Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Facultad de Psicología

TRABAJO DE DIPLOMA

Título:

Particularidades del proceso de supresión de pensamientos en pacientes con enfermedades del colágeno.

Autora:

Ilianne Hernández Verdecia.

Tutor:

MsC. Boris C. Rodríguez Martín.

Co-tutora:

Dra. Marta Pérez de Alejo Rodríguez.

2010-2011

"El paciente es algo más que un cúmulo de síntomas, signos, trastornos funcionales y perturbación de emociones. El paciente es un ser humano que tiene temores, alberga esperanzas y por ello busca alivio y consuelo".

Tinsley Harrison

- *A mis abuelos, por ser el tesoro más preciado que me ha dado la vida.*
- *A mis padres por su amor incondicional.*
- *A Nicor, por ser simplemente así, todo amor.*

- *A mis padres, por indicarme el camino más correcto hacia la formación profesional.*
- *A Nicor, por su amor, comprensión, entrega y por decir las palabras adecuadas en los momentos en que una siente que se derrumba la montaña.*
- *A todos mis amigos, de los cuales he aprendido y siempre conservaré un pedacito de cada uno de ellos.*
- *A mi tutor, Boris, por su optimismo y confianza.*
- *A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a mi formación personal y profesional, gracias por contribuir a que este día llegara.*

La presente investigación se desarrolló en el período comprendido entre los meses de enero y abril de 2011 en el Hospital Docente Universitario “Arnaldo Milián Castro” perteneciente a la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara. Tuvo como objetivo general caracterizar el proceso de supresión de pensamientos en individuos que presentan enfermedades del colágeno.

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental. El criterio fundamental para la inclusión en el estudio fue presentar alguna enfermedad del colágeno. Se trabajó con una población integrada por 65 sujetos, aplicando las técnicas White Bear Suppression Inventory (WBSI), una entrevista estructurada y la revisión de documentos oficiales. El análisis de los resultados se efectuó a través del SPSS/Windows 18.0.

Los principales resultados obtenidos evidencian que los pacientes con enfermedades del colágeno muestran niveles elevados en la tendencia al uso de la supresión de pensamientos como estrategia de control cognitivo; que los propios problemas de salud constituyeron el principal núcleo temático de los pensamientos rumiativos. Se observó además que aunque la distracción resultó la estrategia referida con mayor frecuencia para el control de los pensamientos rumiativos, este se dificulta cuando se incrementa la presencia de estos últimos. Además, se constató que la supresión de pensamientos no constituye un factor de influencia significativa sobre los indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno. Por último, acotar que el estado de ánimo reportado con mayor frecuencia fue la tristeza, con numerosas referencias a la experimentación de episodios depresivos.

Palabras claves: supresión de pensamientos, enfermedades del colágeno, pensamientos rumiativos.

This study was conducted in the period between January and April 2011 in the University Teaching Hospital "Arnaldo Milian Castro" belonging to the city of Santa Clara, Villa Clara province. Overall objective was to characterize the process of thought suppression in individuals with connective tissue diseases.

We conducted a descriptive-correlational study with a non-experimental design. The main criterion for inclusion in the study was to present a disease of collagen. We worked with a population composed of 65 subjects, applying the techniques White Bear Suppression Inventory (WBSI), a structured interview and review of official documents. The analysis of the results was done through SPSS / Windows 18.0.

The main results show that patients with collagen disease showed elevated levels in the tendency to use thought suppression as a strategy of cognitive control, that their own health problems were the main thematic focus of ruminative thoughts. It was further noted that although the distraction was the most frequently mentioned strategy for the control of ruminative thoughts, this is difficult when you increase the presence of the latter. In addition, it was found that thought suppression is not a factor of significant influence on clinical indicators of collagen diseases. Finally worth noting that the mood was the most frequently reported sadness, with numerous references to experiencing depressive episodes.

Key words: thought suppression, collagen disease, ruminative thoughts.

Tabla de contenidos ***Pág.***

Introducción……...1
Capítulo I: Marco Referencial Teórico……..6
1.1 Supresión de pensamientos: una aproximación a su concepto…….....6
1.2. Efectos paradójicos de la supresión de pensamientos…….....7
1.2.1 El modelo de los procesos irónicos…….....10
1.3 La supresión de pensamientos: su relación con otras categorías….....11
1.4 La rumiación como estilo de pensamiento…….....15
1.5 El sistema inmune……18
1.6 Consideraciones generales sobre la Colagenosis……19
1.6.1 Colagenosis: una aproximación a su tipología……20
1.6.2 Descripción de los indicadores clínicos de la Colagenosis…….....23
1.7 Rumiación, supresión de pensamientos y sistema inmune……..26
Capítulo II: Marco Referencial Metodológico……...29
2.1 Presupuestos del tipo de estudio……..29
2.2 Selección de la población……...30
2.2.1 Características de la población…….....31
2.3 Descripción de los métodos empleados…….....32
2.3.1 Métodos del nivel teórico……32
2.3.2 Métodos del nivel empírico……33
2.4 Operacionalización de variables……35
2.5 Procedimiento de los análisis estadísticos……..36
Capítulo 3: Análisis de los resultados……...37
3.1 Análisis por objetivos……..37
3.2 Análisis integrador……...44
Conclusiones…….....49
Recomendaciones……..50
Referencias Bibliográficas……51
Anexos

El ser humano se enfrenta en su cotidianidad a situaciones emocionalmente significativas, resultando en múltiples ocasiones estresantes, y aún más en los tiempos actuales, donde las demandas que el medio le presenta al individuo continuamente, exigen más de lo que este es capaz de dar atendiendo a sus recursos personológicos. Para hacer frente a esta situación, resulta muy frecuente la utilización de la supresión de pensamientos como estrategia de control cognitivo en el intento de aliviar el malestar asociado a estas emociones o pensamientos.

La capacidad de controlar los pensamientos resulta primordial para el adecuado funcionamiento humano. Centrar la atención en la actividad deseada, ignorando las dificultades que se puedan estar vivenciando simultáneamente, no constituye una tarea fácil, por lo que la tendencia del ser humano es suprimir.

La problemática relativa a la supresión de pensamientos ha sido abordada por diferentes autores, principalmente en el marco internacional, pues en nuestro país se han encontrado pocos hallazgos sobre el tema. Uno de los autores pioneros en hacer referencia a la supresión de pensamientos es Daniel M. Wegner, quien la definió como el intento deliberado de no pensar en una cosa determinada, constituyendo una estrategia consciente de control cognitivo y regulación emocional cuando los pensamientos crean emociones desagradables (Wegner, 1989).

El propio autor había señalado anteriormente que la supresión de pensamientos consciente no es una transformación cognitiva que los individuos realizan con gran facilidad, concluyendo que la misma tiene un efecto rebote, es decir, al intentar aislar las ideas que provocan malestar, en contraposición, aparecen más ideas rumiativas (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987).

En estudios posteriores se constató dicho planteamiento, quedando demostrada la influencia negativa de la supresión de pensamientos en diferentes categorías tanto psicológicas como clínicas: juega un papel fundamental en la persistencia de los pensamientos ansiosos (Rachman, 1981), puede incrementar el riesgo de cáncer (Gross, 1989; Kune, Watson y Bahnson, 1991; Shaffer et al., 1987), aumenta la sensibilidad e incomodidad para el dolor leve (Cioffi y Holloway, 1993), puede ocasionar efectos distintivos y perjudiciales sobre el sistema inmune (Petrie, Booth y

Pennebaker, 1998), la supresión de los pensamientos depresivos conduce a su aumento en la frecuencia (Purdon, 1999), genera en el individuo una percepción reducida de su papel causal en la realización de acciones simples (Wegner y Erskine, 2003), aumenta el consumo de alimentos, como el chocolate (Erskine y Georgiou, 2008), incrementa el deseo de fumar en personas con este hábito (Georgiou y Kvavilashvili, 2009).

La supresión de pensamientos como estrategia de control cognitivo es utilizada comúnmente y aún más por individuos que vivencian emociones desagradables, situación que resulta perceptible en una persona con diagnóstico de Colagenosis. Las enfermedades del colágeno constituyen enfermedades de curso crónico, considerablemente agresivas para el organismo, pues sus afecciones, además de atacar al sistema inmune, tienen la capacidad de expandirse hacia el resto de los sistemas, imponiéndole al enfermo una vida llena de cuidados por la gravedad de su estado de salud.

Esta enfermedad conlleva a preocupaciones extremas, tomando en consideración las restricciones que presentan estas personas para realizar las actividades cotidianas, para su desempeño laboral, para distraerse, en fin para experimentar una vida lo más normal posible. Por ende resulta muy frecuente que los enfermos de Colagenosis tiendan a suprimir sus pensamientos negativos y perturbadores sobre su estado de salud, además de todas las problemáticas cotidianas que experimentan simultáneamente.

Tomando en consideración que actualmente los resultados de las investigaciones realizadas sobre supresión de pensamientos son contradictorios, aunque priman los que demuestran sus efectos negativos, resulta incuestionable la necesidad de continuar investigando en este sentido. Además no se han encontrado hallazgos de investigaciones que aborden las particularidades de la supresión de pensamientos en sujetos que presenten enfermedades del colágeno. De este modo constituye una problemática a resolver, por lo que se plantea el siguiente problema de investigación:

- **Problema científico:** ¿Cuáles son las particularidades del proceso de supresión de pensamientos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno?

Siendo congruente con el problema de investigación se plantea el objetivo general siguiente:

- **Objetivo general:** Caracterizar el proceso de supresión de pensamientos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno.

Para dar respuesta al objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos, que se constituyen en rectores para la investigación:

- **Objetivos específicos:**

1. Identificar los niveles de tendencia a la supresión de pensamientos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno.
2. Describir las particularidades de los pensamientos rumiativos, los estados de ánimo asociados a los mismos y las distintas estrategias que se utilizan para controlarlos.
3. Establecer la relación existente entre la supresión de pensamientos y el nivel de aparición de los mismos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno.
4. Analizar la influencia de la supresión de pensamientos sobre los indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno.

Al abordar el problema de investigación y los objetivos de la misma se hace necesario realizar una valoración de los beneficios que pudiera tener la presente investigación tanto para investigadores posteriores, para los propios enfermos de Colagenosis, como para el personal médico que interactúe con los mismos.

De tal manera resulta incuestionable su valor teórico, pues a partir de la presente investigación se podrá contar con una caracterización del proceso supresión de pensamientos en los pacientes que presentan enfermedades del colágeno, lo cual se constituye a la vez en su novedad científica, pues no se han encontrado hallazgos al respecto.

Por otro lado hay que considerar su utilidad metodológica, pues para la realización del presente estudio se desarrolló una entrevista estructurada que permite la valoración de una serie de ítems fundamentales en estos casos. Además se sugiere una forma de investigar la influencia de la supresión de pensamientos en estas enfermedades, realizándolo a través de sus indicadores clínicos.

Se le concede además, relevancia social, pues los resultados obtenidos tendrán un impacto significativo, contribuyendo al área de la salud a la hora de realizar la orientación a pacientes, instruyéndolos en el manejo de estrategias eficaces y saludables para librarse de los pensamientos rumiativos.

Los métodos utilizados durante el presente estudio estuvieron determinados por el objetivo general y los objetivos específicos que rigen el mismo. A nivel teórico se emplean los métodos de análisis y síntesis, inducción y deducción y el histórico-lógico; todos de gran utilidad en el estudio y valoración de las fuentes bibliográficas localizadas en torno a la temática de investigación, así como en la interpretación de los resultados. También se emplean métodos y técnicas del nivel empírico-experimental como el White Bear Suppression Inventory (WBSI), una entrevista estructurada y la revisión de documentos oficiales, utilizándose además métodos estadísticos para la constatación del estado de las variables objeto de estudio.

La presente investigación se encuentra estructurada en tres capítulos, además de estar conformada por conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

En el primer capítulo se exponen las principales concepciones teóricas sobre la supresión de pensamientos, sus efectos paradójicos e influencia de la misma en otras categorías tanto psicológicas como clínicas. Posteriormente se hace referencia al sistema inmune, a las principales enfermedades del colágeno y se realiza una descripción de los indicadores clínicos a los que se les da seguimiento en caso de experimentar alguna de estas enfermedades.

En el segundo capítulo se exponen los criterios metodológicos, realizándose una justificación del uso de la metodología cuantitativa, además de hacer referencia al tipo de estudio y presentar una descripción de la población.

En el tercer capítulo se exponen los resultados arrojados por la investigación, los que fueron analizados por medio del SPSS/Windows 18.0. Se presentan las particularidades de la supresión de pensamientos en los pacientes con enfermedades del colágeno, haciéndose alusión a la influencia que ejerce esta estrategia cognitiva sobre los indicadores clínicos de dichas enfermedades.

1.1 Supresión de pensamientos: una aproximación a su concepto.

La capacidad de controlar los pensamientos resulta primordial para el adecuado funcionamiento humano. Centrar la atención en la actividad deseada ignorando las dificultades que se puedan estar vivenciando simultáneamente, no constituye una tarea fácil, por lo que la tendencia del ser humano es suprimir.

De esta manera se utilizan estrategias de control mental cada vez que se trata de cambiar pensamientos, motivos o estados mentales de acuerdo a las prioridades representadas conscientemente (Wegner y Wenzlaff, 1996, citado en Szentagotai, 2006).

El término supresión fue acuñado por vez primera por Sigmund Freud, quien lo describió como un mecanismo de defensa. Tomando como referencia las consideraciones de este autor, pero desde una perspectiva menos psicoanalítica, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) define la supresión como el mecanismo de adaptación psicológico que ayuda al sujeto a aislar de su mente pensamientos disociativos.

La supresión de pensamientos es el intento deliberado de no pensar en una cosa determinada. Constituye una estrategia consciente de control cognitivo y regulación emocional cuando los pensamientos crean emociones desagradables (Wegner, 1989, citado en Najmi, Wegner y Nock, 2007).

Refleja la tendencia a eliminar determinadas ideas y procesos de la conciencia, que se manifiesta de forma estable y repetida en algunos individuos (Wegner y Pennebaker, 1993, citado en Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001).

En estudios posteriores se plantea que la supresión de pensamientos “representa los intentos de detener la recurrencia de determinadas ideas o formas de pensar que son consideradas molestas o perturbadoras y afectan la funcionalidad de la persona” (Delgado, Herrera y Delgado, 2008, p.19).

Dicha afirmación ha resultado muy certera, demostrada tanto en estudios precedentes como posteriores, debido a que el sujeto en su lucha por detener estos pensamientos deja de poner en juego otros estilos de afrontamiento que resultan más benéficos para su salud mental.

Siendo consecuente con las referencias anteriores se puede concluir que la supresión de pensamientos es el intento consciente del sujeto por alejar de su mente pensamientos que resultan perturbadores y desagradables. Sin embargo, la investigación ha demostrado que esta estrategia cognitiva no siempre produce el resultado deseado.

1.2 Efectos paradójicos de la supresión de pensamientos

La supresión de pensamientos constituye una forma de controlar nuestra mente ante la influencia de ideas desagradables, sin embargo, es mayormente aceptado que constituye un método pobre para la realización de esta actividad cognitiva, tomando en consideración que los pensamientos suprimidos, a menudo, posteriormente regresan con más fuerza, lo que es avalado por Wegner y Pennebaker (1993). De esta forma se coincide con que la supresión es un mecanismo de defensa desadaptativo para ciertas personas y en determinadas circunstancias, produciendo el efecto totalmente opuesto al pretendido y dando lugar a un incremento en la frecuencia o intensidad del pensamiento que se pretendía eliminar (Wenzlaff y Wegner, 2000, citado en Luciano, 2007).

Las ideas planteadas tienen su base y han quedado corroboradas por varios estudios realizados por el propio Wegner y colaboradores (Wegner et al., 1994) quienes demostraron que los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos surgen en aquellas ocasiones en las que el individuo se ve sometido a una alta carga cognitiva. La categoría carga cognitiva fue definida por Wegner (1994) como "el estado de ánimo negativo característico de la depresión que disminuye la capacidad mental disponible para ejercer control mental voluntario sobre la actividad cognitiva" (Belloch y García, 2004, p. 185).

Tomando en consideración estos resultados Luciano (2007) señala que si el individuo al intentar suprimir se encuentra presionado, el proceso de funcionamiento controlado (el cual demanda muchos recursos cognitivos para poder funcionar) reduce la generación de distractores, y es entonces cuando el proceso de supervisión automático (el cual necesita pocos recursos cognitivos), hace que reaparezcan en la conciencia los contenidos mentales que se pretendían eliminar.

Al respecto Wegner plantea que el control de los pensamientos puede tener éxito siempre que el individuo participe activamente en este control. Sin embargo, tan pronto como el control se frustra, los efectos irónicos surgen (Wegner, 1994, citado en Soetens, Braet, Dejonckheere y Arne, 2006).

De modo general se puede decir que cuando se trata de suprimir ideas indeseadas, ellas son las primeras en ocupar los pensamientos, por lo que se coincide con Szentagotai (2006) al plantear que dicha actividad resulta más difícil cuando los recursos cognitivos están afectados por el estrés o la fatiga, por poner un ejemplo: cuando los procesos de control mental están dañados por cualquier situación.

El planteamiento anterior permite afirmar que si al estar dañados los procesos cognitivos la supresión de pensamientos desagradables se ve limitada, entonces cuando la persona posee mayor cantidad de recursos cognitivos tiene más efectividad en el proceso de suprimir dichos pensamientos (Delgado et al., 2008).

En resumen, todas aquellas estrategias que impliquen la supresión, tanto cognitiva como expresiva de los pensamientos y emociones que resulten perturbadoras, tal vez puedan conseguir un alivio momentáneo del malestar, pero a largo plazo pueden resultar bastante contraproducentes, por lo que sería recomendable que en los programas de tratamiento se hiciera alusión a lo desadaptativo de estas técnicas, a la vez que se instruya al paciente en el manejo de estrategias alternativas que se ha comprobado empíricamente que son más eficaces y mucho menos dañinas, como es el caso de las basadas en la revaloración y la aceptación, que ya se aplican en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 2006, citado en Luciano, 2007).

Esta información se sustenta sobre la base de la investigación realizada por Wegner y colaboradores, quienes conformaron una muestra a la que se le pedía grabar una cinta con cualquier contenido que apareciera en su mente. En el experimento los sujetos fueron instruidos a tratar de no pensar en un oso blanco, mientras que a la otra mitad se les dio la orientación inversa. En la segunda mitad del experimento estas instrucciones fueron contrariadas. Los resultados arrojados mostraron que los sujetos no podían bloquear de modo eficaz los pensamientos durante el intervalo de supresión, a pesar de tener cierto grado de control; por otro lado se obtuvo que los sujetos que inicialmente fueron instruidos a la supresión reportaron un número de

intrusiones mayor durante el segundo intervalo, fenómeno que es conocido como “efecto rebote” que se explica a través de la utilización de una estrategia supresiva ineficaz que lejos de aislar esa idea que provoca malestar, en contraposición, aparecen más ideas rumiativas. Los participantes mostraron mayor sensibilidad a las ideas indeseadas durante todo el período en que debían suprimir esas ideas. Con la obtención de este resultado tan significativo, los investigadores concluyeron que la supresión de pensamientos consciente no es una transformación cognitiva que los individuos realizan con gran facilidad (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987).

De esta manera Wegner y colaboradores demostraron el efecto rebote como un mecanismo general, pues el experimento fue realizado con un pensamiento neutro: “oso blanco”.

No obstante, posteriormente, las investigaciones sugieren que el aumento en los pensamientos es especialmente notable cuando los pensamientos oprimidos tienen un alto valor emocional o cuando sean pertinentes a las preocupaciones actuales (McNally y Ricciardi, 1996, citado en Soetens et al., 2006).

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios con el objetivo de comprobar los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos, demostrada anteriormente, muchas de las cuales han obtenido resultados similares, concordando que en dicha actividad aparece el efecto rebote.

Al respecto se expone que durante el intento de supresión, mediante la utilización de una señal positiva para la auto-distracción debe ser eliminado, en gran medida, el efecto rebote. El intento de pensar en una sola idea o imagen, en lugar de varias, resultaría más eficaz, si se considera que pensar en varias ideas simultáneamente podría reducir el interés y concentración de las personas en su intento deliberado de suprimir (Wegner et al., 1987).

En estudios ulteriores se plantea que la distracción, como estrategia alternativa para suprimir los pensamientos, es centrar el interés en situaciones y sentimientos agradables que mejoren el estado anímico y posteriormente, si es posible, hallar la solución específica del problema (Fernández-Berrocal et al., 2001).

La evidencia expuesta hasta el momento de la presente investigación demuestra que la supresión de pensamientos constituye una actividad cognitiva ineficaz a largo

plazo, ocasionando un aumento del pensamiento que se desea suprimir, siendo incrementado al aumentar la carga cognitiva en el individuo. Así, se concuerda con Luciano (2007) al plantear que la supresión de pensamientos es un fenómeno verdadero con efectos observables y que los resultados demuestran, en su mayoría, que resulta una actividad ineficaz en el laboratorio al menos.

No obstante, se ha señalado que las diferencias individuales presentes en los sujetos, basado en la primicia de que la personalidad es única e irrepetible, trae consigo diferencias en la intensidad del efecto paradójico producido por la supresión de pensamientos.

Autores como Wegner y Zanakos (1994) expusieron que se da la existencia de individuos más propensos a emplearla usualmente como una estrategia de afrontamiento a los pensamientos indeseados, convirtiéndose en más susceptibles a padecer efectos paradójicos, y consecuentemente más problemas psicopatológicos. Por otro lado hay autores como Luciano (2007) que aboga además del factor diferencias individuales por la estrategia específica empleada para controlar el pensamiento. De esta manera se coincide que:

> Es de esperar que aquellas personas con mejores recursos psicológicos, que presenten cierta flexibilidad cognitiva, que comprendan y manejen asertivamente su emocionalidad sean más eficaces en los intentos supresivos. El autoconocimiento puede facilitar la delimitación y el uso de distractores específicos y más eficaces para la persona, la reflexión sobre sus propios procesos psicológicos le brinda al sujeto la posibilidad de variar sus estrategias autodistractoras en dependencia de su eficacia (Delgado et al., 2008, p. 20).

1.2.1 El modelo de los procesos irónicos

Wegner (1994) desarrolló un modelo teórico sobre los efectos paradójicos del autocontrol mental, que permite explicar el fracaso en el esfuerzo consciente por controlar algunos procesos mentales como suprimir un pensamiento o concentrarse activamente en una tarea, esfuerzos que no solo fallan, sino que producen efectos contrarios a los esperados.

La teoría de los procesos irónicos establece que ante cualquier tentativa de supresión mental, se ponen simultáneamente en funcionamiento dos procesos antagónicos con características muy diferentes: por un lado, un "proceso intencional operante", que funciona mediante la generación consciente de distractores con el fin mantener el pensamiento no deseado alejado de la mente. Por otro lado, un "proceso de monitorización automático", que funciona de forma inconsciente, requiriendo así pocos recursos cognoscitivos. Durante los intentos de supresión, este proceso tiene como tarea comprobar que el elemento a suprimir no ha aparecido en la mente. De modo que, si el proceso de monitorización detecta una intrusión del pensamiento no deseado, el proceso operante vuelve a iniciar de nuevo la búsqueda de distractores con los que alejar las intrusiones de la mente (Luciano, 2007).

Estos efectos paradójicos se dan especialmente bajo una serie de condiciones como las demandas atencionales, el afecto negativo o la intención básica de controlar por parte del sujeto (Belloch y García, 2004).

Este modelo concebido por Wegner explica de forma detallada y lógica el efecto contraproducente de la supresión de pensamientos, ya que es capaz de realizarlo a partir de dos procesos que si bien resultan antagónicos funcionan mancomunadamente en la detección y realización de la supresión. Lo anterior procede, debido a que cuando el proceso intencional operante falla, lo cual resulta muy posible porque debe poner en juego muchos recursos cognoscitivos, el de monitorización automático produce el estado opuesto al deseado. De tal manera se coincide con el presente modelo explicativo.

1.3 La supresión de pensamientos: su relación con otras categorías

Las investigaciones realizadas por diferentes autores muestran evidencia de que la continua presencia de la supresión de pensamientos, como modo de afrontamiento a las ideas recurrentes, deja a los individuos expuestos a una serie de dificultades que se mueven desde la parte más emocional del sujeto, hasta la más biológica.

Muestra de ello es el estudio realizado por Wenzlaff y Wegner (2000) con el objetivo de determinar la relación existente entre la supresión y la psicopatología, obteniendo

como resultado que hay al menos dos posibilidades de ver dicha relación. Una de ellas es la conexión entre la supresión y ciertas respuestas patológicas cognitivas y emocionales, pues cuando la persona está enfrentando síntomas indeseados ella tratará de no pensar en ellos; sin embargo, otros estudios revelan evidencia de que la supresión está vinculada al debut y mantenimiento de los síntomas, pudiendo conducir ello al desarrollo de otros síntomas (Szentagotai, A., 2006).

El hecho de que la persona intente suprimir y como respuesta solo aparezca un efecto rebote, es decir, un aumento significativo de los pensamientos indeseados, puede generar en el individuo, con este estilo de afrontamiento, niveles patológicos de preocupación obsesiva; situación similar se produce en los procesos de adicción.

Los intentos de control de un hábito como el de fumar podría adoptar la forma de supresión de pensamientos y esto a su vez podría provocar rebotes excesivos de la acción de fumar. Los ciclos de supresión y entonces la preocupación, podría ser el valor estándar para las personas que intentan controlar una adicción de esta manera, dando lugar a repetidas recaídas y períodos de abstinencia (Wegner., 1987).

Las ideas referidas con anterioridad constituyeron la línea base para la realización de otros estudios con el mismo objetivo: demostrar los efectos negativos de la supresión de pensamientos sobre el hábito de fumar. Uno de los estudios con hallazgos más importantes al respecto fue el de Erskine, Georgiou y Kvavilashvili (2009), donde mediante un experimento se demostró que la supresión de pensamientos puede ser eficaz a corto plazo para reducir el comportamiento no deseado; dicha razón lleva a que los individuos perciban esta estrategia como beneficiosa. Por lo tanto, en los fumadores que intentan la abstinencia mediante la supresión de pensamientos resulta muy probable que la primera experiencia sea la reducción prevista en el comportamiento de tabaquismo (como sucedió en la primera semana del experimento), pero también sin percatarse desencadenar un consiguiente aumento del consumo de tabaco (situación que aconteció en la semana posterior).

Los pensamientos supresivos también están relacionados con los pensamientos ansiosos. Esto queda demostrado en Rachman, 1981, (citado en Szentagotai, 2006)

al plantear que las ideas o pensamientos que provocan al individuo un estado displacentero son difíciles de eliminar, resultando mucho menos accesible la aparición de un estímulo positivo, debido a la angustia producida por el contenido de esos pensamientos. La supresión además de prevenir la aparición de pensamientos indeseados, hará que el individuo no se adapte a ellos, lo que significa que ellos serán el punto de atención.

Algo similar ocurre con las personas deprimidas, debido a que su capacidad en la generación de distractores se encuentra reducida, por el propio estado anímico que experimentan. De esta manera las probabilidades indican que el individuo para suprimir una idea indeseada utilizará una idea con matices negativos similares a la anterior, por lo que se estaría generando un círculo vicioso que obtendría como resultado un incremento del episodio depresivo.

La idea expresada anteriormente queda reforzada en la afirmación de Purdon, 1999, (citado en Szentagotai, 2006) cuando sugiere que la supresión de pensamientos depresivos conduce a su aumento en la frecuencia debido a tres factores: el alto nivel de accesibilidad de otros pensamientos negativos usados como elementos distractores; los limitados recursos mentales de los sujetos, y el hecho de que los intentos deliberados de cambiar su estado emocional sugieren que el estado deseado no se ha alcanzado, por lo que los intentos de bloquear un estado negativo y sustituirlo por uno positivo resultará contraproducente.

Considerando los resultados expuestos con anterioridad como referencia, se evidencia que los estudios relacionados con la supresión de pensamientos constituyen un aporte significativo a la hora de caracterizar determinados trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión. Esta posibilidad procede, debido a que la categoría en estudio es capaz de exacerbar la sintomatología característica de dichos trastornos.

Realizar solo un análisis de la relación existente entre la supresión de pensamientos y los estados de ánimo referidos anteriormente sería observar la situación desde una perspectiva un poco reduccionista, tomando en consideración que los efectos negativos de la estrategia cognitiva en estudio son extensibles al estado de ánimo en general.

Al respecto se refiere que un estado de ánimo positivo o negativo es probable que funcione como un examen del contexto en el suministro de los distractores a personas que utilizan la supresión como estrategia de afrontamiento. Los pensamientos pertinentes del estado de ánimo se convierten en probabilidades de acceder de nuevo a los mismos y el rebote del pensamiento anteriormente suprimido se acentúa en ese momento. La fuerte asociación de pensamiento y estado de ánimo que se produce durante la supresión de pensamientos puede ser contrastada con la débil asociación que ocurre en el caso de la expresión de pensamientos en el estado de ánimo. Muchas ideas en la mente de la persona son susceptibles de ser seleccionadas como distractores, y en cada caso, la selección se produce inmediatamente después de que la persona no ha podido suprimir y está pensando en el pensamiento no deseado; dicho de otro modo, el efecto rebote de la supresión muestra como resultado la dependencia del estado de ánimo (Wenzlaff, Klein y Wegner, 1991).

Por otro lado se da la existencia de elementos que limitan al sujeto a enfrentarse a situaciones potencialmente negativas, pudiendo generar dificultades para reestructurarse y encontrar una solución a la problemática.

El planteamiento anterior es posible apreciarlo en el estudio de Delgado et al. (2008) en el cual se hace referencia al nivel de escolaridad y al nivel socioeconómico. En cuanto al nivel de escolaridad se plantea que en la escuela el individuo desarrolla una serie de recursos psicológicos que le propician un desarrollo más óptimo en la sociedad, así ante determinadas situaciones problémicas posee mayores probabilidades de hallarles una solución eficaz. Algo similar ocurre con el nivel socio-económico, pues mientras menor sea este nivel, menos serán las estrategias de autodistracción a las que podrá acceder el sujeto para alejar de su mente esos pensamientos desagradables.

La supresión de pensamientos emocionales, en particular los pensamientos que despiertan emociones negativas, se utiliza frecuentemente como una estrategia para regular el estado de ánimo y reducir el disgusto que trae consigo este tipo de pensamientos que resulta desagradable y perturbador para el individuo.

La supresión emocional ha jugado un papel importante en los modelos psicosomáticos de la enfermedad, en los que ha sido la supresión activa de las emociones fuertes la que incrementa la susceptibilidad a la enfermedad. Lo anterior ha quedado sustentado en los informes de los médicos que trabajan con pacientes de cáncer y estudios de investigación que sugieren que acogerse a la supresión de emociones negativas como estilo de afrontamiento puede incrementar el riesgo de cáncer (Gross, 1989; Kune, Watson y Bahnson, 1991; Shaffer et al., 1987, citado en Petrie, Booth y Pennebaker, 1998).

Otras consecuencias negativas generadas por la utilización de la supresión de pensamientos referidas en el estudio realizado por Erskine (2007) lo constituyen el aumento de la sensibilidad e incomodidad para el dolor leve (Cioffi y Holloway, 1993), juicios sesgados de personas (Macrae et al., 1994) y la percepción reducida de su papel causal en la realización de acciones simples (Wegner y Erskine, 2003).

El trabajo de Pennebaker (1985) constituye una evidencia notable al respecto, mostrando en varias investigaciones de campo que la supresión o la inhibición de las reacciones emocionales y cognitivas resultantes de eventos traumáticos pueden producir cambios fisiológicos y posteriores problemas de salud (Wegner et al., 1987).

Aunque en las últimas décadas ha sido demostrada la ineficacia de la supresión de pensamientos como estrategia cognitiva, sí resulta común su uso para lograr el control de los pensamientos rumiativos.

1.4 La rumiación como estilo de pensamiento

El ser humano se enfrenta en su cotidianidad a situaciones emocionalmente significativas, resultando en múltiples ocasiones estresantes, lo que conduce a una movilización de los recursos personológicos que posee. El modo de enfrentar dichas situaciones depende de sus características individuales, creencias, estilos de afrontamiento y tipo de pensamiento característico. Independientemente de ello estas situaciones pueden resultar perturbadoras y retornar a la mente como ideas, imágenes o pensamientos de forma recurrente, convirtiéndose en rumiaciones.

Según Clark y Rhyno (2005) dichas rumiaciones se caracterizan principalmente por aparecer en la conciencia de forma repentina e involuntaria, ser repetitivas,

desagradables (de ahí su asociación con un estado afectivo negativo), atribuirse a un origen interno e interferir en la actividad cognitiva y/o conductual.

Una de las principales investigadoras que hace referencia a la rumiación es Nolen-Hoeksema (1991) al plantear que la misma es la tendencia a pensar pasivamente en el significado, origen y consecuencias de nuestras emociones negativas. Además es también definida como "una serie de ideas y formas de pensar recurrentes, sobre determinadas situaciones emocionalmente significativas para el sujeto que conducen a la instrumentación de comportamientos desadaptativos provocando sentimientos de malestar" (Delgado et al., 2008).

Los estudios experimentales lo han constatado así, al demostrar que inducir a la rumiación a personas que presentan dificultades, interfiere en la búsqueda de una solución eficaz a los problemas existentes y empeora su estado de ánimo (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995, citado en Nolen-Hoeksema, 2001).

Desde otra perspectiva, aunque presenta puntos de contacto, se plantea que las rumiaciones cognitivas se caracterizan por ser sucesos mentales que ocurren inesperadamente, interrumpen el flujo de la conciencia y, a menudo, suceden una y otra vez pudiendo tener un matiz positivo o negativo y tomando una variedad de formas, tales como imágenes, impulsos, pensamientos verbales o recuerdos recurrentes (Rachman y Hodgson, 1980, citado en Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001).

Según Nolen-Hoeksema, (citado en Fernández-Berrocal, 2001) la rumiación funciona como un único mecanismo en tres vertientes diferentes:

1. La rumiación incrementa los efectos negativos de la depresión en el pensamiento al convertir los sucesos negativos e interpretaciones depresivas en material disponible para elaborar juicios sobre nuestra propia vida.
2. Entorpece la resolución de problemas interpersonales, porque aumenta el pensamiento distorsionado y pesimista.
3. Tiende a reducir la socialización de las personas en su vida cotidiana, privándolos de los beneficios que pueden devenir de ello, como es el aumento de estados emocionales positivos.

Siendo consecuente con las ideas anteriormente referidas se considera necesario destacar que el pensamiento rumiativo no se caracteriza únicamente por las ideas repetitivas que produce, sino también porque va acaeciendo un proceso que se convierte en un círculo vicioso, no solo de respuestas tentativas ante las situaciones estresantes, sino también de comprensiones reducidas y pobres, particularmente emocionales y que resultan poco operativas en la búsqueda de soluciones. De esta manera se relaciona con la presencia de un humor negativo frecuente en la persona (Delgado et al., 2008).

Esta afirmación ha sido constatada tanto en estudios experimentales como en estudios de campo demostrando que las personas que rumian experimentan períodos depresivos más extensos y severos que aquellas personas que no lo hacen.

Lo anterior resulta comprensible si se considera que la rumiación reduce la disposición de las personas a participar en actividades agradables, disminuyendo sus posibilidades de distracción (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993, citados en Davis y Nolen-Hoeksema, 2000).

Las posibilidades de distracción de las personas que presentan pensamientos rumiativos pueden verse afectadas por sus propias características individuales, como el hecho de ser cognitivamente inflexibles. Dicho planteamiento se sustenta en el estudio de Davis y Nolen-Hoeksema (2000) cuando señalan que la falta de flexibilidad cognitiva trae consigo dificultades para generar alternativas de afrontamiento, hace difícil para las personas cambiar la atención de sí mismos y programar actividades de distracción, produciendo el abandono del razonamiento productivo.

De tal manera las personas que presentan un estilo de pensamiento rumiativo se encuentran sometidas una y otra vez a la misma situación, experimentándola con el mismo sentido negativo que fue vivenciada por primera vez, generando un círculo vicioso a su alrededor que no les propicia la manera de escapar. Por tal razón se coincide con Moberly y Watkins (2008) al plantear que la rumiación juega un papel fundamental en la exacerbación de la cognición y el afecto negativos.

Partiendo de los efectos perjudiciales de la rumiación se debe considerar este estilo de pensamiento como un foco de intervención clínica, que permita explicar sus consecuencias negativas e instruir a esos individuos en el uso de estrategias de distracción efectiva para estimular positivamente su estado de ánimo (Joormann, Dkane y Gotlib, 2006).

Tomando en consideración las referencias anteriores se puede concluir que el pensamiento rumiativo es un estilo de pensamiento que trae a la conciencia ideas, imágenes o pensamientos de forma recurrente sobre situaciones emocionalmente significativas para el sujeto, resultando desagradable para el mismo, razón por la cual exacerba el estado negativo, pudiendo generar o incrementar un episodio depresivo.

1.5 El sistema inmune

El sistema inmune o inmunológico es el encargado de formar las defensas que protegen al organismo de los elementos agresores como bacterias, virus, parásitos, hongos, venenos o sustancias tóxicas ambientales. Al acontecer tal situación dichas defensas provocan una reacción, en la que los linfocitos y otras células llamadas macrófagos se multiplican dentro de los glóbulos blancos existentes en la sangre y forman anticuerpos especiales para cada enfermedad (Sola, 2006).

Así, al incorporarse al organismo cualquier elemento extraño se produce una respuesta inmunológica como alternativa para protegerse en la que todo el organismo reacciona, teniendo como funciones fundamentales: reconocer sustancias extrañas al organismo y reaccionar ante ellas.

El sistema inmune está conformado por una serie de órganos, tejidos y células esparcidas de manera amplia por todo el cuerpo, trabajando en equipo con el cerebro y por supuesto con los glóbulos blancos que son los principales defensores del organismo. Sus principales estructuras las constituyen órganos como el timo, los ganglios linfáticos y estructuras tubulares como los bazos linfáticos que se encuentran intercomunicando algunos de los órganos mencionados anteriormente (Algarra, 2000).

Se toman como fundamentales las ideas abordadas con anterioridad y se considera necesario añadir al respecto que la característica fundamental del sistema inmune es el hecho de reconocer lo propio de lo ajeno, lo que conlleva al desempeño de un papel primordial en el reconocimiento de los antígenos. Por esta razón un sistema inmunológico normal brinda la habilidad de matar al micro-organismo invasor, limitar el área afectada y por último brindar la recuperación; mientras que un sistema inmunológico con un funcionamiento inadecuado no puede matar a los micro-organismos. En este caso la infección se puede distribuir y si el paciente no es tratado puede fallecer. Por lo tanto pacientes con un sistema inmunológico defectuoso comúnmente son susceptibles a infecciones y esto se convierte en su mayor problema (Kasper et al., 2006).

En este sentido cuando el sistema inmunológico no marcha adecuadamente, en vez de luchar contra los microorganismos externos, puede ir en contra de sus propias células por error, por lo que el mismo sistema que ha sido diseñado para protegerle, puede también volverse en su contra.

Un ejemplo que demuestra que el sistema inmunológico no se encuentra funcionado adecuadamente y por ende está provocando en el organismo el efecto contrario, lo constituyen las enfermedades del colágeno, las que implican anomalías en dicho sistema.

1.6 Consideraciones generales sobre la Colagenosis

El plasma sanguíneo de los pacientes que presentan enfermedades del colágeno demuestra niveles importantes de auto-anticuerpos, es decir, son enfermedades en las que el organismo produce anticuerpos contra ciertas substancias químicas normales en el cuerpo. Esta reacción antígeno- anticuerpo produce la inflamación de varios tejidos esenciales del organismo. Los síntomas comunes son fiebre, anemia, astenia, estado tóxico general y dolencia de los músculos y articulaciones (López, 2009).

La patología de las llamadas enfermedades del colágeno (agrupadas así por Klemperer) pertenece a la reumatología. En efecto muy a menudo estas enfermedades se manifiestan por fenómenos dolorosos e inflamatorios asociados a

una marcada afectación general, a pesar de su diversidad clínica y biológica (Simon, 1976).

Las enfermedades del colágeno o Colagenosis se caracterizan por una reacción autoinmune dirigida contra las fibras del colágeno ubicadas en distintos tejidos del organismo como las articulaciones, la piel, los vasos sanguíneos, los riñones, el corazón, el cerebro. Si bien es de curso crónico, existen distintos tratamientos para cada una de estas afecciones (Dagmar, 2008).

En la mayoría de los casos, estas enfermedades tienen manifestaciones severas, y en algunos casos pueden llegar a causar la muerte de los pacientes. Hasta el momento de la presente investigación su etiología es desconocida, por lo que se continúa indagando cuál es el mecanismo por el cual se produce la Colagenosis.

Al respecto Peña (2007) plantea que en algunos casos, se habla de reacciones del organismo a infecciones en las que intervienen ciertos virus o, en el caso de mujeres embarazadas, se ha descubierto que hay una reacción del sistema inmunológico ante ciertas células provenientes del bebé en gestación. Si bien no se sabe qué es lo que produce estas enfermedades, se piensa que hay muchos factores que entran en juego: desde el estrés hasta la participación de ciertos virus en el comienzo de la enfermedad como, por ejemplo, el herpes; también se sabe que debe haber algún factor de tipo genético que predisponga a padecer la enfermedad.

Las enfermedades causadas por la deficiencia del colágeno no son exclusivas de las personas de edad avanzada; dichas enfermedades abarcan diferentes rangos de edad, razas, niveles socioeconómicos, niveles de escolaridad y ambos géneros, aunque muestra cierta preferencia por el género femenino.

La afirmación con respecto al género se sustenta en que el estrógeno es un factor que favorece la respuesta inmunológica mientras que el andrógeno tiene un efecto contrario. En el caso de la Artritis reumatoidea, por ejemplo, por cada hombre afectado por esta enfermedad hay tres mujeres en la misma situación (Peña, 2007).

1.6.1 Colagenosis: una aproximación a su tipología

- **Lupus eritematoso sistémico (LES)**

El Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad muy heterogénea, con cada

paciente manifiesta combinaciones variables de las características clínicas. En la mayoría de los pacientes con LES, la enfermedad se caracteriza por una creciente y menguante evolución clínica, aunque algunos muestran un patrón de actividad crónica (Cuervo, 2007).

Esta enfermedad se caracteriza por episodios de inflamación que afectan las articulaciones, los tendones, la piel, los músculos, el corazón, los pulmones, los riñones, los vasos sanguíneos, el sistema nervioso y otros tejidos conectivos y órganos. Es una enfermedad que puede manifestarse tanto de modo leve, severo e incapacitante o incluso mortal. Si bien puede manifestarse en forma crónica y persistente, por lo general se manifiesta de forma intermitente. Alrededor del 90% de quienes padecen lupus son mujeres de 20 a 30 años (Peña, 2007).

Estudios como el de Carr (2011), demuestra que la depresión, especialmente cuando se combina con síntomas fisiológicos tales como el dolor, interfiere con el funcionamiento diario del enfermo, siendo capaz de exacerbar la actividad del lupus. Por ende sugiere que el tratamiento eficaz de la depresión puede conducir a mejoras en los resultados de la enfermedad. Además señala que más del 20% de los pacientes con LES que se han encontrado informan de un episodio depresivo mayor actual.

La presente enfermedad es la más común de las enfermedades del colágeno, constituyendo un elemento alarmante para todo el organismo, debido a su carácter expansionista que llega a afectar la mayoría de los sistemas, incluyendo el sistema nervioso, causando graves dificultades en su funcionamiento.

- **Esclerodermia**

La Esclerodermia o Esclerosis sistémica es una enfermedad crónica sistémica que se define tanto por cambios degenerativos y un endurecimiento de los tejidos de la piel, las articulaciones y los órganos internos, como por la dureza y el engrosamiento anormal de las paredes de los vasos sanguíneos. Sus síntomas iniciales suelen ser el engrosamiento y la hinchazón de las puntas de los dedos, estos síntomas suelen acompañarse de dolores en las articulaciones. A medida que la enfermedad evoluciona la piel se vuelve tensa, brillante y más oscura (Dagmar, 2008).

Se dirige a la piel, pulmones, corazón, aparato digestivo, los riñones y el sistema músculo-esquelético. Debido a un engrosamiento de la piel, característica clínica más importante, la esclerodermia (piel dura) se ha convertido en el nombre más popular de esta enfermedad (Wigley 2007).

- **Artritis reumatoidea**

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, que ocasiona inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes, pero que también puede afectar otros órganos. Es de causa desconocida, aunque su etiología es reconocida como autoinmune parece claro que el origen de la enfermedad es multifactorial, invocándose la participación de factores iniciadores, probablemente infecciosos que actúan sobre individuos genéticamente predispuestos, factores sociológicos y ambientales (Prada, 2009).

La artritis reumatoidea afecta principalmente las articulaciones, generalmente de modo simétrico, y en especial a las de manos y pies, causando hinchazón, dolor y, finalmente, la destrucción definitiva del interior de la articulación, que se traduce en la deformación y la rigidez de las mismas. (Dagmar, 2008).

El curso y la gravedad de la artritis reumatoidea pueden variar considerablemente. La infección, los genes y las hormonas pueden contribuir a esta enfermedad (Pérez, 2009).

- **Vasculitis**

La vasculitis es un grupo heterogéneo de trastornos vinculados con el hallazgo frecuente de inflamación destructiva dentro de las paredes del bazo sanguíneo. Sobre la base de los sistemas de clasificación actuales son reconocidas, aproximadamente veinte formas diferentes de vasculitis primarias (Stone, 2007).

- **Polimiositis**

Son un grupo de afecciones musculares de naturaleza inflamatoria y no supuratoria, evolucionan de forma aguda, subaguda o crónica y son susceptibles a afectar la piel, el tejido subcutáneo y de forma más rara a otras vísceras. Su principal cuadro clínico está caracterizado por manifestaciones musculares como la debilidad muscular y dificultad progresiva en la marcha; se trata de mialgias intensas, con un dolor

continuo que alcanza todos los músculos. Además aparece un eritema rojo intenso o ligeramente cianótico, un edema duro y doloroso (Simon, 1976).

Son afecciones muy polimorfas. El comienzo es muy variable y viene representado por mialgias mal localizadas, fatigabilidad, erupción cutánea, astralgias o síntomas generales diversos, como fiebre prolongada (Miller, 2007).

- **Enfermedad mixta**

La enfermedad mixta del colágeno parece deberse a un trastorno de la inmunorregulación que lleva hacia la producción preferente, pero no exclusiva de un autoanticuerpo. En 1972 Sharp informó de pacientes con manifestaciones sobrepuestas de enfermedades colágeno-vasculares que tenían títulos altos de anticuerpo, considerando que tales casos podrían tener una enfermedad específica con datos de Esclerodermia, LES, Artritis reumatoide y Polimiositis en el mismo enfermo. Sin embargo, pese a esta aparente heterogeneidad, los síntomas de estos enfermos son bastante similares entre sí. La alteración puede ser distinguible de la que ocurre en las demás enfermedades del colágeno. Las manifestaciones más comunes de su cuadro clínico son: fenómeno de Raynaud, edema de las manos, acroesclerosis, artritis y miositis. Los pacientes pueden tener pérdida del cabello frontal, alopecia difusa, fotosensibilidad e incluso eritemas, isquemias transitorias y afección esofágica (O 'Dell, 2007).

1.6.2 Descripción de los indicadores clínicos da la Colagenosis

La Colagenosis es un grupo de enfermedades, que como se ha abordado con anterioridad en el presente estudio, repercute en la mayoría de los sistemas del organismo: sistema cardiovascular, urinario, respiratorio y nervioso. Por esta razón resulta necesaria la realización de diferentes pruebas clínicas que si bien, al parecer, no valoran la enfermedad directamente, su resultado sí se constituye en fundamental, porque está arrojando una evaluación que influye en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

De tal manera se coincide con Kasper et al. (2006) al expresar que resulta conveniente vigilar ciertos signos que indican el estado del daño orgánico conocido durante la exacerbación de la enfermedad.

La presente investigación se basa en la descripción de las pruebas clínicas realizada por Mejías y Ramelli (2000):

Creatinina (Crea)

Es excretada fundamentalmente por el riñón, por lo que sus niveles elevados se relacionan con fallas renales, pero además se puede evidenciar en nefritis crónica, distrofia muscular, miastenia grave, falla cardíaca y obstrucción del tracto urinario. En el caso de los niveles disminuidos se pueden observar en los pacientes con masa muscular disminuida, con dieta inadecuada con proteínas y en la enfermedad hepática severa.

Triglicéridos (Trig)

Forman parte de las lipoproteínas. Son esenciales en la fabricación de una lipoproteína que es nociva para el organismo por depositarse en las paredes arteriales y contribuyen a la arterioesclerosis, proceso normal del envejecimiento. Resulta muy benéfico para el organismo no tener su concentración en exceso, pues este excedente constituye el primer eslabón para las alteraciones lipoproteicas que originan una de las principales causas de muerte con sus manifestaciones cardiovasculares.

Transaminasa glutámico-oxaloacética (TgO) y transaminasa glutámico-pirúvica (TgP)

Son enzimas representadas por proteínas simples organizadas y sintetizadas por células de diferentes tejidos: hepático, miocardio, renal, nervioso y músculo estriado.

La TgO está presente en la epidermis de la piel, músculo estriado, páncreas y riñones. En niveles elevados se encuentra en la cirrosis, metástasis hepática, anemia e infección renal.

La TgP se identifica en todo proceso inflamatorio del hígado, es muy útil en la evolución de hepatitis virales.

Glicemia (Gli)

La glicemia es el principal componente en el manejo y administración de la diabetes, pero también en un metabolismo anormal de la glucosa. Sus niveles elevados se presentan en infartos del miocardio, convulsiones, accidente cerebrovascular,

esfuerzos musculares, alteraciones traumáticas, enfermedad renal crónica. Se encuentra disminuida en el hipotiroidismo, alcoholismo, hipoglicemia reactiva, prediabetes, entre otras.

Colesterol (Col)

El colesterol constituye un elemento indispensable en la producción de esteroides y hormonas femeninas, es un mediatizador del intercambio de células e indispensable en la formación de membranas celulares.

Los niveles elevados de este elemento se pueden apreciar en el hipotiroidismo, diabetes incontroladada, síndrome nefrítico, dieta rica en colesterol, hipertensión, ateroesclerosis y estrés. Por otro lado los niveles disminuidos aparecen en la desnutrición, hipertiroidismo, anemia y enfermedades hepáticas.

Creatinkinasa (CK)

Es una enzima que se encuentra en el organismo, especialmente en el músculo estriado. Sus niveles se encuentran notablemente aumentados en la distrofia muscular progresiva. Esta enzima predomina en tres sitios del organismo: en el músculo esquelético (CK-MM), en el cerebro (CK-BB) y en el miocardio (CK-MB).

La CK aumenta en el infarto, pero también lo hace en forma notable cuando existe algún traumatismo en los músculos estriados, donde se encuentra en una proporción mayor a un 95%. Esto ocurre en un traumatismo, inyecciones intramusculares e intervenciones quirúrgicas.

En enfermedades inmunológicas, como es el caso de la Colagenosis, miden la actividad enzimática empleando un anticuerpo específico para verificar una activación que genera indicadores fuera de lo normal.

Ácido Úrico (AUri)

El Ácido Úrico es el producto del catabolismo de las purinas. Su mayor parte se excreta por el riñón y una proporción menor por el tracto intestinal. Su fuente principal son las proteínas de la dieta, abundante en la carne. Las cifras se alteran fácilmente con la ingestión previa de purinas, ejercicio y estrés.

Se encuentran niveles elevados en algunos casos de gota, en alteraciones renales, deshidratación, tratamiento con diuréticos, leucemia, linfoma, hipotiroidismo, reciente ingestión de alcohol, dietas para perder peso, soriasis y aumento de los triglicéridos. Los niveles disminuidos de este producto se observa en la diabetes, la enfermedad de Wilson, dosis masiva de vitamina C y en los casos de mieloma múltiple.

Complementos (C3 y C4)

En algunas enfermedades del colágeno como el LES y la Artritis reumatoidea hay deficiencia de la enzima capaz de degradar las moléculas extrañas, convirtiéndose en antígenos capaces de producir anticuerpos contra ellas mismas. Las reacciones antígeno-anticuerpo que se verifican por el mecanismo inmunológico, consumen complemento originando bajos niveles en el momento de mayor actividad de la enfermedad.

Los niveles del complemento ayudan a definir el pronóstico, ya que cuando más bajo sea este nivel, mayor es la intensidad en el proceso y más está comprometido el riñón.

Tanto el C3 como el C4 participan en la defensa del organismo contra agentes infecciosos y cumplen un gran papel en la inflamación, manteniéndose como mediadores en los procesos inmunológicos.

1.7 Rumiación, supresión de pensamientos y sistema inmune

La rumiación ha sido investigada por diferentes autores, que lo han realizado mediante varios tipos de estudio, logrando establecer una relación con varias categorías tanto psicológicas como clínicas. Toda esta serie de estudios han arrojado un hallazgo común: su efecto negativo. Este estilo de pensamiento que se vuelve desagradable, resultando molesto para el individuo, conlleva a la búsqueda de una estrategia de control, que en varias ocasiones es la supresión de pensamientos. De tal manera el individuo se somete a una lucha cognitiva intentando librarse de manera consciente de esos pensamientos que le producen un estado displacentero, sin percatarse que dicha estrategia, también puede convertirse en ineficaz.

El sistema inmune no queda exento de esta situación y ha sido demostrado que la rumiación puede tener efectos perjudiciales en el estado de salud, al menos en adultos mayores, mostrando una relación significativa con indicadores inmunológicos y por ende una utilización mayor de los servicios de salud (Kirkegaard, 2004).

Por otro lado la supresión de pensamientos emocionales negativos, como estilo de afrontamiento habitual, se asocia con diferencias en la función inmunológica en consonancia con los resultados pobres de salud. Muestra de ello son los estudios que han encontrado que individuos con tendencia a la supresión tienen una menor respuesta inmune (Shea, Burton y Girgis, 1993, citado en Petrie, Booth y Pennebaker, 1998).

Lo anterior queda consolidado en el estudio realizado por Petrie, Booth y Pennebaker (1998), ya que mediante el mismo se demostró, a través de elementos vitales del sistema inmunológico, que la supresión de pensamientos puede ocasionar efectos distintivos y perjudiciales sobre dicho sistema.

Otras investigaciones sugieren que la supresión de pensamientos emocionales aumenta la emotividad y la reacción fisiológica de acompañamiento de los pensamientos que suprime (Zanakos y Wegner, 1994).

En este contexto se habla de la posible existencia de dos procesos diferentes que afectan el funcionamiento inmune. Primeramente hay que considerar que simplemente el hecho de intentar suprimir un pensamiento puede interpretarse como una actividad estresante, y el factor de estrés agudo puede afectar el número de linfocitos circulantes (Marsland et al., 1997). La segunda posibilidad es que la supresión de los pensamientos emocionales y no emocionales, quizás a través de efectos diferenciales sobre la actividad autonómica, podría alterar las variables inmunitarias de diferentes maneras (Petrie et al., 1998).

Por otro lado no se puede obviar que la supresión de las emociones negativas también se ha asociado con una peor actividad de las células asesinas naturales (NK) (Levy et al., 1985, citado en Petrie et al., 1998). Dichas células tienen como función la eliminación de los virus que entren al organismo, contribuyendo de este modo a su defensa, por lo que al no realizar de forma óptima su actividad se afecta el funcionamiento del sistema inmune.

Tomando en consideración las investigaciones realizadas hasta la actualidad se puede concluir que tanto la rumiación, como estilo de pensamiento, así como la supresión generan efectos perjudiciales que dificultan el funcionamiento adecuado del sistema inmune, por lo cual se ve limitada la formación de las defensas para la protección del organismo.

2.1 Presupuestos del tipo de estudio

El presente capítulo tiene como objetivo explicar el enfoque metodológico empleado en esta investigación, la cual se realizó a través de un estudio descriptivo-correlacional. En él se abordan las características de la población objeto de estudio, las técnicas psicológicas que la integran, así como el procedimiento de aplicación y de análisis.

Siendo consecuente con los objetivos trazados para la presente investigación, la misma se basó en los supuestos teóricos de la Metodología Cuantitativa, pues esta somete la realidad a controles experimentales de variables, analiza hechos objetivos y sometidos a leyes generales, prefiere los procedimientos estandarizados y tiene predilección por los modelos estadísticos y análisis matemáticos. Además tiene como principales metas describir, explicar y predecir los fenómenos para generar y probar teorías (Hernández, Baptista y Fernández, 2006).

Desde el enfoque cuantitativo, buscando la mayor objetividad posible, se deben minimizar las preferencias personales a partir de que los fenómenos que están siendo medidos u observados no deben ser afectados por creencias, deseos o temores del investigador (Unrau, Grinnell y Williams, 2005 citado en Hernández et al., 2006).

El enfoque cuantitativo ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de estos. Brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre los puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares.

En el momento de realizar una investigación, es fundamental, luego de definir el enfoque por el cual se rige la misma, determinar el alcance del estudio a realizar, pues de este depende en gran medida la estrategia de la investigación.

El presente estudio es descriptivo-correlacional porque esencialmente se describieron las particularidades de la supresión de pensamientos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno, teniendo en cuenta sus especificidades y tendencias; pero además se realizaron correlaciones entre las dos categorías de

estudio para analizar en qué medida una puede influir en el comportamiento de la otra. Dichas correlaciones reforzaron el estudio, propiciándole mayor objetividad.

De tal manera se considera que un estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, además de describir tendencias de un grupo o población. Así son útiles para mostrar con precisión las dimensiones de un fenómeno o situación (Hernández et al., 2006).

También se consideraron los supuestos de Hernández et al., 2006 al plantear que "un estudio correlacional tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular" (p. 105).

En la presente investigación se recogieron los datos en un momento dado, en un tiempo único, sin realizar una nueva recogida de información, por lo que es transversal o seccional. "Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado". (Hernández, Fernández–Collado, y Baptista, 2006, p. 208).

Por otro lado resulta válido aclarar que constituye una investigación no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables. Se trata de un estudio donde no se varió de forma intencional la variable independiente "supresión de pensamientos" para ver su efecto sobre la variable dependiente "indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno". Lo que se realiza en una investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Como señalan Kerlinger y Lee, 2002 (citado en Hernández et al., 2006) en la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o los tratamientos. De hecho, no hay condiciones o estímulos planeados que se administren a los participantes del estudio.

2.2 Selección de la población

La presente investigación se desarrolló en el período comprendido entre los meses de enero y abril de 2011 en el Hospital Docente Universitario "Arnaldo Milián Castro" perteneciente a la ciudad de Santa Clara, provincia Villa Clara.

Particularmente para el presente estudio se trabajó en las consultas de Colagenosis, donde se realiza el seguimiento de la enfermedad de estos pacientes. En dicha consulta fueron atendidos 84 pacientes, no obstante la población objeto de estudio quedó conformada por 65 sujetos que presentan Colagenosis, de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 17 y 78 años. Estos sujetos fueron los seleccionados porque presentan los criterios de inclusión requeridos para formar parte de la investigación, mientras los restantes fueron excluidos porque las pruebas clínicas le habían sido realizadas fuera del tiempo designado para el estudio.

Para delimitar la población objeto de estudio, se parte de los supuestos de Selltiz et al., 1980, citado en Hernández et al. (2006), quien plantea: "población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones" (p. 238).

De acuerdo a los objetivos que se persiguen con la presente investigación se tomaron en consideración los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Presentar alguna de las enfermedades del colágeno.
- Asistir a la consulta de Colagenosis del Hospital Docente Universitario "Arnaldo Milián Castro" en el período comprendido entre los meses de enero y abril de 2011.
- Haberse realizado las pruebas clínicas siguientes: Crea, Trig, TgP, TgO, Gli, Col, CK, Auri, C3 y C4.

Criterios de exclusión

- Que las pruebas clínicas realizadas sobrepasen un período de tiempo de 6 meses.

2.2.1 Características de la población

Tabla 1. Distribución de la población por sexo

Sexo	Sujetos	%
Femenino	63	96.9
Masculino	2	3.1
Total	65	100

Tabla 2. Distribución de la población por edad

Rango de edad	Sujetos	%
17-30	4	6,2
31-45	21	32,3
46-60	31	47,6
61-78	9	13.8
Total	65	100

Tabla 3. Distribución de la población según el nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Sujetos	%
Primario	9	13.8
Secundario	16	24.6
Nivel Medio	22	33.8
Superior	18	27.7
Total	65	100

Tabla 4. Distribución de la población según el tipo de enfermedad

Enfermedad	Sujetos	%
Lupus eritematoso sistémico	42	64.6
Esclerodermia	5	7.7
Artritis Reumatoidea	8	12.3
Vasculitis	4	6.2
Polimiositis	3	4.6
Enfermedad mixta	3	4.6
Total	65	100

2.3 Descripción de los métodos empleados en la investigación

2.3.1 Métodos del nivel teórico

Los métodos utilizados fueron seleccionados, elaborados y aplicados sobre la base de las exigencias del enfoque materialista dialéctico.

- Analítico-Sintético: es fundamental en el proceso de análisis de los presupuestos teóricos relacionados con el estudio de las enfermedades del colágeno y la supresión de pensamientos, permite además la búsqueda de argumentos y llegar

a lo concreto del mismo, desde la fundamentación teórica hasta el análisis de las manifestaciones que se plantea en el trabajo.

- Inductivo-Deductivo: resulta de gran valor para el procesamiento de la información empírica obtenida durante la etapa exploratoria y de análisis. Posibilita además, la determinación de inferencias y generalizaciones.
- Lógico-Histórico: se empleó atendiendo a un análisis que posibilitó la aproximación al referente teórico del tema, así como analizar diferentes criterios relacionados con el tratamiento de la enfermedad.

2.3.2 Métodos del nivel empírico

- ***Revisión de documentos oficiales (Historia Clínica)***

El análisis de documentos oficiales es utilizado como una técnica indirecta para apoyar otros métodos más directos de la recogida de datos.

En correspondencia con los objetivos de la investigación se decide realizar el análisis de la Historia Clínica. En este documento se recogen los datos generales, clínicos y patológicos del paciente, así como la enfermedad que presenta, para facilitar el conocimiento del caso a cualquier miembro del equipo de salud.

Objetivo:

- Indagar en los indicadores clínicos y tiempo de evolución de las enfermedades del colágeno.

- ***White Bear Suppression Inventory (WBSI).***

Descripción:

El White Bear Suppression Inventory (WBSI) fue desarrollado por Wegner y Zanakos (1994). Este instrumento está conformado por 15 ítems, los cuales se responden a través de una escala tipo Likert de 1 a 5 (1 = completamente en desacuerdo; 5 = completamente de acuerdo), oscilando el rango de puntuaciones totales entre 15 y 75.

En Cuba también ha sido aplicado en una muestra de adultos mayores, analizando su estructura factorial y confiabilidad (Rodríguez, 2011).

Objetivo:

- Medir la tendencia a la supresión de pensamientos.

Procedimiento:

Los pacientes deben seleccionar una de las 5 respuestas ofrecidas de acuerdo al grado en que experimentan la supresión de pensamientos.

Materiales:

Se utiliza un modelo para la recogida de los datos y lápiz.

Calificación:

La calificación de la prueba se realiza sumando los puntos de cada uno de los ítems.

Interpretación:

A mayor puntuación, se asume una mayor tendencia al uso de la supresión de pensamientos.

Resulta válido agregar que el WBSI posee adecuadas propiedades psicométricas, validez convergente y divergente, y que se considera una herramienta de investigación bastante útil. De hecho, este inventario ha sido administrado en estudios posteriores con objetivos muy diversos (Wegner y Zanakos, 1994 y Muris et al., 1996, citados en Luciano, 2007).

- ***Entrevista estructurada***

Descripción:

La entrevista es una de las técnicas que con mayor frecuencia se utiliza en la ciencia psicológica, debido a que permite el desarrollo de las relaciones humanas. “La entrevista implica una interacción interpersonal que tiene un propósito mutuamente aceptado, con roles formales claramente definidos y un conjunto de normas que rigen la interacción” (Sattler y Hoge, 2008, p. 118).

En otro sentido se considera necesario acotar lo referido por García al plantear que la entrevista no solo es el instrumento de evaluación o exploración psicológica que precede a cualquier modalidad de intervención, sino que se debe considerar el

sistema de interacción mediante el cual se realiza todo el proceso de evaluación-intervención (García, 1983, citado en Fernández-Ballesteros, 2002).

La entrevista se clasifica en tres tipos de acuerdo a su grado de estructuración: no estructurada, semi-estructurada y estructurada, siendo esta última la utilizada en la presente investigación.

La entrevista estructurada se realiza a partir de una secuencia prefijada de preguntas que en muchas ocasiones, como en este estudio en particular, exige un diseño de respuesta cerrada que permita la codificación y finalmente la elaboración y análisis cuantitativo de la información obtenida mediante la misma.

Objetivo:

- Caracterizar los pensamientos rumiativos, los estados de ánimo asociados a los mismos y las estrategias que se utilizan para controlarlos.

Calificación e interpretación:

La calificación se realizará por medio de un procesamiento estadístico para el cual se realizará una codificación de las respuestas. Su análisis será cuantitativo.

2.4 Operacionalización de variables

Variables	Instrumento	Niveles
Supresión de pensamientos: intento consciente del sujeto por alejar de su mente pensamientos que resultan perturbadores y desagradables.	WBSI	Bajo: < 32 Medio: 33-63 Alto: > 64
Enfermedades del colágeno: enfermedades en las que el organismo produce anticuerpos contra las fibras del colágeno ubicadas en varios tejidos esenciales del organismo produciendo fenómenos dolorosos e inflamatorios.	Pruebas clínicas Crea Trig TgP TgO Gli Col CK	Valores normales 44-106 U/l 0-2.26 g/l 0-41U/l 0-38 U/l 4.4-6.1 g/l 0.9-5.2 g/l 24-170 U/l

	AUri	0-270 U/l
	C3	0.15-1.35 g/l
	C4	0.09-0.36 g/l

2.5 Procedimiento de los análisis estadísticos

El procesamiento de los datos se realizó tomando en consideración los objetivos y la naturaleza de la investigación, a través de la utilización de programas estadístico-matemáticos contenidos en el Statistic Package for Social Sciencies (SPSS/Windows), versión 18.0:

- Descriptivos
- Correlación bivariada
- ANOVA univariante (GLM)

3.1 Análisis por objetivos

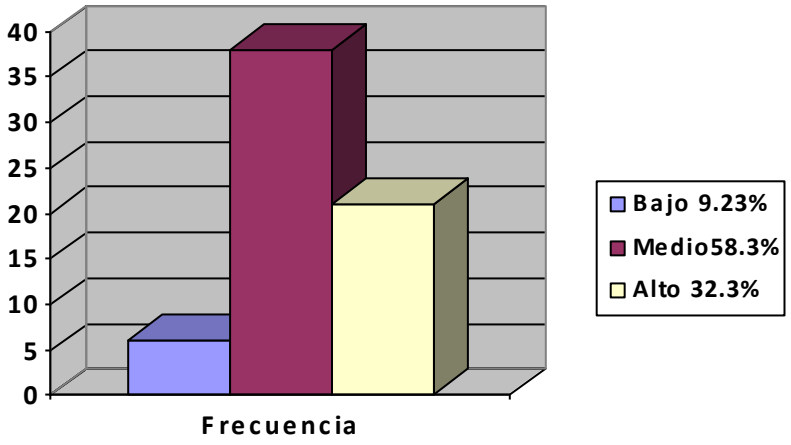
El análisis de los resultados se efectuó mediante el SPSS/Windows 18.0, atendiendo a la naturaleza de la investigación. Los resultados obtenidos serán expuestos atendiendo al orden de las tareas de investigación planteadas en los objetivos.

3.1.1 Niveles de tendencia a la supresión de pensamientos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno.

En primer lugar, resulta necesario analizar la distribución de los niveles de utilización de la supresión de pensamientos como estrategia cognitiva. Para ello se realizó una distribución de frecuencia de las puntuaciones del WBSI, agrupando a los sujetos atendiendo a los niveles de utilización de la supresión.

Mediante el análisis del WBSI se pudo constatar que los pacientes con enfermedades del colágeno presentaron niveles elevados de tendencia a la supresión de pensamientos. En el gráfico 1 se puede apreciar como 21 sujetos de la población objeto de estudio, mostraron niveles elevados en el uso de la supresión.

Gráfico 1. Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo al nivel con el que utilizan la supresión de pensamientos como estrategia cognitiva.



Si se analiza la media de los resultados del WBSI (55.23, SD=14.46) con relación a la obtenida en estudios precedentes (Rodríguez, 2011) en sujetos sin patologías diagnosticadas (48.18, SD=16.92), con HTA (48.41, SD=16.82), Diabetes Mellitus

(50.86, SD=16.70), o Asma Bronquial (47.59, SD=16.93), puede observarse que muestran mayor valor en la media y una menor variación en las puntuaciones.

3.1.2 Particularidades de los pensamientos rumiativos, los estados de ánimo asociados a los mismos y las distintas estrategias que se utilizan para controlarlos.

Al analizar la entrevista estructurada realizada a la población objeto de estudio se obtuvo un conocimiento general de: qué representa para estos sujetos la enfermedad que padecen; con qué frecuencia presentan pensamientos rumiativos; cuál es el contenido de dichos pensamientos; qué estado de ánimo experimentan fundamentalmente al intentar suprimirlos; cuán difícil les resulta el control de los mismos; qué estrategias acostumbran a utilizar para lograr ese control y cómo reaccionan ante esta situación. Estos indicadores son descritos a continuación.

La representación de la enfermedad que refirieron los pacientes de Colagenosis se encuentra relacionada con las restricciones que le impone la propia enfermedad por su severidad. Por tal razón, el 66.2% de la población se representó su enfermedad como “limitaciones”, ya sea para distraerse, así como para la realización de tareas hogareñas, atribuible al agotamiento físico característico asociado a la misma. Para el resto de la población la enfermedad significó preocupación, sufrimiento o pérdida de la autonomía al tener que depender de la ayuda de otras personas para la realización de sus actividades cotidianas. Solo un 7.7% de la población refirió que la enfermedad no representaba importancia alguna, desarrollando su vida sin impedimentos, pues vivencian períodos de crisis efímeros.

Tabla 1. Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo a la representación que tienen de la enfermedad.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Limitaciones	43	66.2	66.2	66.2
	Preocupación	7	10.8	10.8	76.9
	Pérdida de la autonomía	3	4.6	4.6	81.5
	Sufrimiento	7	10.8	10.8	92.3
	No importancia	5	7.7	7.7	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Con respecto a la frecuencia con que tienden a tener pensamientos rumiativos se pudo constatar que el 78.5% de los casos refirió tenerlos “a veces” o “siempre” (Tabla 2), lo que demuestra la presencia constante de dichos pensamientos que perturban al sujeto. Solo un 6.2% de la población reportó la no presencia de estos pensamientos, no obstante esta información resulta contradictoria, si se analiza el resultado obtenido por el WBSI, que denotó en ellos un nivel de tendencia bajo a la supresión de pensamientos, como estrategia de control cognitivo, pero con puntuaciones cercanas al nivel medio.

Tabla 2 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo a la frecuencia con la que presentan pensamientos intrusos.

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Nunca	4	6.2	6.2	6.2
Casi nunca	10	15.4	15.4	21.5
A veces	31	47.7	47.7	69.2
Siempre	20	30.8	30.8	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Los pensamientos rumiativos resultan difíciles de controlar, situación que fue reportada por un 60% de los sujetos, independientemente del tipo de estrategia que utilicen para lograr el control de los mismos. El 16.9% señaló que no lo consigue por mucho empeño que ponga en ello, lo que pudiera estar condicionado por la alta frecuencia de pensamientos rumiativos que presentan los enfermos de Colagenosis. Solo un 23.1% refirió que logra el control de los pensamientos rumiativos sin ninguna dificultad. (Tabla 3)

Tabla 3 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo a la dificultad para controlar los pensamientos intrusos.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Sin dificultad	15	23.1	23.1	23.1
	Es difícil	39	60.0	60.0	83.1
	No lo consigo	11	16.9	16.9	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

El estado de salud de estos pacientes, resulta muy complicado, trayendo como consecuencia que el núcleo temático fundamental de sus pensamientos rumiativos sea la “salud”, referida por un 87.7% de la población. El resto de los pacientes expresaron preocuparse por su familia (10.8%), aunque dicha preocupación, en ocasiones, se produce por el hecho de ser un cuidador dentro de su hogar; situación que propicia el temor por el futuro de ese familiar que depende, en cierta medida, de ellos. Solo una persona refirió que sus pensamientos giran en torno a problemas laborales; en este sentido se considera necesario valorar que muchos de los pacientes que integraron la población objeto de estudio se encuentran jubilados por su situación de salud.

Tabla 4 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo al **contenido de los pensamientos.**

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Salud	57	87.7	87.7	87.7
	Familia	7	10.8	10.8	98.5
	Trabajo	1	1.5	1.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

La tristeza constituyó el estado de ánimo que generalmente experimentan los pacientes con enfermedades del colágeno, siendo reportada por un 58.5% de los casos. Otros estados de ánimo que refirieron vivenciar al intentar el control de los pensamientos rumiativos fueron la ira, la ansiedad y el miedo. Estos resultados denotan que la presencia de pensamientos rumiativos y la supresión de los mismos traen consigo estados emocionales negativos. Solo un 13.8% refirió asumirlo de forma natural, sin que resulte un foco de preocupación que afecte su estado anímico.

Tabla 5 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo al estado de ánimo vivenciado.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Tristeza	38	58.5	58.5	58.5
	Alegría	2	3.1	3.1	61.5
	Ira	8	12.3	12.3	73.8

Ansiedad	5	7.7	7.7	81.5
Miedo	3	4.6	4.6	86.2
Neutro	9	13.8	13.8	100.0
Total	65	100.0	100.0	

Teniendo en consideración que el estado de ánimo que reportaron experimentar, fundamentalmente, es la tristeza, suele aparecer como reacción a esta experiencia la depresión, evidenciándose en el 73.8% de los casos. El resto refirió la aceptación como una forma de aprender a vivir con la enfermedad y con la presencia de pensamientos rumiativos referidos a su estado de salud, viviendo en una lucha constante por lograr controlarlos y conscientemente sacarlos de su mente.

Tabla 6 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo a la reacción ante la experiencia.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Depresión	48	73.8	73.8	73.8
	Aceptación	17	26.2	26.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

La estrategia más utilizada para obtener el control de los pensamientos es la distracción, la cual fue reportada por el 62.2% de los casos, sin embargo, hay que tener presente que estas personas también presentan restricciones para distraerse por la protección que deben mantener en su piel y el agotamiento físico que experimentan la mayor parte del tiempo, por lo que la efectividad de la misma se puede ver dificultada. El 12.3% refirió refugiarse en las redes de apoyo, ya que el hecho de poder contar con una persona que los escuche y muestre comprensión por su situación, es considerada una manera de librarse de esos pensamientos que resultan tan molestos. El 10.8% planteó el uso de otras estrategias, destacándose la religión, pues refirieron que apoyándose en la fe y confianza en Dios alcanzan la fuerza de voluntad necesaria, logrando ver la situación desde una arista positiva. Solo el 7.7% de la población refirió la aceptación como una forma de controlar sus rumiaciones.

Tabla 7 Distribución de individuos con enfermedades del colágeno atendiendo a la estrategia de control utilizada.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válido	Distracción	45	69.2	69.2	69.2
	Conversar con alguien	8	12.3	12.3	81.5
	Aceptación	5	7.7	7.7	89.2
	Otras	7	10.8	10.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

3.1.3 Relación existente entre la supresión de pensamientos y el nivel de aparición de los mismos en sujetos que presentan enfermedades del colágeno.

Por otro lado se debe destacar que entre la frecuencia de aparición de pensamientos rumiativos y las dificultades referidas para el control de los mismos se estableció una correlación significativa (p<.001), destacándose como otra de las características de la supresión de pensamientos, que cuando el sujeto posee mayor frecuencia de pensamientos rumiativos le resulta más difícil lograr su control (Tabla 8).

Tabla 8

Correlaciones

Kendall's tau_b		Frecuencia de pensamientos	Dificultad para controlarlos
WBSI por niveles	Correlación Coeficiente	.417(**)	.371(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.001
	N	65	65

3.4. Influencia de la supresión de pensamientos sobre los indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno.

Los resultados arrojados por el WBSI fueron analizados tomando en cuenta la edad, el tipo de enfermedad y el tiempo de evolución de la misma. En ellos se muestra que los niveles de tendencia a la supresión de pensamientos se comportan con cierta independencia del tipo de enfermedad que presente cada sujeto, la edad que tenga o el tiempo de evolución de su enfermedad. Los altos puntajes de la prueba, apuntan hacia estas patologías en su conjunto, como generadoras de preocupaciones y

pensamientos perturbadores en los sujetos que las padecen, conllevándolos a la supresión de pensamientos como estrategia más frecuente.

Con independencia de que ha sido demostrada experimentalmente la influencia de la supresión de pensamientos sobre el sistema inmune (Petrie, Booth y Pennebaker, 1998), los resultados del ANOVA no permitieron establecer indicios de que la supresión de pensamientos sea un factor que ejerciera un efecto significativo sobre los indicadores clínicos evaluados en la población objeto de estudio (ver Anexo 3). En relación a lo anterior tampoco se observaron correlaciones significativas (ver Anexo 4)

3.2 Análisis Integrador

En la presente investigación se trabajó con una población integrada por 65 sujetos, de los cuales 63 pertenecen al sexo femenino. Estos sujetos son pacientes de la consulta de Colagenosis, perteneciente al Hospital “Arnaldo Milián Castro” de la ciudad de Santa Clara. Se atienden en dicha consulta por presentar diferentes enfermedades del colágeno como el Lupus eritematoso sistémico, la Esclerodermia, la Artritis reumatoidea, la Vasculitis, la Polimiositis y la Enfermedad mixta del colágeno. El rango de edad de la población objeto de estudio oscila de 17 a 78 años, siendo sujetos que presentan desde meses de diagnóstico hasta más de 40 años de evolución de la enfermedad.

Los principales resultados obtenidos dan muestra de que estos sujetos presentan niveles elevados de tendencia a la supresión de pensamientos, independientemente del tipo de enfermedad del colágeno que presenten. El hecho de que no se ofrezcan diferencias en la tendencia a la supresión de pensamientos entre una enfermedad y otra puede deberse a que la sintomatología de todas las enfermedades del colágeno se muestra bastante similar, siendo severa e invasiva en todos los casos. No obstante sí resulta perceptible la diferencia al comparar los presentes resultados con los obtenidos por otros estudios (Rodríguez, 2011) en relación a enfermedades como el HTA, el Asma Bronquial, la Diabetes Mellitus o en personas sin patologías diagnosticadas, constatándose mayores niveles de tendencia a la supresión de pensamientos en los sujetos de la presente investigación.

Sin embargo, resulta muy interesante que la supresión de pensamientos, aun en niveles elevados, no contribuye de manera significativa a la exacerbación de la sintomatología de las enfermedades del colágeno, lo cual fue evidenciado a través de la correlación realizada entre los niveles del WBSI con los valores de los indicadores clínicos de dichas enfermedades. De tal manera se constata que la supresión de pensamientos no constituye un factor de influencia en los indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno, es decir, no incide en su evolución, crisis o períodos de mejoría. Por ende estos resultados no son consistentes con el estudio realizado por Petrie, Booth y Pennebaker (1998), en el cual quedó demostrado, en sujetos sanos, que la supresión de pensamientos influye en el sistema inmunológico de forma negativa, propiciando cambios en la circulación de linfocitos de la sangre.

No obstante, hay que valorar que el presente estudio se realizó con sujetos enfermos, es decir, pacientes que presentan alguna enfermedad del colágeno, por lo que ya su sistema inmune no se encuentra funcionando de forma óptima. Estos sujetos están percibiendo desde su propia experiencia cada una de las manifestaciones clínicas negativas de la enfermedad que padecen, además de sus daños colaterales y limitaciones a las que se encuentran sometidos para poder cuidar de su salud.

Las enfermedades del colágeno causan en el paciente una serie de complicaciones y daños en el resto de los sistemas del organismo, por lo que su estado de salud es muy precario, debiendo mantener un cuidado extremo para toda la vida, tomando en consideración su curso crónico. Esta situación propicia una serie de restricciones para establecer una vida normal como lo haría una persona sana, lo que conlleva a que el 66.2% de los pacientes enfermos de Colagenosis se representen la enfermedad como “limitaciones”. Para estos pacientes su vida gira alrededor de la enfermedad que padecen, porque muchas veces el diagnóstico de una de estas enfermedades puede marcar un antes y un después, propiciando la reestructuración de sus proyectos de vida en beneficio de su salud. Para el resto de la población significa preocupación, sufrimiento o pérdida de la autonomía, en fin, la enfermedad promueve en ellos un estado de displacer. Tomando en consideración su estado de salud, resulta incuestionable que el 87.7% de la población refiera que sus pensamientos rumiativos se encuentran relacionados con la salud.

La situación de salud con la que tienen que convivir, la serie de limitaciones que presentan, el hecho de encontrarse a la expectativa de qué nueva afección va a generarse en su organismo, constituyen elementos que pueden propiciar que el 58.7% de la población refiera que el estado de ánimo que generalmente experimenta es la tristeza, manifestándose en ellos el llanto fácil. Otros estados de ánimo vivenciados al intentar el control de los pensamientos rumiativos son la ira, la ansiedad y el miedo, lo que demuestra lo molesto que pueden resultar estos pensamientos.

Es posible apreciar que la supresión de pensamientos, a pesar de no influir negativamente en el curso y evolución de las enfermedades del colágeno, sí lo hace sobre la salud mental de estos pacientes, generando en ellos un estado emocional

negativo. Lo anterior también se evidencia si se analiza la reacción que tienen ante la experiencia de suprimir.

Teniendo en consideración el estado de ánimo que experimentan generalmente dichos sujetos y que el mismo constituye el síntoma anímico más característico de la depresión, no resulta sorprendente que esta aparezca como reacción ante la experiencia de suprimir, siendo reportada por el 73.8% de los casos. Estos pacientes muestran una expresión sombría, carente de satisfacción, en la cual resulta perceptible su displacer. Dicho resultado, considerando que más del 50% de la población objeto de estudio de la presente investigación presenta Lupus eritematoso sistémico, resulta consistente con el estudio de Carr (2011) al plantear que más del 20% de los pacientes con LES informan de un episodio depresivo.

En este sentido resulta necesario remarcar que 63 de los 65 sujetos que conforman la población objeto de estudio, son del sexo femenino y se han encontrado hallazgos de investigaciones que demuestran que las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres.

Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de que se les prescriba medicamentos psicotrópicos para la depresión (Ashton, 1997; Hamilton et al, 1996.), superando de manera significativa a los hombres en las tasas de primer ingreso para tratamiento en el hospital (Bebbington, 1996, citados en Ussher, 2010).

Un elemento que contribuye al surgimiento y mantenimiento de la depresión en estos sujetos es la frecuencia de pensamientos rumiativos, reportada “a veces” o “siempre” para un 78.5%, lo que demuestra la presencia constante de dichos pensamientos, teniendo como contenido las causas y consecuencias de su enfermedad. El hecho de que los sujetos que presentan enfermedades del colágeno reporten la presencia de frecuentes episodios depresivos y que a la vez muestren una alta frecuencia de pensamientos rumiativos, puede estar dado porque al tratar de suprimir dichos pensamientos lo intenten mediante una idea que contenga un matiz depresivo, pues resulta el contenido más accesible a su conciencia, si se considera la vivencia negativa que los lleva a la depresión.

Esta frecuencia de pensamientos tan elevada propicia mayor dificultad para lograr el control de los mismos (60%) y el 16.9% de los casos señala que no lo consigue por

mucho empeño que ponga en ello. Dicho planteamiento se sustenta en la correlación significativa ($p<.001$), que se estableció entre la frecuencia de pensamientos rumiativos y la dificultad para lograr su control.

La afirmación anterior resulta congruente con el estudio de Nolen-Hoeksema (1993) cuando señala que la rumiación incrementa los efectos negativos de la depresión al convertir los sucesos negativos e interpretaciones depresivas en material disponible para elaborar juicios sobre la vida, entorpeciendo la resolución de problemas interpersonales y reduciendo su socialización (citado en Fernández-Berrocal, 2001).

Por otro lado hay que valorar lo planteado por Wegner (1994) al demostrar que los efectos paradójicos de la supresión de pensamientos surgen en aquellas ocasiones en las que el individuo se ve sometido a una alta carga cognitiva, definiendo esta categoría como el estado de ánimo negativo característico de la depresión que disminuye la capacidad mental para ejercer el control de los pensamientos rumiativos, como es el caso de los enfermos de Colagenosis.

De este modo, entre más pensamientos desagradables tenga el sujeto, se da mayor probabilidad de que se centre en más de un distractor, intentando buscar el control. Sin embargo, Wegner señala que el intento de pensar en una sola idea o imagen, en lugar de varias, resultaría más eficaz, si se considera que pensar en varias ideas simultáneamente podría reducir el interés y concentración de las personas en su intento deliberado de suprimir (Wegner et al., 1994, citado en Najmi et al., 2007).

Precisamente la distracción es la estrategia más utilizada para obtener el control de los pensamientos, referida por el 62.2% de los sujetos, sin embargo, hay que tener presente que estas personas también presentan restricciones para distraerse por las condiciones en las que se encuentra su piel y el agotamiento físico que experimentan la mayor parte del tiempo. Por tal razón la distracción cognitiva, buscando el control de los pensamientos mediante una imagen o pensamiento que le resulte agradable, resulta más común que la distracción conductual.

El apoyo social constituye otra de las estrategias utilizadas, referida por un 12.3%, ya que el hecho de poder contar con una persona que los escuche y muestre comprensión por su situación, es considerada una manera de librarse de esos pensamientos que resultan tan molestos. Por otro lado, la religión se constata como

una estrategia efectiva, pues los que reportaron la utilización de la misma (10.8%) se mostraron resignados a su situación de salud, constituyendo una forma de aceptarla como una experiencia que los fortalece. Resulta interesante que solo el 7.7% refirió la aceptación como estrategia para controlar los pensamientos rumiativos, es decir, los individuos que la utilizan son capaces de experimentar la situación y sus emociones sin evadirlas, buscando el crecimiento personal.

Al realizar todo el análisis de los resultados arrojados se evidencia que el proceso de supresión de pensamientos en pacientes que presentan enfermedades del colágeno se encuentra estrechamente relacionado con su situación de salud y si bien no se demostró una influencia significativa de la supresión, como estrategia cognitiva, en la evolución de la enfermedad, sí resultan perceptibles sus efectos negativos sobre su estado anímico causando frecuentes episodios depresivos.

- Los pacientes con enfermedades del colágeno muestran niveles elevados en la tendencia al uso de la supresión de pensamientos como estrategia de control cognitivo.
- La población objeto de estudio presenta una frecuencia alta de pensamientos rumiativos, con la salud como su principal núcleo temático y la tristeza el estado de ánimo que experimentan con mayor frecuencia, reportando la presencia de frecuentes episodios depresivos.
- La distracción constituye la estrategia de control de pensamientos utilizada con mayor frecuencia por los sujetos que presentan enfermedades del colágeno.
- El control de pensamientos se dificulta a medida que se incrementa la presencia de rumiaciones en la población objeto de estudio.
- La supresión de pensamientos no constituye un factor de influencia significativa sobre los indicadores clínicos de las enfermedades del colágeno en la población estudiada.

- Realizar estudios encaminados a evaluar la influencia de la depresión, las vivencias negativas asociadas a las rumiaciones y el intento de suprimirlas, sobre los indicadores clínicos de los pacientes con enfermedades del colágeno.
- Realizar estudios *ex post facto prospectivos* donde las pruebas clínicas en los pacientes se realicen una vez evaluados los factores asociados al uso de la supresión de pensamientos y las rumiaciones que los generan.
- Incrementar la capacitación de los equipos multidisciplinarios sobre el conocimiento de las particularidades de la supresión de pensamientos y variables asociadas en los pacientes con enfermedades del colágeno.

1. Alegre, V. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades del tejido conectivo. Retrieved from www.uv.es/derma
2. Anestis, M. (2009). Rumination: How just thinking about the problem can make the problem worse. Retrieved from www.psychoterapybrownbag.com
3. Arend, W. et al. (2007). Medicina Interna. (23. ed.). Philadelphia: Elsevier.
4. Belloch, A., Morrillo, C., & García, G. (2007). ¿Are the dysfunctional beliefs that predict worry different from those that predict obsessions? *Clinical Psychology and Psychoterapy,* 14, 438-448 Retrieved from www.interscience.wiley.com
5. Belloch, A., Morrillo, C., & Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thought in normal subjects beyond frequency. *Behavior Research and Therapy*, 42, 841-857. Retrieved from www.elsevier.com
6. Belloch, A. & Morrillo, C. (2002). Efectos de la suppression de pensamientos neutros y pensamientos intrusos análogos a las obsesiones en sujetos normales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica,* 7 (3), 177-193.
7. Brain function and negative thinking linked to lateonset depression. (2006). Retrieved from http://www.scienceblog.com
8. Cabedo, E. (2004). Intensidad de las creencias disfuncionales en relación con el incremento en obesidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 4 (3), 465-479.
9. Carr, F. et al. (2011). Depression predicts self-reported disease activity in systemic lupus erythematosus. Retrieved from lup.sagepub.com
10. Coffey, K. & Hartman, M. (2008). Mechanism of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review,* 13 (2). Retrieved from http://chp.sagepub.com
11. Colina, J. et al. (1989). *Laboratorio* (Vol. 1). Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.
12. Corrales, H. (1961). Concepto general de las enfermedades del colágeno. Retrieved from www.bvs.hn
13. Dagmar, S. (2008). Colagenosis. Retrieved from www.docstoc.com
14. Davis, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and non ruminators. *Cognitive Therapy and Research,* 24 (6), 699-711.

15. Delgado, J., Delgado, Y., & Herrera, L. F. (2008). La mediatización del pensamiento rumiativo en el accidente cerebrovascular. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 5. Retrieved from www.imbiomed.com.mx
16. De la Peña, A. (2007). Colagenosis: víctimas del sistema inmunológico. Retrieved from http://colagenosis.blogspot.com
17. Dunn, B., Billoti, D., Murphy, V. & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortfull emotion regulation when processing distressing material: A comparison of suppression and acceptance. *Behaviour Research and Therapy,* 47 (9), 761-773.
18. Enfermedades del colágeno y embarazo. (2007). Retrieved from www.hum.fcm.edu
19. Erskine, J., G. Giorgiou & Kavavilashvili, L. (2010). I suppress, therefore, I smoke: effects of thought suppression on smoking behavior. *Psychological Science,* 21, 1225-1230. Retrieved from http://pss.sagepub.com
20. Erskine, J. (2008) Resistance can be futile: investigating behavioural rebound. *Appetite Sciencedirect,* 50, 415-421. Retrieved from www.elsevier.com
21. Erskine, J., Kavavilashvili, L. & Korn, D. (2007). The predictors of thought suppression in young and old adults: effects of rumination, anxiety, and other variables. *Personality and Individual Differences,* 42, 1047-1057. Retrieved from www.elsevier.com
22. Erskine, J. & Georgiou, G. (2010). Effects of thought suppression on eating behavior in restrained and non-restrained eaters. Retrieved from www.elsevier.com
23. Farreras, R. (2000). Medicina Interna. (14. ed.). Madrid: Editorial Harcout.
24. Feldman, G., Joormann, J. & Johnson, S. (2008). Rsponses to positive affect: a self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32 (4), 507-525.
25. Fernández-Ballesteros, R. (2002). Introducción a la evaluación psicológica. (10a. ed., Vol. 1). Madrid: Pirámide.
26. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., & Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología,* 70, 79-95.

27. García, G., & Belloch, A. (2004). Influencia del estado de ánimo sobre la supresión de imágenes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*(3), 183-203.

28. Gil, A. et al. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Retrieved from http://www.uninet.edu

29. González, M., Anero, P., Teresa, A. & Cubas, R. (2008). Structural validity and rehability of the Spanish version of the WBSI in a Sample of the general Spanish population. *The Spanish Journal of Psichology,* 11 (2), 650-669.

30. Hatzenbueher, M., Nolen-Hoeksema, S. & Dovidio, J. (2009). How does stigma "Get under the skin". The mediating ole of emotion regulation. *Psychological Science,* 20 (10).

31. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4. ed.). México: Mc Graw Hill.

32. Hernández, R. (2003 a). *Metodología de la Investigación* (Vol. 1). La Habana: Félix Varela.

33. _____ (2003 b). *Metodología de la Investigación* (Vol. 1). La Habana: Félix Varela.

34. Joormann, J., Dkane, M. & Gotlib, I. (2006). Adaptive and maladaptive componentsof rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-80. Retrieved from www.elsevier.com

35. Joormann, J. & Gotlib, I. (2008). Updating he contents of working memory in depression interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (1), 182-192.

36. Kasper, D. et al. (2006). Harrison: Principios de Medicina Interna. (16. ed.). España: Mc Graw Hill.

37. Kirkegaard, D. et al. (2004). Negative thoughts and health: associations among rumination, immunity and health care utilization in a young and elderly sample. *Psychosomatic Medicine, 66*, 363-371.

38. Kross, E., Ayduk, O. & Mischel, W. (2005). When askin "why" does not hut. Distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological Science*, 16 (9). Retrieved from http://pps.sagepub.com

39. López, I. (2009). Colagenosis. Retrieved from www.medicoya.com/colagenosis

40. Luciano, J. (2006). Confirmatory factor analysis of the White Bear Suppression Inventory and the Thought Control Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment,* 22 (4), 250-258.

41. _____ (2007). *Control de pensamientos y recuerdos intrusos: el rol de las diferencias individuales y los procedimientos de supresión.* Unpublished Tesis de doctorado, Universidad de Valencia, Valencia.

42. Luciano, J. & Algarabel, S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: the roleof the repressive coping style. *Psicothema,* 18 (2), 222-23.

43. Mejía, G. & Ramelli, M. (2000). *Interpretación clínica del laboratorio* (6 ed.). Sao Paulo: Médica Panamericana.

44. Moberly, N. & Watkins, E. (2008). Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *Journal of Abnormal Psychology,* 117 (2), 314-323.

45. Montero, I. & O. León (2007). Guía para nombrar los estudios en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 7 (3), 847-862.

46. Muris, P. et al. (1997). Thought suppression in spider phobia. *Behavior Research and Therapy,* 35(8), 769-774.

47. Muris, P., Merckelbach, H., Jongh, A. d., & Schoenmakers, N. (1996). Suppression of dentist-related thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychoterapy, 24*, 117-126.

48. Najmi, S., Wegner, D. & Nock, M. (2007). Thought suppression and self injurious thought and behaviors. *Behavior Research and Therapy,* 45 (8), 1957-1965.

49. Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of women quarterly, 25*, 37-47.

50. Pérez, J. (2009). Las enfermedades vasculares del colágeno. Retrieved from http://emecolombia.foroactivo.com

51. Petrie, K., Booth, R., & Pennebaker, J. (1998). The inmunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 75* (5), 1264-1272.

52. Phillips, L., Henry, J., Hosie, J. & Mine, A. (2006). Age, anger regulation and well-being. *Mental Health*, 10(3), 250-256.

53. Prada, D. et al. (2009). Observaciones Clínicas en pacientes con arthritis reumatoidea tratados con anticuerpo monoclonal Anti CD6. *Revista Cubana de Reumatología,* 11 (13).

54. Ranova, R. (2009). La tendencia para la rumiación en la madurez puede reducir el riesgo para la demencia en décadas posteriores. Retrieved from www.medicalnewustoday.com

55. Rodríguez, B. (2011). Estructura factorial y confiabilidad del White Bear Suppression Inventory en una muestra de adultos mayores de las provincias centrales de Cuba. *Revista Cubana de Psicología.*

56. Rodríguez, B. (2011) *Manual del White Bear Suppression Inventory*. No publicado. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Cuba.

57. Rodríguez, D. (2011). Enfermedades del colágeno. Retrieved from www.slideshare.net

58. Rodríguez, R. & Rodríguez, A. (2000). El efecto de la supresión de pensamientos estereotípicos en una tarea cognitiva. *Psicothema,* 12 (1), 33-39.

59. Rotés, J. (1983). *Reumatología Clínica*. Barcelona: Publicaciones Médicas.

60. Sánchez, L. (2006). Enfermedades del colágeno. *Dermatol, 16* (2), 130-133. Retrieved from http://dermatol.perúrevistas.concytec.gob.pe

61. Sánchez, L. (2009). Enfermedades del colágeno. Retrieved from http://emecolombia.foroactivo.com

62. Sattler, J. & Hoge, R. (2008). Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. (5. ed., Vol. 2). México: El Manual Moderno.

63. Soetens, B., Braet, C., Dejonckheere, P. & Roets, A. (2006). The ironic effects of suppressing eating-related thoughts. *Journal of Health Psychology,* 11 (5), 655- 668. Retrieved from http://hpq.sagepub.com

64. Sola, B. (2006). El sistema inmunológico. Retrieved from www.esmas.com

65. Sonnenwirth, A. & Jarett, L. (1983). *Métodos y diagnósticos del laboratorio clínico*. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica.

66. Spinhoven, P. & Willem, A. (1999). Thought suppression, dissociation and psychopathology. *Personality and Individual differences,* 27, 877-886. Retrieved from www.elsevier.com

67. Szentagotai, A. (2006). Cognition, brain and behavior [Electronic Version] from www.británica

68. Ussher. J. (2010). Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism and Psychology,* 20(1), 9-35. Retrieved from http://fap.sagepub.com

69. Vázquez, C., Castilla, C. & Hernás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal. Las emociones positivas (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.

70. Wegner, D. & Erskine, J. (2003). Voluntary involuntariness: thought suppression and the regulation of the experience of will. *Consciousness and cognition,* 12, 684-694. Retrieved from www.elsevier.com

71. Wegner, D., Wenzlaff, R. & Klein, S. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and mood. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60 (40), 500-508.

72. Wegner, D., Schneider, D. & Carter, S. (1987) Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social Psychology,* 53 (1), 5-13.

73. Wegner, D. et al. (2009). How to think, say, or do precisaly the worst thing for any occassion. *Science,* 325 (48). Retrieved from www.sciencemag.org

74. Wyer, N. et al (2010). When not thinking leads to being and doing: stereotype suppression and the self. *Social Psychology and Personality Science,* 1 (2), 152-159. Retrieved from http://spp.sagepub.com

Anexo 1

WBSI

La mayoría de las personas tiene alguna vez pensamientos, ideas o imágenes inoportunas que pueden ser difíciles de controlar. A continuación se le pregunta por ese tipo de experiencias. Por favor, responda a todas las preguntas según su grado de acuerdo con cada una de ellas, teniendo en cuenta la siguiente escala.

1. Completamente en desacuerdo.
2. Bastante en desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. Bastante de acuerdo.
5. Completamente de acuerdo.

1. Hay cosas en las que prefiero no pensar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. A veces me pregunto por qué tengo determinados pensamientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Tengo pensamientos que no puedo parar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Hay imágenes que me vienen a la mente y que no puedo borrar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Mis pensamientos frecuentemente giran alrededor de una sola idea.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Desearía poder dejar de pensar en ciertas cosas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. A veces mi mente va tan deprisa que desearía poder pararla.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. A veces trato de alejar los problemas de mi mente.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Hay pensamientos que se mantienen rondando por mi cabeza.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. A veces permanezco ocupado para no dejar que algunos pensamientos se entrometan en mi mente.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Hay cosas sobre las que intento no pensar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12. A veces desearía realmente poder parar mi pensamiento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13. A menudo hago cosas para distraerme de mis pensamientos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14. A menudo tengo pensamientos que trato de evitar.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. Tengo muchos pensamientos que no digo a nadie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 2

Protocolo de la entrevista estructurada

Objetivo:

- Caracterizar los pensamientos rumiativos, los estados de ánimo asociados a los mismos y las estrategias que se utilizan para controlarlos.

Interrogantes:

1. Variables sociodemográficas
2. ¿Qué enfermedad presenta?
3. ¿Qué representa para usted la enfermedad?
   - Limitaciones
   - Preocupación
   - Pérdida de la autonomía
   - Sufrimiento
   - No tiene importancia

4. ¿Tiende a tener en su mente pensamientos desagradables que lo perturban y retornan a su mente?

5. ¿Qué frecuencia tienen los pensamientos desagradables?
   - Nunca
   - Casi nunca
   - A veces
   - Siempre

6. ¿Sobre qué temas giran los pensamientos desagradables?
   - Salud
   - Familia
   - Muerte
   - Amistades
   - Trabajo
   - Otros

7. ¿Cómo suele ser su estado de ánimo cuando intenta librarse de los pensamientos desagradables?
   - Tristeza
   - Alegría
   - Ira
   - Ansiedad
   - Miedo

8. ¿Le resulta difícil controlar los pensamientos desagradables?
   - Lo hago sin ninguna dificultad
   - Me resulta difícil
   - No lo consigo

9. ¿Qué estrategias utiliza para controlar los pensamientos desagradables?
   - Me distraigo haciendo o pensando otras cosas
   - Los comparto con alguien
   - Los acepto
   - Otras

10. ¿Cómo reacciona ante esta experiencia?
    - Me deprimo fácilmente
    - Acepto la situación

Anexo 3

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CREA	Inter-grupos	851.459	3	283.820	1.159	.333
	Intra-grupos	14942.206	61	244.954		
	Total	15793.665	64			
TRIG	Inter-grupos	4.901	3	1.634	1.736	.169
	Intra-grupos	57.414	61	.941		
	Total	62.316	64			
TGP	Inter-grupos	776.813	3	258.938	1.423	.245
	Intra-grupos	11099.450	61	181.958		
	Total	11876.263	64			
TGO	Inter-grupos	107.020	3	35.673	.668	.575
	Intra-grupos	3259.148	61	53.429		
	Total	3366.168	64			
GLI	Inter-grupos	6.604	3	2.201	.529	.664
	Intra-grupos	253.941	61	4.163		
	Total	260.545	64			
COL	Inter-grupos	8.264	3	2.755	1.709	.175
	Intra-grupos	98.316	61	1.612		
	Total	106.580	64			
CK	Inter-grupos	5697.362	3	1899.121	.360	.782
	Intra-grupos	115941.254	22	5270.057		
	Total	121638.615	25			
AUR	Inter-grupos	5466.050	2	2733.025	.410	.667
	Intra-grupos	200007.829	30	6666.928		
	Total	205473.879	32			
C3	Inter-grupos	.538	3	.179	1.103	.418
	Intra-grupos	.976	6	.163		
	Total	1.514	9			
C4	Inter-grupos	.018	3	.006	.227	.874
	Intra-grupos	.134	5	.027		
	Total	.152	8			

Anexo 4

		WBSI
WBSI	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	
	N	65
CREA	Correlación de Pearson	-.092
	Sig. (bilateral)	.468
	N	65
TRIG	Correlación de Pearson	-.060
	Sig. (bilateral)	.637
	N	65
TGP	Correlación de Pearson	.100
	Sig. (bilateral)	.427
	N	65
TGO	Correlación de Pearson	.004
	Sig. (bilateral)	.975
	N	65
GLI	Correlación de Pearson	.032
	Sig. (bilateral)	.800
	N	65
COL	Correlación de Pearson	-.100
	Sig. (bilateral)	.428
	N	65
CK	Correlación de Pearson	.179
	Sig. (bilateral)	.381
	N	26
AUR	Correlación de Pearson	.036
	Sig. (bilateral)	.841
	N	33
C3	Correlación de Pearson	.083
	Sig. (bilateral)	.820
	N	10
C4	Correlación de Pearson	.441
	Sig. (bilateral)	.235
	N	9
TIEMPO	Correlación de Pearson	-.001
	Sig. (bilateral)	.993
	N	65