánico.

En lo que respecta al factor laboral e incapacitante muy frecuente y totalmente indistinguible de cualquier cuadro reumático estas dos escalas tienen ítems que valoran justamente este factor: así en la Escala de Incidencias Sociobiográficas (I.S.B.) vemos que existen tales como:

- Desempleo
- Fracaso profesional
- Dificultad con jefes y compañeros
- Cambio de las condiciones laborales
- Cambio de trabajo y tipo de trabajo
- Aumento de la responsabilidad en el trabajo
- Inhibición
- Dificultades financiera pequeñas/medianas
- Dificultades financieras graves
- Pérdida del puesto de trabajo

En los cuadros reumáticos sobre todo de tipo degenerativo vemos que muchos de estos enfermos tienen una alta incidencia de elevado número de incidencias sociobiográficas existiendo incluso un 1.30% que supera más de 11 incidencia sociobiográficas negativas. También se observan un alto porcentaje de incidencias altas (14.34%) y moderadas (56.5%), siendo estos porcentajes mucho más elevados que los de los otros grupos estudiados.

En el reumatismo de tipo inflamatorio (artritis reumatoide) vemos que existe también un alto índice de incidencias sociobiográficas, aunque de menor cuantía que en el reumatismo degenerativo; así pues ,en los enfermos artríticos el índice de incidencias sociobiográficas altas es de un 9.33% y de un 31.6% en las moderadas .

En las dos poblaciones no reumáticas, es decir en la cardiopatía isquémica y atención primaria existen menos incidencias altas y por el contrario existe un predominio de las leves y moderadas.

Todo ello nos hace pensar que posiblemente el factor psíquico predomine en ambos tipo de reumatismo, aunque en el degenerativo es más marcado, está más ligado a factores sociobiográficos la mayoría de las veces de carácter negativo para el paciente, que al propio cuadro de entidad orgánica.

Existen además otra serie de incidencias sociobiográficas contempladas en este cuestionario que no se relacionan con el medio laboral y que también han sido evaluadas a la hora de hacer la entrevista a estos enfermos pues este cuestionario permite anotar los diversos sucesos ("no deseables", "pérdida o salida del campo social", "cambio", "enfermedad física" etc.), en el transcurso de un periodo de tiempo de 6 meses, 1 año y 2 años, con una posterior posibilidad de nota global.

Otro cuestionario que pasamos brevemente a comentar ya que tiene un alto valor a la hora de establecer la relación de los factores sociales que son vulnerables para el sujeto y desencadenantes o productores de un cuadro de tipo psíquico es la Escala de Vulnerabilidad Psico-Social.

Esta tabla estudia la incidencia cuantitativa de los factores de vulnerabilidad psico-social como elementos productores de psicopatología dado que a una mayor incidencia de estos correspondería un mayor incremento de cuadros de tipo psíquico. Esta escala está compuesta por 5 situaciones de carencia para el sujeto que son especialmente vulnerables sobre este y capaces de incidir en el desarrollo y aparición de un cuadro psíquico. Pasamos brevemente a citarlas a modo de recuerdo (Introducción, pág. 420 ).

En nuestro estudio los factores de vulnerabilidad de alta incidencia se asocian más con el reumatismo de tipo degenerativo existiendo un mayor porcentaje de factores de vulnerabilidad (17.98% con incidencia de 3 factores de vulnerabilidad y 39.03% con dos).

En los enfermos artríticos vemos también cómo la incidencia de cumplir 3 factores de vulnerabilidad es alto (11.76%), mientras que con 2 factores era de un 30.80% y con un solo factor de un 57.35%.

En la cardiopatía isquémica ocurre lo contrario y vemos cómo con un factor existe un 61.70%, con 2 un 34.04% y con 3 factores un 4.25%. En el grupo de pacientes de atención primaria vemos como es el más estable al encontrarnos con la ausencia de estos factores o cumplir un solo factor de vulnerabilidad (53.96%) es la distribución más frecuente en que se distribuye la muestra estudiada.

Otra escala que debemos tener en cuenta a la hora de valorar los factores extrínsecos al propio sujeto y cuantificar de qué forma inciden en este de manera intrínseca y son capaces de favorecer el desarrollo de un cuadro psíquico o bien potenciar uno ya preexistente es la Escala Autoaplicada para la Evaluación del Stress-Apoyo Social ya que esta

cuantifica el nivel de apoyo social del sujeto relacionándolo con el nivel, frecuencia y calidad de sus relaciones afectivas y sociales cuantificándola en 3 niveles (pág. 119 ).

En esta escala también el reumatismo de tipo degenerativo tiene una alta incidencia de apoyo social bajo (20.86%), aunque la mayoría tienen un apoyo social de tipo medio (53.90%). Por otra parte, vemos cómo los niveles de apoyo social alto para este grupo son los más bajos de los otros tres grupos con un 25.23%.

En los enfermos artríticos de nuestro estudio la muestra se divide por igual entre apoyo social alto con un 46% y medio con un 48%, siendo el apoyo social bajo muy escaso (5.33%). Los enfermos con cardiopatía isquémica alcanzaron el mayor porcentaje de apoyo social alto con un 60% de los enfermos estudiados y el apoyo social bajo era casi inexistente. En el grupo de enfermos de atención primaria el más frecuente era el apoyo social medio con un 52,38%.

Por todo lo expresado anteriormente sacamos importantes conclusiones sobre el tema encontrándonos cómo existe una triada en nuestra opinión formada por las incidencias sociobiográficas, apoyo social y la vulnerabilidad psico-social, que son capaces conjuntamente y por separado de incidir sobre el sujeto de manera extrínseca, es decir de fuera de su propia personalidad y desencadenar un cuadro psíquico o conflicto psicósomático.

Comprobamos también al observar los resultados, el alto grado de correlación y significación que tienen estas 3 escalas con la producción de un cuadro ansioso, depresivo o mixto sobre todo en el reumatismo degenerativo (ver tablas XXIII y XXV )

Por lo tanto para nosotros serían factores predisponentes para que un sujeto padeciera o pudiera en algún momento de su vida padecer un conflicto psicosomático el tener, según el estudio realizado, las siguientes características:

- a) Tener un alto número de incidencias sociobiográficas
- b) Tener una puntuación elevada en la escala de Vulnerabilidad Psico-Social
- c) Tener una escasa puntuación en la Escala Autoaplicada para la Valoración del Apoyo Social

DIETAR BECK (\*134\*) en su monografía "Aspectos psicosomáticos del reumatismo articular crónico" nos dice:

"Ciertos influjos o situaciones externos pueden incidir sobre un cuadro de tipo articular y desarrollar un estado psíquico de clara perturbación de la personalidad". Este autor clasifica los síntomas en 3 apartados:

#### 1) DOMINIO PSIQUICO

- Depresión
- Ansiedad

#### 2) DOMINIO PSICOSOMATICO

- Contracturas musculares
- Trastornos funcionales cardiacos
- Cefaleas
- Trastornos sexuales
- Trastornos del sueño

### 3) DOMINIO CARACTERIAL

-Exceso de escrúpulos estereotipados y rechazo de los sentimientos agresivos

- Actitud de víctima

- Hiperactividad corporal

Según la opinión de BOLAND (\*49\*) para determinar los criterios diagnósticos de reumatismo psicógeno hay que tener en cuenta:

1.- Ausencia de una enfermedad orgánica o presencia de una enfermedad orgánica insuficiente para explicar los síntomas

2.- Carácter funcional de los trastornos

3.- Diagnóstico positivo de enfermedad psíquica

Según nuestra experiencia, creemos que estos criterios son muy generalizados ya que por nuestra experiencia clínica hemos visto enfermos con todas las características posibles de afectación articular degenerativa e inflamatoria y pensamos que en realidad lo que precipita a estos enfermos a sufrir una alteración psicósomática son diversos factores psíquicos tanto intrínsecos o de personalidad o extrínsecos o ambientales que son capaces por sí mismos de producir un cuadro de tipo afectivo la mayoría de las veces independientemente de la evolución de la enfermedad somática.

Por otra parte, hay cuadros ya clásicos descritos dentro de la Reumatología como reumatismo psicógeno tales como la dorsalgia benigna, síndrome cervico - craneal psicógeno, piernas inquietas,

coccigodinia, xifodinia etc., que creemos que sus delimitaciones son poco precisas ya que algunos autores como ROIG ESCOFET nos manifiesta que son entidades poco precisas y de difícil delimitación dentro de la Reumatología y a veces caemos en la tentación de aplicar el término psicógeno a cualquier entidad a la cual no encontramos explicación desde el punto de vista de médicos organicista.

Otro punto a considerar es que la sintomatología que describen estos cuadros ampliamente comentados en la introducción son totalmente superponibles con los propios de cualquier estado depresivo, ansioso o mixto.

Existe un cuadro del cual cada vez están saliendo más trabajos publicando que es el síndrome fibromiálgico (fibromialgia) que se define como un reumatismo de partes blandas difuso con predominio en la mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida y se caracteriza por dolores crónicos modulados por factores climáticos, físicos, emocionales, etc., acompañado de cefaleas, colon irritable, alteraciones del sueño e irritabilidad. La exploración física, el laboratorio y la radiología son normales.

Algunos autores consideran el cuadro fibromiálgico como entidad independiente dentro del reumatismo de partes blandas, pero nos consta que la mayoría de autores y profesionales de la especialidad consultados se inclinan más bien por incluir estos cuadros en el complejo y poco estudiado cajón de sastre que denominamos Reumatismo Psicógeno.

El dolor es el síntoma base de esta enfermedad y su subjetividad y múltiples mecanismos de producción hacen difícil la interpretación del

mismo. Por otra parte, el dolor como síntoma aislado tiene infinidad de connotaciones que MICHAEL R. BOND (\*135\*) denomina "personalidad del Dolor".

El conocimiento de la personalidad del paciente también nos informará sobre la actitud de este frente al estrés vital, sobre su tendencia al colapso emocional y en consecuencia sobre su capacidad para enfrentarse a un cuadro álgico de carácter crónico. Se puede estudiar la personalidad desde el punto de vista clínico dividiendo a los individuos en grupos con características emocionales comunes a las que se denominan rasgos de personalidad. Los rasgos importantes en lo que a la comprensión del dolor se refiere son:

- 1.- Propensión a la ansiedad
- 2.- Propensión a la depresión
- 3.- Rasgos histéricos
- 4.- Rasgos hipocondríacos
- 5.- Rasgos obsesivos

La persona ansiosa es aquella que responde frente al estrés cotidiano con gran intensidad; cualquier enfermedad si es de carácter crónico o dedesenlace incierto aumenta inevitablemente el nivel de ansiedad en la mayoría de los individuos. El dolor será mayor en aquellos pacientes que muestran tendencia a la ansiedad dado que el dolor es causa de ansiedad y a su vez la ansiedad aumenta el dolor.

La depresión surge a veces como un elemento normal a nuestras respuestas frente a ciertos tipos de estrés, especialmente decepciones, pérdidas o fracasos de diversos tipos.

El dolor, especialmente si es de carácter crónico, condiciona estados de depresión, con los que aquellos individuos que muestren esta tendencia pueden no sólo hundirse emocionalmente sino experimentar en forma simultánea más dolor en caso de que este se encuentre presente por algún motivo. Por otro lado, este tipo de individuo presenta asimismo una disminución en la capacidad para soportarlo.

Los individuos con personalidad histérica muestran un cierto grado de inmadurez tanto en sus emociones como en su conducta. Estos individuos, habitualmente mujeres, sufren cuadros álgicos en ciertas enfermedades crónicas como el reumatismo. Suelen exagerar los síntomas dolorosos que son pocos y mal tolerados adoptando una actitud exigente e incongruente hacia las personas que le rodean.

Los dolores y las molestias son frecuentes entre aquellas personas que desarrollan estados de hipocondría ya que a veces el excesivo número de pruebas clínicas y utilización prolongada de pautas de medicación son contraproducentes, por lo tanto el médico debe conocer la historia médica junto con la historia social del paciente ya que su propia alteración psíquica crearía un cuadro recurrente que potenciaría su patología.

El carácter metódico, el terror frente a la incertidumbre y el factor reiterativo de los pacientes obsesivos puede convertir al paciente con dolor crónico en un continuo analizador de este dolor lo que potenciaría este cuadro ya que el enfermo enfrentaría a su dolor a veces banal desarrollando un estado de estrés con la consiguiente ansiedad.

Gran parte de los autores que hemos ido analizando, consideran el

aspecto psicosocial del reumatismo, los factores psicológicos asociados etc., que es como normalmente se titulan estos en las bibliografías consultadas tratan estos aspectos desde un punto de vista muy general y aislado y en muchas ocasiones encontramos que los autores lo mencionan como algo fuera del contexto disciplinario de la propia Reumatología.

Así, autores como GOLDING en su trabajo "Aspectos del dolor raquídeo en la mujer" (\*136\*) nos dice que el dolor raquídeo se ve enormemente influenciado por la ansiedad, la depresión y otras alteraciones psicológicas. Es muy importante para este autor el enviar a estos enfermos al fisioterapeuta e incluso a psicoterapia.

Nosotros no estamos totalmente de acuerdo con la manera de pensar de este reumatólogo ya que pensamos que nosotros mismos como médicos asistenciales que somos debemos saber reconocer, tratar y valorar desde su comienzo estos cuadros afectivos tan ligados a estas especialidades sin lanzar la pelota a otro profesional ya que creemos que a la larga sería perjudicial para este tipo de enfermos ya que estos cuadros de tipo ansioso-depresivo o mixtos son, el mayoría de los casos, banales y el reumatólogo o médico de asistencia primaria sin mucha preparación en el campo de la Psiquiatría es capaz por sí mismo de tratar estos cuadros e informar al paciente sobre sus características y evolución.

Pensamos que el reumatólogo o médico asistencial solo debe reservarse el mandar al especialista en Psiquiatría o psicoterapeuta a aquellos enfermos que desarrollen un cuadro psíquico mayor a lo largo de la evolución y tratamiento del proceso.

También hemos de tener en cuenta que los enfermos que somatizan su neurosis ofrecen más resistencia que otros a reconocer el origen psíquico de sus dolencias y con asiduidad no aceptan el tratamiento ni la asistencia psiquiátrica sobre todo en el comienzo de la enfermedad. Por lo tanto creemos que debemos de adoptar las siguientes pautas: en los sujetos con trastornos psíquicos graves debe de hacerse todo lo posible para que acuda al psiquiatra. En los casos leves emplearemos la psicoterapia menor que está al alcance de cualquier médico de medicina general.

En general se acepta que existen dos tipos de psicoterapia: la llamada psicoterapia de penetración o profunda que pretende penetrar en la personalidad del paciente procurando modificarla en algún sentido; esta es atributo exclusivo del psiquiatra, y la psicoterapia menor o de apoyo en la que tratamos de ayudar al paciente a superar su crisis reforzándole y aconsejándole. Con esta psicoterapia menor apoyamos su personalidad preexistente sin pretender cambiarla en sus mecanismos fundamentales ni hacerles comprender la complejidad de sus actos motivados consciente o inconscientemente.

Siempre debemos de indagar sobre la personalidad del paciente y en la mayoría de los casos descubrimos la presencia de un conflicto familiar, laboral o social; para nosotros lo interesante no es la presencia de un conflicto sino comprobar la manera inadecuada de reaccionar frente a ellos poniendo de manifiesto una estructura anormal de la personalidad.

Con todo ello conseguimos ya iniciar la psicoterapia mediante la liberación emocional o catarsis y establecer lo que los psicólogos llaman empatía haciendonos partícipes y comprendiendo sus problemas y sentimientos.

Reseñamos brevemente la opinión de PAUL KIELHOLZ sobre el respecto. En los últimos años ha empezado a aparecer información más alentadora que indica que, si se le dá la formación adecuada, un médico de atención primaria puede verdaderamente suministrar ayuda eficiente a los pacientes depresivos. También se ha demostrado que dicha formación no tiene por qué ser complicada ni exigir demasiado tiempo. La estrategia exige la formación apropiada de diversos estamentos de trabajadores de la salud con el fin de que pueda reconocer la depresión, dar consejos adecuados a los pacientes, suministrar tratamiento a una parte de ellos y remitir al especialista aquellos que por su magnitud se alga de su competencia (\*137\*).

Dentro de esta Discusión abordamos a continuación los dos factores de estudio que creemos son el núcleo principal a la hora de estudiar el componente psicoafectivo de los reumatismos. Estas dos entidades de capital importancia y reconocidas por todos los autores como íntimamente asociadas a cualquier cuadro reumático y de carácter relevante en el reumatismo psicógeno son dos:

- Estados de Ansiedad
- Estados de Depresión

En los estados de ansiedad valoramos la ansiedad en el plano psíquico y en el somático valoramos según la Escala para la Evaluación de la Ansiedad de MAX-HAMILTON. Los rasgos variables que componen esta escala junto con la conducta del paciente durante la entrevista son ánimo ansioso, tensión, miedo, insomnio, cambio o alteraciones cognitivas, depresión, síntomas somáticos de tipo general, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y del sistema nervioso autónomo.

HAMILTON hizo un análisis factorial que demostró que todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad aunque se pueda encontrar también un factor bipolar subdividido en síntomas psíquicos (tensión, miedo, insomnio, ansiedad, cambios intelectivos y conducta durante la entrevista) y síntomas somáticos ( cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios, somáticos generales y sistema nervioso autónomo).

Al considerar la ansiedad en conjunto según los diferentes resultados a los que hemos llegado en nuestros estudios vemos cómo el estado de ansiedad va muy ligado a los cuatro grupos de pacientes de nuestro estudio. Este factor es digno de tener en cuenta ya que recordamos que estamos tomando como muestra a pacientes e individuos sanos (en el caso de atención primaria )"no psiquiátricos" y que el motivo de su consulta no era el padecer un estado de ansiedad.

En la monografía "Trastornos de la ansiedad en medicina" de HERRERO VELASCO (\*138\*) encontramos en su introducción un párrafo que queremos extraer para confrontarlo con nuestro estudio; este autor nos dice:

"En la práctica médica habitual los trastornos de ansiedad se presentan con gran frecuencia ya sean como entidades primarias más o menos puras, o bien acompañando a otras afecciones psíquicas o somáticas". Algunos autores afirman que no existe enfermedad en la cual la ansiedad no esté presente de uno u otra forma y con mayor o menor intensidad.

Se calcula según este autor que la incidencia de los trastornos de ansiedad en el total de la población es del 3 % al 5 %. En las consultas

médicas en cambio, puede afirmarse que el 25% de los pacientes presentan trastornos de ansiedad y, según las estadísticas sólo una cuarta parte de estos pacientes son enviados al psiquiatra.

En cuanto a su distribución por sexos, se estima que existe una diferencia considerable pues se calcula que la incidencia de los trastornos de ansiedad en las mujeres es el doble que en los hombres (\*138\*).

Creemos que estos datos epidemiológicos son muy discutibles y varían según la influencia de los factores culturales, sociales, y ambientales y así en nuestro estudio su incidencia es mayor pues por ejemplo al valorar la ansiedad total de cada una de las muestras nos encontramos que el grupo de atención primaria el cual estaba compuesto por individuos sanos que acudían asiduamente a una consulta ambulatoria de zona de la Seguridad Social, y su característica principal era el no padecer patología crónica evidente ni problemática socio-laboral concreta, arrojó un índice porcentual de incidencia de ansiedad muy superior a los reflejados por este autor.

Detectábamos que de 63 pacientes estudiados, 30 tenían según el cuestionario de MAX-HAMILTON para la ansiedad, puntuaciones necesarias para afirmar que tenían un síndrome ansioso o estado ansioso de diversa magnitud lo cual nos daba como resultado que el 47.62% de nuestra muestra tenía ansiedad frente al 25% que nos refleja este autor. Por otra parte, al hacer las confrontaciones por sexo vimos que la relación ansiedad de las mujeres era muy superior a la expresada en esta monografía, ya que era casi exclusiva de las mujeres (90.00%), siendo su incidencia muy pequeña en hombres con un 10.00% solamente.

Esto nos hace pensar al analizar la muestra de atención primaria compuesta en su mayoría por mujeres de edad media sin trabajo propio remunerado y de ocupación ama de casa, por lo que nos atrevemos a decir que en nuestro medio asistencial los estados de ansiedad son muy frecuentes en las amas de casa que eran las que normalmente acudían a los ambulatorios de zona en los que hemos extraído la muestra es decir Polígono de San Pablo y sector Macarena zona norte.

Por ello creemos que posiblemente al realizar este mismo estudio en otra zona de características demográficas distintas, los resultados posiblemente serían parecidos pero quizás variaría la cuantía porcentual de estos.

Al estudiar otras patologías como los enfermos cardiopatas vemos que es frecuente la asociación de un estado ansioso a su proceso cardiovascular; ahora bien, aquí hemos detectado que esta ansiedad es superior en los hombres (62.50%) con respecto a las mujeres en las cuales el índice de ansiedad era menor con un 37.50%. Esto nos hace pensar que los enfermos cardiopatas tienen un rol social debido a la gravedad de su proceso distinto al resto de las patologías en estudio.

Si damos una breve ojeada a los enfermos que formaban la muestra de reumatismo de tipo degenerativo vemos que los estados de ansiedad son muy frecuentes con una elevadísima incidencia; el 70.87% de estos pacientes denotó ansiedad según nuestra escala y esta era de máxima incidencia en las mujeres con un 77.30% con respecto a los hombres con un 22.70%.

Para esta alta incidencia de la ansiedad en los enfermos con reumatismo degenerativo tenemos una explicación que creemos es la

que define esta característica. Creemos que esto se debe a que los factores psicosociales en esta muestra son los que inciden de manera más directa en cantidad y negatividad sobre estos enfermos, ya que recordemos por ejemplo que es el grupo donde existían más individuos de clase social baja de nuestro estudio con un 66.09%, mientras que en los otros tres grupos restantes se encuentran más repartidos.

Este grupo también tiene los porcentajes e incidencias sociobiográficas altas y severas muy superiores al resto de los grupos ya que encontramos un 14.34% de incidencias altas en contraposición por ejemplo a los enfermos de atención primaria en los cuales era solo del 4.76% y la cardiopatía isquémica en la cual era solo del 2.00%.

Por otra parte, los enfermos de este grupo que tenían niveles de apoyo social bajo eran muy inferiores a los de las otras patologías, así para estos enfermos el tener un nivel de apoyo social bajo era del 28.86% de la muestra estudiada mientras que los artrósicos era sólo del 5.33% y los cardiópatas solo del 2%. Al estudiar el grado de apoyo social alto, ocurre el fenómeno contrario, es decir son los que tienen menor índice de apoyo social alto con solo un 25.21% en contraposición con los artríticos que tenían un 46.65% y a los cardiópatas que tenían el mayor porcentaje de apoyo social alto con un 60.00%.

En los que respecta a la vulnerabilidad psicosocial, vemos que también los enfermos con reumatismo degenerativo presentaban el mayor porcentaje de poseer vivencias en la escala de vulnerabilidad que implicaran carencia o salida como antes explicábamos al hablar de los factores psicosociales. Así, tienen el más alto índice con un 39.03, mientras que las otras patologías en estudio eran de menor cuantía: cardiópatas 34.04%, artríticos 30.00% y atención primaria 19.04%.

Por todos estos datos brevemente reseñados vemos que al estudiar los pacientes con reumatismo degenerativo se amplía la triada que hemos comentado al tratar los factores psicosociales y que estaba compuesta por:

- Alto grado de incidencias sociobiográficas
- Bajo nivel de apoyo social
- Alto grado de vulnerabilidad psicosocial

Por lo tanto, estos enfermos con reumatismo degenerativo tendrían mayor predisposición a sufrir un cuadro de origen psíquico en forma de ansiedad ya que como hemos ido viendo inciden directamente sobre estos una serie de circunstancias o factores psicosociales que son capaces por sí mismos de desarrollar un cuadro ansioso independiente de la enfermedad somática de base.

Al estudiar la ansiedad y su papel en los enfermos que padecían una artritis reumatoide vemos que los factores psicosociales inciden en menor grado que en el reumatismo degenerativo. La ansiedad o estado ansioso la hemos detectado en un 36.00% de pacientes artríticos, siendo su incidencia en mujeres muy elevada (88.80%), respecto a la de los hombres que era de un 11.11%. Este cuadro de ansiedad en las mujeres artríticas según la experiencia que hemos ido alcanzado al entrevistarlas y pasarles los cuestionarios, estaba muy polarizada al campo somático, ya que esta ansiedad estaba muy relacionada con los factores evolutivos de la enfermedad tales como las deformidades en mano, la evolución de los brotes, etc.

Para ROIG ESCOFET todos los estudios realizados sobre factor psíquico y artritis reumatoide son de escasa consistencia por la fiabilidad relativa

de los métodos empleados, este mismo autor nos dice que las características psíquicas más frecuentes de la artritis reumatoide son : la hostilidad reprimida, sentimientos de culpabilidad, carácter rígido y miedo a la evolución propia de la enfermedad. Estos sentimientos se dan más en mujeres lo que desencadena estados de ansiedad, hipocondría, depresión e histeria (\*139\*).

Nosotros tenemos que añadir además que la máxima exacerbación de estos síntomas ansiosos se producían en los brotes y deformidades sobre todo en mujeres artríticas jóvenes.

El segundo pilar psicoafectivo que vamos a analizar era la depresión o estado depresivo que en nuestro estudio era ampliamente evaluado por la Escala de Depresión de MAX-HAMILTON, la Escala autoaplicada para la depresión QD2A de PICHOT y la Escala AT de BECK para la cuantificación del grado de pesimismo, este factor está intrínsecamente ligada a cualquier cuadro de tipo depresivo.

Al consultar algunos datos epidemiológicos sobre la depresión nos encontramos según HERRERO VELASCO en su monografía "Trastornos depresivos en la práctica diaria; que la depresión es una entidad clínica muy frecuente". Se calcula que de un 3 a un 5% de la población presenta un cuadro bien diferenciado.

Parece evidente que no todos los depresivos son tratados ni siquiera por el médico no especializado. Según algunos estudios epidemiológicos puede afirmarse que sólo el 1.5% de las depresiones llegan al médico de medicina general y únicamente un 0.2% al psiquiatra. Probablemente una de las razones más importantes para que se dé este hecho es que ni el paciente ni sus familiares ni el entorno

relacionan a veces la depresión con un hecho patológico o una enfermedad, sino más bien como una característica manera de ser.

Entre los pacientes que acuden al médico de medicina general se calcula que del 10 al 20% sufren trastornos depresivos como entidad primaria y algunos autores llegan a dar cifras de hasta el 40-50%. De entre los pacientes que acuden al psiquiatra la proporción es muy elevada ya que un 50-60% de estos pacientes son depresivos (\*140\*).

En nuestro estudio los porcentajes de enfermos con estado depresivo es también elevada aunque en menor proporción que los pacientes que denotaron un estado de ansiedad.

Refiriéndose a lo expresado por los datos epidemiológicos descritos en el párrafo anterior, nosotros obtenemos un porcentaje de estados depresivos en sujetos sanos dentro de nuestro grupo de atención primaria del 19.05% y estos pacientes eran en su totalidad mujeres en la escala de HAMILTON, si observamos el porcentaje de enfermos depresivos en la escala QD2A de PICHOT se eleva algo, es decir es del 25.40% siendo también casi exclusivo de las mujeres. Un punto a tener en cuenta es el grado de pesimismo de estos enfermos que se eleva aún más con un 34.92% de enfermos con una actitud negativista o pesimismo dentro de este grupo.

Como podemos observar tenemos porcentajes algo superiores en atención primaria a los datos epidemiológicos a los expresados anteriormente.

En el grupo de cardiopatía isquémica vemos que la aparición de cuadros depresivos según nuestros datos es muy baja ya que sólo se dá



en un 4% de los casos en la escala de HAMILTON, un 16% en la QD2A de PICHOT y lo que más no llama la atención es el moderado grado de pesimismo de la muestra(40%). Este fenómeno creemos se debe a que los enfermos cardíopatas independientemente de su afectación coronaria eran los pacientes de mayor edad de la muestra, y está comprobado que a mayor edad corresponde un mayor índice de pesimismo. Por lo tanto vemos cómo la enfermedad coronaria según nuestros datos es más propensa a desarrollar un cuadro de tipo ansioso que depresivo.

En el grupo de artritis reumatoide vemos que es un 22.67% de la muestra con predominio de las mujeres en un 88.29% con respecto a los hombres que lo hacían en un 11.76%, estos datos se refieren a la escala de HAMILTON. En la escala QD2A de PICHOT para la depresión vemos que estos porcentajes suben a un 29.33% siendo su distribución por sexo muy parecida a la anterior y predominando en las mujeres. Lo que sí observamos es que estos enfermos tienen un moderado-alto índice de pesimismo alcanzando un valor del 44% y predominando en las mujeres con un 75.75% respecto de los hombres que era menor con un 24.24%.

Comprobamos que la depresión es un síndrome habitual en artritis reumatoide. Según RIMON que ha cifrado su incidencia en un 29% de los casos (\*141\*). Nosotros hemos obtenido unos resultados muy parecidos ya que según la escala de HAMILTON el índice de depresión en los enfermos con artritis reumatoide de nuestra sería del 22.67% y según el cuestionario QD2A el porcentaje es del 29.33%, es decir, igual al que predice este autor.

Nuevamente valoramos los datos obtenidos en el reumatismo degenerativo y comprobamos nuevamente igual como ocurría con la

ansiedad que es el grupo que tiene mayor porcentaje de síntomas psíquicos en forma de factores depresivos de nuestra Tesis.

Vemos en primer lugar que el porcentaje de depresión de estos enfermos es muy elevado, con un 39.13% de la muestra total, siendo nuevamente predominante en mujeres con un 78.88% respecto de los hombres que era del 21.11% según la escala de HAMILTON. En la escala QD2A como ocurre en otras ocasiones el porcentaje aumenta al 52.61% teniendo una distribución casi idéntica por sexo que el de la escala de HAMILTON.

El alto índice de pesimismo de estos pacientes no llama poderosamente la atención ya que es del 70.45% de la muestra total adoptando una actitud más pesimista las mujeres en un 74.70% respecto a los hombres que era inferior con un 25.30%.

Todos estos datos nos hacen reflexionar como el reumatismo de tipo degenerativo que en apariencia sería una patología banal consecutiva a la edad y a la evolución de estos pacientes tienen tan altas notas de depresión y tan alto grado de pesimismo, en contraposición con otras patologías más graves desde el punto de vista somático, en su contexto y evolución.

La respuesta está clara para nosotros, ya que otra vez comprobamos que la efectación psíquica de estos enfermos está más relacionadas con factores de tipo psicosocial influenciados por factores externos sociales, económicos, culturales, etc.

Otra vez no es necesario recurrir a la ya tan famosa triada de altas incidencias sociobiográficas, apoyo social bajo y alta vulnerabilidad

psicosocial como factores que inciden directamente en la aparición de un cuadro de tipo depresivo, ya que el reumatismo de tipo degenerativo como explicamos anteriormente al referirnos a la ansiedad era el que tenía más altas notas globales de estos factores.

Concluimos pues precisando que son los factores psicosociales cuantificados en nuestro estudio por diferentes escalas los elementos inductores o precipitantes de catalizar una sintomatología de tipo depresivo-ansioso o mixto, dentro de nuestro estudio en los enfermos de reumatismo degenerativo.

De todos los autores es archiconocida la gran preocupación que experimentan al tocar el punto de la incapacidad laboral, física y social que estas enfermedades conllevan; esto se acentúa por el enorme gasto social que los gobiernos y estamentos sanitarios desembolsan por este concepto.

Estas circunstancias socioeconómicas fueron ampliamente comentadas, analizadas y conceptualizadas en nuestra Introducción dentro de los apartados Gastos Sociales, Reumatismo e Invalidez y también dentro del de Reumatismo y Trabajo.

Nosotros aquí no vamos a realizar una exposición de datos estadísticos como hacían los siguientes autores (\*15-16; 18; 20-22\*), sino que apoyándonos en trabajos anteriormente realizados por nuestro grupo vamos a intentar dar una visión personal distinta a la triada reumatismo-incapacidad subjetiva-evolución.

Queremos por tanto relacionar la incapacidad subjetiva de estos enfermos con los parámetros psicosociales que hemos utilizado en esta

Tesis puesto que creemos que el concepto de incapacidad tanto laboral como social desde el punto de vista del enfermo está más relacionado con el factor afectivo-cognitivo e influenciados por factores psicosociales y socioeconómicos que por el propio cuadro de afectación orgánica.

Así pues, al analizar el concepto de incapacidad subjetiva nos encontramos con datos muy interesante como los que mencionamos a continuación:

Los pacientes con reumatismo degenerativo presentan una incidencia porcentual de incapacidad subjetiva totalmente superponible con los enfermos portadores de una cardiopatía isquémica; es decir, para el primer grupo era del 90.43% y para el segundo del 90.00%. Sin embargo, el concepto de incapacidad subjetiva en el reumatismo es casi exclusivo de la s mujeres con un 67.30% y en la cardiopatía isquémica era predominante en los hombres con un 77.77%.

Al estudiar el concepto de incapacidad subjetiva en los enfermos portadores de artritis reumatoide vemos como su grado de incidencia también es alto en la muestra aunque creemos que como esta enfermedad tiene una base orgánica (inflamación, deformidad articular, etc.) que es totalmente identificable para el paciente y el clínico, la distribución del factor incapacitante por sexos cambia y así nos encontramos como está más equiparada siendo del 40.38% en hombres y del 59.60% en mujeres.

En el grupo de atención primaria este concepto incapacitante es menor y lógica incidencia con sólo un 11.11% y casi exclusiva de las

mujeres con un 85.70% ya que como vimos detectamos en este grupo sobre todo en amas de casa grados objetivables de estado de ansiedad de que significa en las las mujeres.

Otro factor a analizar es el concepto de evolución subjetiva que tienen estos enfermos sobre su propia enfermedad y así comprobamos que aunque es equiparable al concepto de incapacidad subjetiva encontramos relevantes diferencias en su conjunto.

Analizando de nuevo las dos patologías en la que la incapacidad subjetiva para estos enfermos era de mayor cuantía como era la cardiopatía isquémica y reumatismo degenerativo observamos que la mayoría de los enfermos reumáticos consideraba que evolucionaba cada vez peor de su enfermedad (29.13%), mientras que los cardiopatas sólo un 2% consideraba que había empeorado. Por otra parte, los enfermos con cardiopatía isquémica evolucionaban favorablemente en un 70% de los casos y sólo un 15.65% de los reumáticos consideraban que habían mejorado de su padecimiento en los últimos años.

Un dato interesante al comparar las dos muestras de reumatismo ,es decir el degenerativo con la artritis reumatoide a la hora de contemplar la evolución subjetiva es que los enfermos artríticos y degenerativos tienen una tendencia muy similar en la evolución de su enfermedad a empeorar su cuadro (21.33% para los artríticos y 29.13% para los artrósicos). No obstante, al comprobar que clase de estos enfermos nos dice que su padecimiento se encuentra estancado y no mejoran ni hacia peor ni hacia mejor, son los artrósicos los que en mayor porcentaje consideran que su proceso ha entrado en vía muerta con un 55.21%, mientras que el porcentaje de los artríticos era mucho menor con un 28%.

Por otra parte, vemos que el grado de evolución favorable al tratamiento y a los cuidados médicos de los pacientes artríticos se eleva a un 50.60%, es decir sería un grupo que al igual que los enfermos con cardiopatía isquémica presentaría una actitud muy agradecida al tratamiento. Evidentemente los artrósicos en que sólo un 15.65% manifestaban que habían mejorado globalmente de su sintomatología sería un grupo que nos plantearía un fracaso terapéutico y asistencial.

¿Por qué creemos que estas circunstancias analizadas según los resultados obtenidos llegan a producirse?

La respuesta es muy fácil, creemos y de nuevo afirmamos que existen conceptos como la incapacidad subjetiva y la evolución subjetiva desde el punto de vista personal del enfermo que se rigen más por factores de tipo psicoafectivo y social que por el propio grado de afectación somática. Así pues, el reumatismo degenerativo es el cuadro patológico que en nuestro estudio está más influenciado por los factores psicosociales en su mayoría de carácter negativo y estos son por sí mismos productores y desencadenantes de los cuadros afectivos, depresivos y ansiosos que estos enfermos presentan en mayor incidencia en su conjunto al de los otros grupos estudiados.

### ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Después de nuestros resultados, podemos observar que las variables psicosociales utilizadas en este estudio se distribuyen de manera desigual para los diferentes grupos analizados.

Así, la muestra Cardiopatía Isquémica presenta datos diferenciales muy característicos. Aquí el factor carencia de proyectos está muy

altamente correlacionado con la carencia o bajo apoyo social, de forma que, como vemos en la TABLA XV (pág. 137 ) es el soporte social el que se correlaciona con el factor de vulnerabilidad ( riesgo ) quedan articulados con una carencia de proyectos, sin que se observe necesariamente sintomatología ansiosa o depresiva asociada. De hecho, si observamos la TABLA XXX (pág. 152 ) el análisis discriminante nos indica cómo el grupo Cardiopatía Isquémica, respecto de los otros grupos, tiene una correlación negativa con la depresión sino para la carencia de proyecto y la aparición de vulnerabilidad psicosocial cuando el apoyo social es menos importante y, en consecuencia, globalmente sería un grupo más de riesgo que ya caracterizado por síntomas psíquicos netos.

El grupo de Atención Primaria, necesariamente heterogéneo en sus diagnósticos clínicos, pero elegido como muestra de comparación con las otras tres patologías analizadas por especialistas, se caracteriza sin embargo por variables psicosociales tan propias que en los diferentes análisis discriminantes continúan perteneciendo a su grupo en porcentajes cercanos al 100% . Es por tanto, una muestra muy diferente desde el punto de vista psicosocial y no hay relación con el Reumatismo Degenerativo. Para la muestra de Atención Primaria, el apoyo social se correlaciona con la ansiedad, de forma que es una muestra globalmente ansiosa, con bajo o medio soporte social y una vulnerabilidad psicosocial que no incide, contrariamente a los datos de BROWN y HARRIS en la aparición de cuadros depresivos. En la TABLA XVII (pág. 139 ) pueden contemplarse estas características tan peculiares y propias de esta muestra.

Por el contrario, Artritis Reumatoide y Reumatismo Degenerativo tienden a presentar correlaciones más estrechas y similitudes de

reacción psicológica cuando las variables psicosociales, en el análisis discriminante un 21.3% de los casos de Artritis Reumatoide. Así pues, existen estrechas relaciones pero, no obstante, también particularidades netas que hacen que pueda caracterizarse a cada grupo.

Así, para la Artritis Reumatoide (TABLA XIV ; pág. 136) los factores ansiedad y depresión se correlacionan por igual con la vulnerabilidad psicosocial y el bajo apoyo social, mientras que en la muestra Reumatismo degenerativo es el factor depresión quien aparece significativamente correlacionado con la vulnerabilidad y el bajo soporte social.

De otro lado, en la TABLA XXX (pág. 152) puede verse como la Artritis reumatoide para la Función 3 tiene una puntuación negativa (-.9212) y el Reumatismo Degenerativo tiene un valor positivo (.211) y cómo esta función discriminante es aquella que se correlaciona con una mayor edad, un menor nivel de estudios, un mayor número de incidencias sociobiográficas negativas y una mayor vulnerabilidad. A su vez, estas variables psicosociales se correlacionan con elevada ansiedad y depresión. Aquellos casos de Artritis reumatoide que poseen las características sociales antes mencionadas reaccionan de igual forma que el reumatismo degenerativo y de ahí ese 21.3% que trasiega de una entidad a otra en el análisis discriminante.

Además, siempre en la TABLA XXX (pág. 152) puede verse que el Reumatismo Degenerativo tiene la puntuación más elevada (.645) para la función 1 y cómo esta función discriminante se correlaciona con: una clase social más baja, un concepto negativo de la enfermedad, un mayor tiempo de evolución y una mayor incapacidad subjetiva. Es decir,

está correlacionada y caracterizada por una evolución más larga y una sintomatología psíquica depresiva junto a un gran sentimiento de incapacidad laboral. De otra parte, vemos cómo para la Función 2 ( que es un elevado soporte social ) el reumatismo degenerativo puntúa negativamente (  $-.383$  ) mientras que el Reumatismo Degenerativo lo hace de forma positiva (  $.521$  ) , de forma que, globalmente, la muestra Reumatismo degenerativo tiene un menor soporte social, que lo discrimina radicalmente tanto en la cardiopatía isquémica con de la Artritis Reumatoide.

Respecto de la Incapacidad Subjetiva del paciente, si analizamos la TABLA XVII (pág. 139 ) vemos cómo el sexo tiene un papel determinante. Así, para el Reumatismo Degenerativo el porcentaje de mujeres con la percepción de incapacidad ( 67.3%) supera netamente a la incapacidad en las mujeres con Artritis Reumatoide ( 59.6% ), no siendo lo mismo para los hombres. Sin embargo, cuando observamos los análisis discriminantes y las correlaciones que se establecen vemos cómo la incapacidad subjetiva en el primer análisis discriminante (TABLA XXVIII, pág. 150 ) encabeza con una muy elevada correlación (  $.498$  ) a una Función Discriminante caracterizada por: 1) una elevada ansiedad y pesimismo; 2) una edad más elevada junto a un más escaso nivel de estudios; 3) un mayor número de incidencias sociobiográficas negativas junto a una más elevada vulnerabilidad psicosocial; 4) un negativo concepto de enfermedad y una mayor asistencia a urgencias y por más variados motivos (menor tolerancia a la enfermedad y sistema sanitario ) junto con ser aconsejada su visita al especialista en psiquiatría. Es decir, una muy baja tolerancia a la sintomatología orgánica junto a una más evidente componente psíquico especialmente ansioso.

Por el contrario, la evolución subjetiva ( de peor a mejor ) para este análisis aparece en la Función 2 y se correlaciona con la ausencia de ansiedad (-.424 ) y depresión ( -.376 ) y se articula con un menor tiempo de evolución tanto somática ( -.463 ) como psíquica ( -. 335). Es decir, la evolución subjetiva está relacionada con la evolución temporal de la enfermedad primordialmente y con la ausencia de sintomatología psíquica, teniendo menos relaciones con parámetros psicosociales, muy al contrario que la incapacidad subjetiva como hemos visto. Así pues, incapacidad subjetiva y evolución subjetiva son parámetros subjetivos muy diferentes doonde intervienen, como han señalado GUERRERO y FERNANDEZ ARGUELLES (1980) , una percepción global matizada por la matizada por la situación social del individuo y sus relaciones con el medio.

Si en el segundo análisis discriminante (TABLA XXXI, pág.153) aparecen unidos estos parámetros en una misma Función Discriminante lo es dada la reducción máxima de variables psicosociales. No obstante, es una Función doble. En efecto: la Incapacidad Subjetiva se correlaciona positivamente con la clase social más baja y con la situación laboral, mientras que la evolución subjetiva lo hace con el tiempo de evolución y la depresión a la escala de HAMILTON. Para este análisis, el concepto de enfermedad podría interpretarse como independiente, pero su correlación tan elevada en el primer análisis discriminante con la incapacidad subjetiva nos hace interpretarlos como parámetros estrechamente relacionados, como han señalado GINER y colabs. (1989) en estudios sobre subtipos de depresión.

En resumen, al analizar nuestro material de trabajo dividido en cuatro subgrupos y con las variables evolutivas, psicosociales y antropológicas consideradas, observamos que son diferenciales para cada

subgrupo, pero que pueden constituirse articulaciones de variables psicosociales que evidencia una muy particular forma de reacción para los grupos de Cardiopatía Isquémica y Atención Primaria. Para los grupos reumáticos considerados existe un trasiego que señala, en parte, una más idéntica forma de reacción cuando las variables y evolución se asemejan. No obstante, el Reumatismo Degenerativo tiene parámetros psicosociales propios que hacen aparecer no sólo con mayor frecuencia sino desde un punto de vista cualitativo una sintomatología psíquica entroncada a sentimientos de incapacidad que lo caracterizan. Así, el grupo Reumatismo Degenerativo estaría caracterizado por:

- INCAPACIDAD SUBJETIVA MUY ELEVADA
- UN CONCEPTO NEGATIVO DE LA ENFERMEDAD
- UNA CLASE SOCIAL MAS BAJA
- UN MENOR APOYO SOCIAL
- UN MAYOR TIEMPO DE EVOLUCION SINTOMATOLOGICA PSIQUICA
- UNA PEOR RELACION CON EL MEDIO
- UNA PEOR EVOLUCION SUBJETIVA

Estas variables deben considerarse primarias dado que corresponden a la Función 1 y 2 (TABLA XXXI, pág. 153 ), mientras que la Función 3 (que opone radicalmente Reumatismo Degenerativo (.211) frente a Artritis Reumatoide (-.9212)) es covariante y, por tanto, explicaría un porcentaje mucho menor de la varianza. Así, el reumatismo Degenerativo posee en nuestro estudio y para los datos analizados, respecto de la Artritis reumatoide, pero de una forma no primaria:

- UNA EDAD MAS ELEVADA Y UN MENOR NIVEL DE ESTUDIOS

-UN MAYOR NUMERO DE EXPERIENCIAS SOCIOBIOGRAFICAS  
PERCIBIDAS Y RECORDADAS COMO NEGATIVAS

- UNA MAYOR VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL

- UNA MENOR TOLERANCIA A LA SINTOMATOLOGIA CON UNA  
SIGNIFICATIVA MAYOR UTILIZACION DE SERVICIOS DE  
URGENCIA

- REMITIDO CON MAS FRECUENCIA A CONSULTAS DE  
PSIQUIATRIA.

# CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

1.- El factor psicossomático-afectivo que más comunmente se representa asociado a los cuadros reumatológicos es el binomio DEPRESION-ANSIEDAD, que puede presentarse de forma aislada, o bien asociado.

2.- La intensidad de los CUADROS ANSIOSOS presenta valores más relevantes en el Reumatismo Degenerativo, y en el sexo femenino .

3.- El factor DEPRESIVO se evidencia con más intensidad en los cuadros de tipo reumatológico que en las patologías "no reumáticas" estudiadas.

La existencia de un síndrome depresivo es muy común en las mujeres que padecían Artritis Reumatoide, siendo su incidencia cuatro veces mayor que la de los hombres con la misma patología.

4.- Al estudiar el grado de PESIMISMO o carencia de proyectos, encontramos que este es muy frecuente en los pacientes con reumatismo degenerativo y sexo femenino. El grado de pesimismo es muy evidente aunque de menor intensidad en los pacientes con Artritis Reumatoide.

5.- La cuantificación cualitativa de las INCIDENCIAS SOCIOBIOGRAFICAS se distribuyen:

a) Existe una predisposición a haber padecido un alto número de

incidencias en los dos últimos años anteriores al estudio en los pacientes con Reumatismo Degenerativo, siendo de menor intensidad cuantitativa en los pacientes artríticos.

b) La existencia de incidencias sociobiográficas moderadas y leves se da con mayor frecuencia en los pacientes con Cardiopatía o bien en Atención primaria.

6.- Según nuestro estudio, el APOYO SOCIAL arroja notas muy interesantes, ya que los enfermos con Cardiopatía Isquémica son los que alcanzan un mayor grado de Apoyo Social, siendo en segundo lugar los pacientes con Artritis Reumatoide.

El soporte social es una variable psicosocial eje que distingue las diferentes patologías y correlaciones de estas con los demás parámetros psicosociales así como la existencia de una patología psíquica neta asociada y un concepto negativo o no de la evolución y de la incapacidad subjetiva.

7.- A la hora de cuantificar la VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL en las cuatro poblaciones de nuestro estudio, vemos que existe una mayor incidencia de vulnerabilidad en los pacientes con Reumatismo Degenerativo, siendo su incidencia algo menor en los pacientes artríticos de nuestro estudio.

8.- Existe un alto grado de INCAPACIDAD SUBJETIVA hacia su trabajo habitual, tanto en los pacientes cardiopatas como en los pacientes con Reumatismo Degenerativo, siendo en los primeros exclusivo de los hombres, y en el segundo más importante en las mujeres.

En las pacientes artríticas existe un alto grado de incapacidad subjetiva, aunque este es de menor intensidad que en los grupos anteriores, y está bastante equiparado a los varones del grupo.

9.- El concepto de EVOLUCION SUBJETIVA sobre su propia patología nos indica que los enfermos con Reumatismo Degenerativo, eran los que expresaban que habían evolucionado hacia peor; es decir, eran los que denotaban una actitud más negativista a la hora de evaluar su propio padecimiento.

Por otra parte, los enfermos con Artritis Reumatoide y Cardiopatía Isquémica expresaban una mayor actitud optimista sobre la evolución de sus procesos, y la mejora con el tratamiento y cuidados asistenciales que estaban recibiendo.

10.- Las variables psicosociales tienden a construir articulaciones y relaciones periarticulares. Después de nuestro estudio consideramos:

a) Que el soporte social, la relación con el medio y el concepto de enfermedad son variables primarias de donde se derivan otras tradicionalmente valoradas como determinantes y que se nos muestran secundarias tales como la vulnerabilidad psicosocial y las incidencias psicobiográficas.

b) Es en el Reumatismo Degenerativo donde estas variables psicosociales primarias están seriamente alteradas y la sintomatología psíquica se entiende como consecuencia de esta alteración, así como el concepto de incapacidad subjetiva y la utilización reiterada de los mecanismos sanitarios incluídas las urgencias.

c) Por último, las divergencias entre los conceptos de incapacidad y de evolución subjetiva abren un espacio conceptual de análisis que, a nuestro juicio, merecería nuevos estudios para tratar de comprender la tendencia a la cronificación del sentimiento de enfermedad en las enfermedades reumáticas.

# BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

(\*1\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. Reumatismo y trabajo. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983; 13:17-23, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*2\*) CHAOUAT Y., ELISON J., Morbilité rhumatismale et médecine. *Rhum* 1979; 46/5:15-18.

(\*3\*) VALDEMORO E., GONZALEZ P. Patología profesional del hombro. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:24-30, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*4\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. Dolor en el codo. *Reumatología Práctica*, 1982;2/5:49

(\*5\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. Osteoartrosis y trabajo. *Reumatología Práctica*, 1979;3/5:149-162.

(\*6\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. SANCHEZ C. El codo. Patología reumática y actividad laboral. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:35-37, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*7\*) BANEGAS BANEGAS J. Patología reumática de la mano de origen profesional. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:45-49, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*8\*) BARRET J., DOUGLAS M., GOLDING N. Tratamiento práctico del dolor lumbar y de la ciática. Editorial Ancora:6-7, Barcelona 1985.

(\*9\*) FRYMOYER J.W., POPE M.H. Epidemiologic Studies of Low-back Pain. *Epine*, 1980; 5/5:19-23.

(\*10\*) DEL CASTILLO VERA I., GARCIA ALCAZAR R. Lumbalgias de esfuerzo. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:57-61, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*11\*) LEAUIT F. GORDON D. Patterns in psychological disturbance and pain report in patients with low-back pain. *Abstracta Médica*, 1982; 6ª edición:326.

(\*12\*) FICAT P. Cartilage et arthrose. Editorial Masson, Paris 1979

(\*13\*) MANZANO MEDINA J.L. Las artropatías de la cadera en la medicina del trabajo. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:62-66, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*14\*) MORENO ALVARADO M., BAYON RODRIGUEZ J. El pie en la patología laboral. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:67-72, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*15\*) GRUPO BERNARD KRIEF. Estudio sociológico sobre el reumatismo en España. *Reumatos 80's*; edición resumida:32-33, Madrid, 1981.

(\*16\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. FERRER GARCIA J.L. Invalidez y enfermedades reumáticas. Comunicación al II Congreso Portugués de Reumatología, Libro de resúmenes:22-23, Oporto, 1976.

(\*17\*) LAWRENCE J.S. *Encyclopaedia of occupational health and safety*, III edición:1938-39, Editorial International Labour Office, Geneve, 1983.

(\*18\*) BORRACHERO DEL CAMPO J. Reumatismo y trabajo. *Rheuma* (Monografías del Aparato Locomotor), 1983;13:21-23, Editorial Jarpyo, Madrid.

(\*19\*) GRUPO BERNARD KRIEF. Estudio sociológico sobre el reumatismo en España. *Reumatos 80's*; edición resumida:8-12, Madrid, 1981.

(\*20\*) FERRER GARCIA J.L. Aspectos médicos y sociales de las enfermedades reumáticas. Monografías del aparato locomotor, Nº extraordinario, Junio 1984, Madrid.

(\*21\*) GRUPO BERNARD KRIEF. Estudio sociológico sobre el reumatismo en España. *Reumatos 80's*; edición resumida:37-42, Madrid, 1981.

(\*22\*) YELIN E.H., HENKE C.J. Incapacidad laboral en las personas con padecimientos musculoesqueléticos. *Arthritis rheum*, 29/11:1322-33, Multipurpose Arthritis Center, University of California, San Francisco, CA, U.S.A., 1986.

(\*23\*) LOPEZ MONTES M., ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN J. Estudio comparativo entre la demanda de solicitud de invalidez permanente por patología reumática en contraposición a la producida por otro tipo de patología. Comunicación sobre Aspectos Sociales, *VII Rheumatologiae Congressvs Latinvs*:13, Torremolinos, Málaga, 1986.

(\*24\*) LOPEZ MONTES M., GARCIA CARO A.L., Factores económicos y psico-sociales que influyen en la patología reumática. IV Curso Nacional de Valoración Médica de la Invalidez:7, Madrid 1987.

(\*25) ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN J., Pronóstico laboral de la cardiopatía isquémica (infarto de miocardio e isquemia revascularizada o nó). Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, 1987.

(\*26\*) FERRER GARCIA J.L., Aspectos sociales y laborales de la enfermedad reumática. Plan de Perfeccionamiento en Reumatología para Médicos Generales (PPR), IV unidad didáctica:595-598, Gabinete Pfizer de recursos humanos, Madrid 1986.

(\*27\*) ASTRAND N.E., Factores médicos, psicológicos y sociales asociados con anomalías lumbares y presencia de dolor lumbar: un estudio seccional cruzado en empleados varones de una industria de pasta y papel sueca. *Br J Ind Med*; 44/5:327-336, Department of Community Health Sciences, Lund University, Malmo, Swe. 1987

(\*28) LOPEZ MONTES M., FERRER GARCIA J.L., Mapa geográfico de la provincia de Sevilla. Estudio de las poblaciones con mayor demanda de invalidez por patología reumática de origen degenerativo. XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. Revista Española de Reumatología, comunicación libre;15:64-65, Barcelona, Mayo 1988.

(\*29\*) SERVICIO ANDALUZ DE SALUD: CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. Datos estadísticos no publicados: unidad de valoración médica de incapacidades de Sevilla (U.V.M.I.), Sevilla 1989.

(\*30\*) PPR (Plan de perfeccionamiento en reumatología para médicos generales)., IV unidad didáctica:648-650, Gabinete Pfizer de recursos humanos, Madrid 1986.

(\*31\*) ARIZA HERNANDEZ J., PAULINO TEVAR J., Mapa reumatológico de

la comunidad de Castilla la Mancha, *Revista española de Reumatología*;14/1:21-24, Barcelona 1987.

(\*32\*) VERA RUIZ F.M., Así estamos en Ciudad Real. *Tribuna médica*;1079:16-17, 1985.

(\*33\*) VERA RUIZ F.M., Así estamos en Cuenca. *Tribuna médica*;1079:16-17, 1985.

(\*34\*) GUTIERREZ ALARCON D. Así estamos en Albacete. *Tribuna médica*;1064:12-13, 1985.

(\*35\*) FERRER GARCIA J.L. Estado actual de la asistencia reumatológica. *Rheuma*. Nº extraordinario Junio:13-14, 1984.

(\*36\*) EGEEA CORTES A. Estudio epidemiológico y asistencial de las enfermedades reumáticas en Gran canaria, XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. *Revista Española de Reumatología*, comunicación libre;15:61-62, Barcelona, Mayo 1988.

(\*37\*) IBAÑEZ RODRIGUEZ M. Evaluación en consulta de la reumatología de nueva creación en Huesca. XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. *Revista Española de Reumatología*, comunicación libre;15:64, Barcelona, Mayo 1988.

(\*38\*) COLLADO PINES F., ARIZA HERNANDEZ A. Propuesta de protocolo para el programa de atención al paciente reumático en Centros de Salud. XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. *Revista Española de Reumatología*, comunicación libre;15:20-21, Barcelona, Mayo 1988.

(\*39\*) CAAMAÑO FREIRE A., MEIRA VARELA J. Valoración de la especialidad de reumatología por un grupo de médicos post-graduados en Galicia. XVII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. *Revista Española de Reumatología*, comunicación libre;15:19-20, Barcelona, Mayo 1988.

(\*40\*) RIESCO DIAZ M. Estudio de las enfermedades reumáticas en medicina general. IX Reunión de la Sociedad Andaluza de Reumatología, Comunicación libre, *Revista Española de Reumatología*;15:64-65, Barcelona, Mayo 1988.

(\*41\*) BELTRAN GUTIERREZ J. Estudio sociológico de dos casos clínicos reumatológicos en un ensayo con ordenador. *VII Rhevmatologiae Congressvs Latinvs*:1, Torremolinos, Málaga, 1986. *Revista Española de Reumatología*;15:14-15, Barcelona, Mayo 1988.

(\*42\*) LOPEZ MONTES M., GONZALEZ DE LA VERA J. Importancia de la actuación del médico de medicina primaria en el desarrollo y evolución de la patología reumática degenerativa. VIII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria; Libro de resúmenes:16, Palma de Mallorca 1986.

(\*43\*) TORTAJADA SANCHEZ M., GONZALEZ DE LA VERA J. Aspectos clínicos, sociales y demográficos de demanadas de urgencias reumatológicas en un centro de atención primaria. VIII Congreso Nacional de Medicina Rural y Asistencia Primaria; Libro de resúmenes:12, Palma de Mallorca 1986.

(\*44\*) LOPEZ MONTES M., Evolución de la enfermedad reumática: cronicidad y sintomatología. Estados de yatrogenización: importancia

de este factor en el desarrollo de la enfermedad, *VII Rheumatologiae Congressvs Latinvs.*, Libro de resúmenes:12-13, Torremolinos, Málaga, 1986.

(\*45\*) LOPEZ MONTES M., Incidencia de los aspectos sociales: edad, sexo, clase social, situación laboral e incidencias sociobiográficas en la expresión clínica y psicósomática del reumatismo degenerativo, *VII Rheumatologiae Congressvs Latinvs.*, Libro de resúmenes:13, Torremolinos, Málaga, 1986.

(\*46\*) ROIG ESCOFET J., Reumatismo psicógeno, *Cuadernos de Reumatología*, 24:38-39, Barcelona, 1982.

(\*47\*) ROIG ESCOFET J., Reumatismo psicógeno, *Cuadernos de Reumatología*, 24:41-43, Barcelona, 1982.

(\*48\*) ROTES QUEROL J., Reumatología clínica, Tomo II:527, Editorial Espaxs S.A., Barcelona, 1983.

(\*49\*) BOLAND E.W., STEPHENS C., Arthritis, 6th edition:128-1326, Ed. Filadelfia, Lea Feibiger, 1960.

(\*50\*) GRANADOS DURAN D., RIVAS SUBIROS R., La laxite articulaire comme facteur d'alterations de l'appareil locomoteur (nouvelle etude, 1971), *Rhumatologie*, 24:179-191, Paris, 1972.

(\*51\*) ROTES QUEROL J., Reumatología clínica, Tomo II:527-529, Editorial Espaxs S.A., Barcelona, 1983.

(\*52\*) YUNUS M. ET AL., Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50

patients with matched normal controls, *Seminars in arthritis and rheumatism*, 11:151-171, 1981.

(\*53\*) YUNUS M.B. Primary fibromyalgia syndrome: criteria and classification, *Acta rheumat. scandinavica*, 69:11, 1987.

(\*54\*) STEPHEN M., CAMPBELL ET AL. Clinical characteristics of fibrositis i.a. blinded controlled study of symptoms and tender points, *Arthritis and rheumatism*, 26:617-824, 1983.

(\*55\*) ROBERT M SIMMS ET AL., Tenderness in 75 anatomic sites, *Arthritis and rheumatism*, 31:182-187, 1988.

(\*56\*) McCARTY D.J., Artritis y enfermedades conexas, Tomo III:921-923, Editorial Panamericana, Madrid, 1983.

(\*57\*) MULLER W., The fibrositis syndrome diagnosis, differential diagnosis and pathogenesis, *Scand. j. rheumatology*, 65:40-53, 1987.

(\*58\*) YUNUS M. ET AL., Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls, *Seminars in arthritis and rheumatism*, 11:151-171, 1981.

(\*59\*) MOLDOSFSKY H. ET AL, Musculoesketal symptoms and no-REM sleep disturbance in patients with fibrositis syndrome and healthy subjects, *Psychosomatic medicine*, 37:341-351, 1975.

(\*60\*) ADROER MARTORI R., DIAZ LOPEZ C., Fibromialgia, *Dolor*, 3:202-207, Barcelona, 1988.

(\*61\*) BARRET J., GOLDING N., Tratamiento práctico del dolor lumbar y de la ciática (Backache and sciatica), Editorial Ancora:20-23, Barcelona, 1985.

(\*62\*) SIMON L., Manual de reumatología, Editorial Toray-Masson, 1ª edición española:517-521, Barcelona, 1976.

(\*63\*) URIBARRI MURILLO G., Estudio sociobiográfico de la medicina: pasado, presente y futuro, Editorial Bernard Krief, 1ª edición:124-129, madrid, 1982.

(\*64\*) STEIGER V., Rheumatism and the psyche: the problem from a rheumatologist's view point, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology Congress:14-17, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*65\*) POLDINGER W., Psychiatric problems in physically ill patients, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology Congress:18-19, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*66\*) ROBINSON M., Mental problems in rheumatoid arthritis, *British medical journal*, 4:319, 1969.

(\*67\*) ROBINSON M., KIRK R.F., A psychological study of rheumatoid arthritis and selected controls, *Journal psychosom. research*, 23:16-35, 1972.

(\*68\*) ROBINSON M., KIRK R.F., A psychological study of rheumatoid arthritis and selected controls, *Journal psychosom. research*, 23:16-35, 1972.

(\*69\*) BURRY M.C., ZAPHIROPOULOS G., Report of the Symposium European Rheumatology Congress, Helsinki, 1975.

(\*70\*) COBB S., Contained hostility in rheumatoid arthritis, *Arthritis rheum.*, 2:419, 1959.

(\*71\*) COBB S., MILLER M., WIELAND M., On the relationship between divorce and rheumatoid arthritis, *Arthritis rheum.*, 2:414, 1959.

(\*72\*) BURRY M.C., ZAPHIROPOULOS G., Depression in rheumatoid arthritis, Ed. Hans huber, 1976.

(\*73\*) RIMIN R., A psychosomatic approach to rheumatoid arthritis, *Acta Scand. Rheum.*, 13:76-79, 1969.

(\*74\*) MOOOS R.M., SOLOMON G.F., Personality correlates of the degree of functional incapacity of patients with physical diseases, *J chronic diseases*, 18:1019, 1965.

(\*75\*) BOYTON B.L., LEAVITT L.A., Personality evaluation in rehabilitation of rheumatoid spondylitis, *Arch. phys. med. rehabil.*, 14:489, 1953.

(\*76\*) ROIG ESCOFET J., Artritis reumatoidea, Ed. doyma, 1ª edición:9-10, Barcelona, 1988.

(\*77\*) ROIG ESCOFET J., Reumatología en la consulta diaria, Ed. Espax S.A.:163-261, Barcelona, 1987.

(\*78\*) KIVINIEMI P., Psychological problems in rheumatoid disease, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology

Congress:29-32, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*79\*) REKOLA J.K., Rheumatoid arthritis and the family, *Scand. j. Rheum.*, 3: 78-81, 1973.

(\*80\*) ALANEN Y.O., REKOLA J.K., The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders, *Acta Psychiatr. Scand.*, 189:32-37, 1966.

(\*81\*) EILA NURMINEN, Parent-child relationship in rheumatoid arthritis and bronchial asthma, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology Congress:34-35, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*82\*) GLICK E.N., Osteoarthritis and its psychological aspects particularly in the elderly, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology Congress:38, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*83\*) WEINTRAUB A., Psychosomatic aspects of rheumatic diseases, Report of the symposium held during the VIIIth European Rheumatology Congress:39-46, Hans Huber publishers, Bern Stuggart, Viena, 1982.

(\*84\*) BOUCHARLAT J., JACQUOT F., CHABOUD J.P., Psychologie des rhumatisants chroniques a travers le test de Rorschach, *Ann Psychol.*, 141:405-413, Paris, 1983.

(\*85\*) McCARTY D.J., Artritis y enfermedades conexas, Artritis y enfermedades conexas, 9ª edición, Tomo III:927, Editorial Panamericana, Madrid, 1983.

(\*86\*) McCARTY D.J., Artritis y enfermedades conexas, Artritis y enfermedades conexas, 9ª edición, Tomo III:929, Editorial Panamericana, Madrid, 1983.

(\*87\*) MOLDOSFSKY H., CHESTER W.J., J Psychosomatic med., 32:309, 1970.

(\*88\*) LOPEZ MONTES M., Aspectos clínicos y psicosomáticos del síndrome cervical posterior, Tesis de Licenciatura, Facultad de medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1985.

(\*89\*) LOPEZ MONTES M., GUERRERO TORRE J., PUJOL LLAVE E., GONZALEZ DE LA VERA J., Demanda de asistencia reumatológica y componente psiquiátrico añadido, IX Reunión de la Sociedad Andaluza de Reumatología, Libro de resúmenes:18, Málaga, 1987.

(\*90\*) LOPEZ MONTES M., GUERRERO TORRE J., PUJOL LLAVE E., Reumatismo degenerativo: incidencia y tipos de depresión concomitante, IX Reunión de la Sociedad Andaluza de Reumatología, Libro de resúmenes:20, Málaga, 1987.

(\*91\*) LOPEZ MONTES M., FERRER GARCIA J.L., GONZALEZ MURGA E., LUANCO GRACIA J., ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN J., MENGIBAR TORRES G., GARCIA CARO A., MARENCO SANTANA J.L., Estudio psico-social y asistencial de una población afectada de reumatismo degenerativo solicitante de invalidez en sus diferentes grados, Comunicación al XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, *Revista Española de Reumatología*, 15:63-64, Barcelona, 1988.

(\*92\*) LOPEZ MONTES M., LUANCO GRACIA J., ASTOLFI PEREZ DE GUZMAN

J., MENGIBAR TORRES G., GARCIA CARO A., MARENCO SANTANA J.L., Incidencia de los factores socio-económicos, psico-sociales y de asistencia en la evolución y cronicidad de los procesos reumatológicos supuestamente invalidantes, X Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Reumatología, Libro de resúmenes:8-9, Jaén, 1987.

(\*93\*) LOPEZ MONTES M., Estudio psico-social y socio-laboral de una población afecta de artritis reumatoide, Premio nacional Liga Reumatológica Española (L.I.R.E.), (no publicado), Madrid, 1988.

(\*94\*) GONZALEZ RODRIGUEZ B., Factores psico-sociales y actitud ante el enfermo, *JANO*, XXXIV/804:41, Barcelona, 1988.

(\*95\*) DENTON J.A., *Medical sociology*, Houghton Mifflin, Boston, 1978.

(\*96\*) MECCHANIC D., VOLKANT E.M., Stress, illness behavior and the sick-role, *American sociological review*, 26:51-58, 1971.

(\*97\*) GONZALEZ RODRIGUEZ B., La conducta de enfermar, *JANO*, XXXI/804:54, Barcelona, 1988.

(\*98\*) ZOLA I., *Illness behavior of the working class*, World, studies of the american workers, Ed. Blue-Collar, 1984.

(\*99\*) MEYER A., *Collected works of Adolph Meyer*, Ed. E. E. Winters, Baltimore, 1950-1952.

(\*100\*) WOLFF H.F., WOLFF S., HARE C.C., *Life stress and bodily disease*, Williams Wilkins, Baltimore, 1950.

(\*101\*) HINKLE L., WOLFF H.G., Health and social environment. Experimental investigations, Explorations in social psychiatry, basic Books, Nueva York, 1957.

(\*102\*) MYERS J. K., PEPPER M. P., Life events and psychiatric impairment, *J. nerv. ment. dis.*, 52:149-157, 1971.

(\*103\*) BROWN G.W., BHROLCHAIN M., HARRIS T.O., Social class and psychiatric disturbances among women in a urban population, *Sociology*, 9:225-254, 1975.

(\*104\*) SHLESS A.P., TEICHMANN A., MENDELS J.N., The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness, *British journal of psychiatry*, 130:19-22, 1977.

(\*105\*) AMIEL-LEBIGRE F., SEBAG-LASCH E., Role du caractere stressant des evénements de la vie dans les maladies mentales, *L'annee psychologique*, (en prensa).

(\*106\*) PICHOT P., Les bouffées delirantes et les delires chroniques. deux concepts nosologiques français, *Ann. med psychol.*, CXXXVII:52-58, 1979.

(\*107\*) PAYKEL E.S., MYERS J.K., Life events and depression. A controlled study, *Arch. gen. psychiatric*, 21:753-761, 1969.

(\*108\*) GUERRERO TORRE J., FERNANDEZ ARGUELLES P., GINER UBAGO J., El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica, *Acta Luso-Española de neurología, Psiquiatría y ciencias afines*, VIII/4:32-46, Madrid, 1980.

(\*109\*) GINER UBAGO J., GUERRERO TORRE J., CHAPARRO C., Papel de los sucesos vitales, apoyo social y vulnerabilidad en los diversos subtipos de depresión, *Psicopatología*, 8/3:167-176, Madrid, 1988.

(\*110\*) VALBUENA A., PEREZ DE LOS COBOS J., SOPELANA P., Factores psico-sociales, acontecimientos vitales y personalidad en 128 enfermos de cardiopatía isquémica en proceso de rehabilitación, *Psiquis*, VI:28-33, Barcelona, 1985.

(\*111\*) ARBER S., Clase social, desempleo y enfermedad crónica: otra aportación al debate sobre desigualdades en la salud, *British medical journal* (Edición española), 2:73-79, 1987.

(\*112\*) DE MIGUEL J., KENNY M., La antropología médica en España, Editorial Anagrama:11-17, Barcelona, 1980.

(\*113\*) KENNY M., Valores sociales y salud, Antropología médica en España, Editorial Anagrama:80-81, Barcelona, 1980.

(\*114\*) ROJAS RODRIGUEZ J., Cardiopatía isquémica, del dolor...al silencio, Discurso de recepción de la Real Academia de Medicina de Sevilla:65-67, editorial Exmo. Ayuntamiento de Sevilla, Sevilla, 1988.

(\*115\*) PAEZ D., BASABE M., CARDAÑO A., CELORIO M., La clase social como factor psico-social explicativo, *JANO*, XXXIV/804:61-65, Barcelona, 1988.

(\*116\*) GINER UBAGO J., CAMACHO M., FERNANDEZ ARGUELLES P., GUERRERO TORRE J., MORENO NAVARRO I., Psicopatología y cultura andaluza, Ponencia al IX Congreso Latino Mediterráneo de Psiquiatría: 22,

Sicilia (Italia), Mayo, 1984.

(\*117\*) MORENO NAVARRO I., Hacia la generalización de la conciencia de identidad, *Historia de Andalucía*, VIII:257-298, Madrid, 1982.

(\*118\*) MORENO NAVARRO I., La tierra y la identidad andaluza, implicaciones socio-económicas, *Jornadas sobre la tierra andaluza* (en prensa), Jerez, 1985.

(\*119\*) GINER UBAGO J., CAMACHO M., FERNANDEZ ARGUELLES P., GUERRERO TORRE J., MORENO NAVARRO I., Psicopatología y cultura andaluza, *Anales de psiquiatría*, 1/1:39-84, Madrid, 1984.

(\*120\*) CONDE V., FRANCH VALVERDE J.S., Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos, pags.124-132, Madrid, 1984.

(\*121\*) CONDE V., FRANCH VALVERDE J.S., Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos, pags.42-61, Madrid, 1984.

(\*122\*) BECK A.T., Cognitive therapy and the emotional disorders, *International university press*:135-137, New York, 1976.

(\*123\*) GUERRERO TORRE J., FERNANDEZ ARGUELLES P., CHAPARRO C., El papel de los sucesos estresantes en la clínica psiquiátrica, *Acta Luso-española, Psiq. neurol.*, XVIII:48-61, 1980.

(\*124\*) BROWN G.W., HARRIS T.O., Social origins of depression, Taristok Publications, New York, 1978.

(\*125\*) CONDE V., FRANCH VALVERDE J.S., Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatologica en los trastornos angustiosos y depresivos, pags.168-177, Madrid, 1984.

(\*126\*) POLLAK K., Los discípulos de Hipócrates, Ed. Plaza Janes, pags. 341-345, Barcelona 1973.

(\*127\*) PIEDROLA GIL G., Medicina preventiva y salud pública, Ed. Salvat, vol. VIII, pags. 29-31, Barcelona 1989.

(\*128\*) PIEDROLA GIL G., Medicina preventiva y salud pública, Ed. Salvat, vol. VIII, pags. 756-761, Barcelona 1989.

(\*129\*) ROTES QUEROL J., Reumatología clinica, Tomo II, Ed. Espasa, pags. 527-528, Barcelona 1983.

(\*130\*) DIETER BECK D., Aspectos psicosomáticos del reumatismo articular crónico, ROCHE, pags. 13-15, Madrid 1972.

(\*131\*) MANZANO MEDINA J.I., Dimensiones de la personalidad del enfermo reumático y desorden psicológico, Rev. Inflamación, vol. 1, nº 4, pags. 25-27, Julio-Agosto, Madrid 1990.

(\*132\*) LUDWIG A.O., Emotional factors in rheumatoid arthritis: their bearing on the care and rehabilitation of patient, Psychol. 1949.

pags.29-339.

(\*133\*) LUDWIG A.O., Psychogenic findings in rheumatoid arthritis bull, Rheum. Dis., 1952, pags.2-15.

(\*134\*) DIETER BECK D., Aspectos psicossomáticos del reumatismo articular crónico, ROCHE, 44:46, Madrid 1972.

(\*135\*) MICHAEL BOND R., Dolor, naturaleza, análisis y tratamiento, Ed. Longman Ground Limited, pags 46-51, New york 1984.

(\*136\*) GOLDING D.N., Algunos aspectos del dolor raquídeo en la mujer, RRR, volumen 24, nº 2, pags. 31-32, Febrero 1984.

(\*137\*) PAUL KIELMOLZ T., El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos, Ed. Herder, pags. 43-45, Barcelona 1985.

(\*138\*) HERRERO VELASCO L., SABANES MAGRIÑA F., Trastornos de ansiedad en medicina, Hoechst Ibérica, pags. 7-9, Barcelona 1983.

(\*139\*) ROIG ESCOFET D., Artritis reumatoidea, Ed. DOYMA S.A., pags. 9-11, Barcelona 1987.

(\*140\*) HERRERO VELASCO L., Trastornos depresivos en la práctica diaria, Hoechst Ibérica, pags. 13-15, Barcelona 1984.

(\*141\*) RIMON R.A., Psychosomatic approach to rheumatoid arthritis, Acta Rheum. Scand., supl. 13, 1969.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Resolución de la Junta de Gobierno de la Universidad de Sevilla por la que se concede el título de Doctor en Medicina a

Mariano López Monte  
Aspectos microscópicos y autopsiográficos de las  
enfermedades venéreas

apto cum laude

10

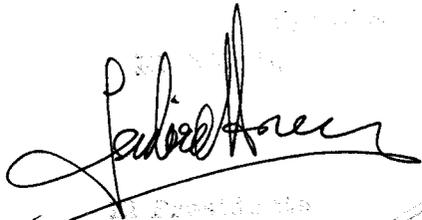
julio

92

El Vocal,



El Decano,

  
El Presidente  