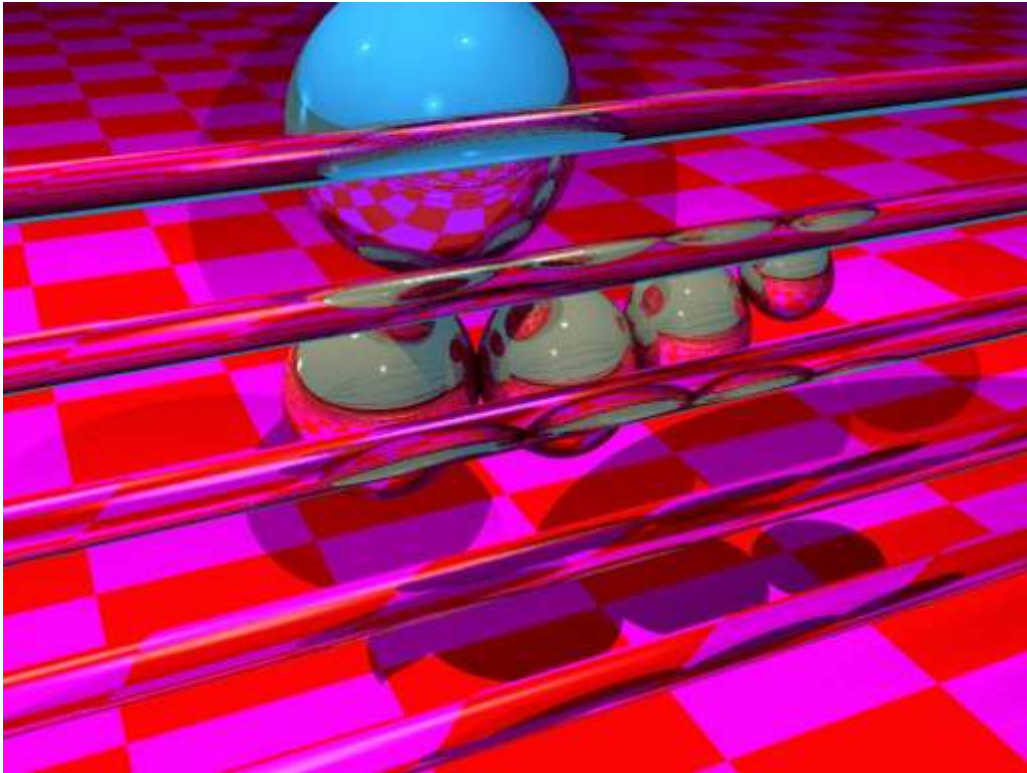


Psicología Médica de Enlace

Apuntes para un Seminario



Jaime Ernesto Vargas Mendoza



ASOCIACIÓN
OAXAQUEÑA DE
PSICOLOGÍA A.C.

Psicología Médica de Enlace. Apuntes para un seminario.
Vargas-Mendoza, Jaime Ernesto.
© 2009. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca de Juárez, Oaxaca,
México. C.P. 68000
Tel. (951)5142063, (951) 5495923, Fax. (951) 5147646
www.conductitlan.net
E-mail: jorgeever@yahoo.com.mx, comentarios@conductitlan.net
Se promueve la reproducción parcial o total de este documento
citando la fuente y sin fines de lucro.

En caso de citar este documento por favor utiliza la
siguiente referencia:

Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Psicología Médica de Enlace.
Apuntes para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de
Psicología A.C.

CONTENIDO:

CARDIOLOGÍA 5
FACTORES SOCIOLÓGICOS. 6
FACTORES DE PERSONALIDAD. 6
LA ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN Y LOS MECANISMOS
PSICOFISIOLÓGICOS. 7
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA ENFERMEDAD CORONARIA DEL
CORAZÓN. 9
DERMATOLOGÍA 12
ANTECEDENTES. 12
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LOS DESORDENES DE LA PIEL. 12
RUTAS PATOLÓGICAS HACIA EL DESORDEN DÉRMICO 13
DESORDENES DE LA PIEL. 15
GASTROENTEROLOGIA 22
SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE. 22
ULCERA PÉPTICA. 23
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LOS INTESTINOS. 24
GINECOLOGIA 26
INTERVENCIONES AGUDAS. 26
PROBLEMAS CRÓNICOS. 28
EL CICLO MENSTRUAL. 31
LA MENOPAUSIA. 33
CONCLUSIÓN. 34
OBSTETRICIA 35
GERIATRIA 38
ESTABLECIMIENTO DE UN AMBIENTE PSICOTERAPEUTICO. 38

AMBIENTE FISICO.....38
AMBIENTE SOCIAL.....40
TRABAJANDO CON INDIVIDUOS PARA AYUDARLES A ENFRENTAR MEJOR
SUS CIRCUNSTANCIAS.....40
INTERACCION ENTRE ENFERMEDAD FISICA Y FUNCIONAMIENTO
PSICOLOGICO.41
ENFOQUE CONSTRUCCIONAL.....42
PROBLEMAS DE ACATAMIENTO.....43
TERAPIA PSICOLOGICA CON PERSONAS DE EDAD.43
NEUROLOGÍA.....45
LA POBLACION.....45
ENFERMEDADES Y SINTOMAS NEUROLOGICOS.46
LA PERCEPCION Y EL ENTENDIMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA.....47

CARDIOLOGÍA

Christine Bundy

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

Este capítulo intenta, primero que nada, esbozar los factores que pueden influir en la enfermedad coronaria del corazón (CHD), enfatizando el papel que los factores psicológicos juegan en el desarrollo y progreso de la enfermedad. En segundo lugar, esclarecer los mecanismos psicofisiológicos y neuroendócrinos, así como inmunológicos.

La enfermedad coronaria del corazón (CHD) es una enfermedad crónica y progresiva que fundamentalmente afecta a las arterias coronarias. Las diferentes manifestaciones clínicas de ésta enfermedad incluyen la hipertensión, el infarto al miocardio (MI) y la angina de pecho. Cada una de estas condiciones puede convertirse en una emergencia aguda. La enfermedad coronaria del corazón es causa de un tercio de las defunciones en hombres a la edad de 65 años y del 28% de todas las defunciones (Davies,1987) y es la causa más frecuente de muerte de los varones en el Reino Unido.

Se llama "angina de pecho" al dolor agudo causado por el estrechamiento de las arterias coronarias, que proporcionan oxígeno al corazón. Esto puede ser debido a los depósitos de grasa a lo largo de sus paredes internas y/o a la arterioesclerosis, que es el endurecimiento de dichas paredes arteriales.

Epidemiológicamente se han considerado diversos factores de riesgo como la edad, el sexo, la hipertensión, la hiperlipidemia, la obesidad, el sedentarismo, el estrés y el tipo A de personalidad. No obstante, está bien establecido que fumar es la causa simple más importante de los riesgos conocidos en las enfermedades del corazón.

FACTORES SOCIOLÓGICOS.

La incidencia del infarto al miocardio (MI) y la muerte súbita, es mayor en varones con bajo nivel educativo, mientras que la incidencia de la angina de pecho es mayor en varones con antecedentes académicos altos. Así también, varios estudios indican que el estrés percibido en el trabajo asocia con un incremento en el riesgo de enfermedad coronaria del corazón.

Sobrevivencia insatisfactoria.

Varios estudios nos indican que el estar, en general, insatisfecho con uno mismo, es desagradable. El factor más consistente que surge de estos estudios es la falta de relaciones significativas, la frustración de largo término y la falta de vida social y reconocimiento público, todas ellas conectadas positivamente con la enfermedad coronaria del corazón y con la muerte súbita (Wolf, 1969).

Estrés.

El estrés agudo que se manifiesta luego de la muerte o pérdida del cónyuge o de alguien muy cercano, se ha visto relacionado con un incremento en la incidencia de la muerte por enfermedad coronaria del corazón. (Parkes, 1969).

FACTORES DE PERSONALIDAD.

Algunas variables psicológicas se ha visto que correlacionan con el desarrollo de la enfermedad coronaria del corazón y pueden incluso influir en los síntomas de la angina. El neuroticismo como rasgo de personalidad se ha visto que conduce a evitar la actividad por temor a la provocación de síntomas de angina (Smith, Follick y Korr, 1984). Así mismo, el coraje resultó fuertemente asociado con más síntomas de angina.

Más recientemente se ha visto que la ansiedad se asocia con el reporte verbal de dolor y a la hostilidad se le ha ligado con el desarrollo de la enfermedad coronaria del corazón.

Una vez que la enfermedad se ha desarrollado, los niveles altos de ansiedad y depresión, se ha visto que son importantes factores, que pueden influir en la recuperación de un infarto y en el retorno a la vida normal (Nagle, Gangola y Picton-Robinson, 1971).

Tipo de patrón conductual.

Muchos clínicos en los campos de la medicina y la psicología reconocen la importancia del estilo conductual y las circunstancias de vida, tanto en el desarrollo como en el progreso de la enfermedad coronaria del corazón. El Tipo A de personalidad (personas altamente competitivas y sometidas a presiones auto-impuestas) se correlaciona con el doble de probabilidad, con la generación de esta enfermedad y se le ha asociado en forma significativa con la angina (Smith, Follick y Korr, 1984).

LA ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN Y LOS MECANISMOS PSICOFISIOLÓGICOS.

Se dice que una persona está en estrés cuando la demanda ambiental sobrepasa sus habilidades y/o recursos. La respuesta ante la estimulación estresante es muy diversa y usualmente involucra componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. Se considera que hay dos vertientes de interacción de los sistemas físico y psicológico para producir la respuesta de estrés: la vía neuroendócrina y la vía inmunológica.

La vía neuroendócrina.

Un estímulo que es percibido como estresante es recibido por el hipotálamo y la glándula pituitaria. Esto estimula la liberación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y de

glucógenos que tienen el efecto de inhibir el consumo de glucosa por el tejido periférico. Esto, a su vez, modifica el balance del agua, la reactividad vascular, el funcionamiento del sistema inmune y la actividad gastrointestinal. Esto tiene el efecto de estimular el sistema nervioso autónomo y la médula adrenal, para liberar catecolaminas, lo que facilita la movilización de energía acumulada, estimula la generación y adhesión de plaquetas y promueve la formación de fibrina. Simultáneamente se liberan testosterona, prolactina y hormona del crecimiento, lo cual puede producir un incremento en la tasa cardiaca, incrementar la contractilidad del miocardio, la vasodilatación de los músculos esqueléticos, la vasoconstricción de la piel y un incremento en la presión sanguínea de los intestinos.

Estos procesos pueden alterar el funcionamiento renal y la regulación de insulina, lo que puede resultar en el inicio o aceleración del proceso de arterioesclerosis, al incrementarse la presión sanguínea y la tasa cardiaca, incrementarse el consumo de oxígeno y el derrame de renina y catecolaminas (epinefrina / norepinefrina) en el plasma y liberarse sustancias grasosas y similares, además de promover la acumulación de plaquetas, ya mencionada.

Así, este proceso puede causar el estrechamiento de los vasos actualmente arterioescleróticos (Wright, Contrada y Glass, 1985), exacerbar los síntomas de la hipertensión (Steptoe y Ross, 1981), promover el espasmo coronario (Deanfield et al, 1988), la arritmia ventricular y la muerte súbita (Herd, 1978), e influir en la ocurrencia de infartos al miocardio y síntomas de angina de pecho.

La vía inmunológica.

Se ha propuesto que el estrés causa una respuesta excesiva en el patrón inmunológico (Goldband, 1981). Una actividad repetida y sucesiva del sistema adrenomedular-simpático, puede influir en la atenuación de la proliferación de linfocitos, influir en el porcentaje de ayuda a las células NK (asesinos naturales) y afectar la inmunidad humana.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS ANTE LA ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN.

Estas intervenciones se pueden dar en cualquiera de los 3 niveles siguientes. En el primer nivel mediante la prevención de la enfermedad. En el segundo nivel, durante o inmediatamente después de un infarto al miocardio o en el nivel terciario, de la rehabilitación.

Prevención.

Exceptuando los casos de hipertensión y consumo de tabaco, hay poca evidencia de que al reducir los factores de riesgo, se pueda prevenir la enfermedad coronaria del corazón (Rosenman, 1978)

El enfoque básico de la prevención primaria está en la educación para la salud. Todo bajo el supuesto de que al comunicar los factores de riesgo y la etiología del padecimiento, eventualmente el oyente altere su estilo de vida y se comporte saludablemente.

Levenkron (1979), en su estudio intentó modificar la personalidad tipo A en 38 varones ejecutivos sanos, para lo que los repartió en 3 grupos : uno de terapia conductual donde recibieron 8 sesiones de hora y media para entrenamiento en auto-control del estrés y auto-control de la conducta, otro era un grupo de terapia de apoyo y el tercero fue uno de terapia mínima con una sola sesión. Los dos grupos que recibieron terapia formal redujeron su estrés (evaluado con test y con laboratorio). El grupo de terapia conductual mostró los cambios mas grandes.

Se recomienda proporcionar al paciente el entrenamiento en auto-control del estrés, más que intentar cambiar su estilo conductual.

El entrenamiento en auto-control del estrés es un paquete que puede incluir los siguientes elementos técnicos :

Relajación muscular progresiva, realimentación biológica, monitoreo del coraje, solución de problemas, programación conductual, re-estructuración cognitiva, imaginación activa, entrenamiento en asertividad y juego de roles.

Intervención en fase aguda.

En éste campo la literatura es escasa, la mayoría de los estudios se concentran en el manejo de la ansiedad y la prevención de las depresiones. La forma clásica de intervención ha sido, sin embargo, la psicoterapia. Se ha calculado que el 32.7% de los pacientes que han sufrido un infarto, se canalizan al psiquiatra.

Un ejemplo de este manejo está en el estudio de Casem, Hackett y Wishnie (1968), quienes usaron un paquete terapéutico mixto con pacientes de una edad entre 22 y 82 años, el cual consistía de medicación (tranquilizantes diurnos y sedación nocturna), clarificación explicatoria (empleando métodos cognitivos para lidiar con el estrés), cambios en el ambiente (prendiendo la TV, el radio, permitiendo el periódico y las visitas), enfatizando el optimismo, anticipándose a los problemas (enlistando a los potenciales), aprendiendo técnicas de confrontación del estrés y mediante hipnosis. Los resultados muestran un decremento significativo en la mortalidad. No obstante, el estudio adoleció de un grupo control.

Rehabilitación.

La depresión es la reacción principal posterior a un evento cardiaco y suele durar hasta 3 años después de un infarto (Verwoerd y Dovenmuhle, 1964)

El proyecto mas serio y ambicioso, que incluyó más de mil sujetos post- infarto, brindaba un paquete consistente de:

1. Terapia cognitiva (auto-instrucciones, evaluación de creencias básicas, escucha activa y relajación mental).

2.Terapia conductual (alteración de patrones de habla, ejemplo: interrumpir, alteraciones de actos psicomotrices, ejemplo: gestos y señales de impaciencia).

3.Intervenciones fisiológicas (educación acerca de las reacciones bioquímicas y neuroendócrinas, ante el coraje y la irritación).

DERMATOLOGÍA

Peter James .
Principal Clinical Psychologist.- The Royal Victoria
Infirmary.
Newcastle upon Tyne.

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

ANTECEDENTES.

Es obvio que están relacionados los factores psicológicos con los cambios en la piel : la expresión emocional involucra tanto cambios visibles en la piel como sensaciones correlativas. Más aún, la imagen corporal se modifica considerablemente debido a la piel.

Debemos identificar aquellos problemas con los que algunas personas expresan su malestar, de forma que requieran atención dermatológica, sin tener un desorden específico o una patología de la piel. A esto es a lo que se le ha llamado "caso no-dermatológico" e incluye problemas tales como la Dismorfobia (defecto físico percibido, sin evidencia objetiva) y supuestas afecciones parasitarias. En seguida sería recomendable distinguir entre los procesos psicológicos que influyen el curso de las condiciones de la piel, y las consecuencias psicológicas que directamente ocasiona tal condición.

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE LOS DESORDENES DE LA PIEL.

El impacto exacto de una condición dermatológica en una persona, dependerá de la forma en que interfiera con sus habilidades para satisfacer sus necesidades y la manera en que le resulte estresante, tanto para él como para su familia.

Las lesiones de la piel, pueden llegar a reducir tanto la destreza como la movilidad.

Frecuentemente se da una discrepancia entre los deseos y expectativas de la persona y lo que perciben que realmente pueden hacer. Inclusive, de manera errónea, llegan a tribuir sus fracasos y desilusiones, a su tipo de piel.

Frecuentemente el paciente llega a la Depresión, si llega a juzgar que la vida no tiene mayor cosa que ofrecerle ahora o en el futuro (Beck,1976).

Se puede llegar a un re-ajuste si la persona reduce la discrepancia entre sus expectativas y sus logros verdaderos. Ya que las condiciones crónicas de la piel afectan a las personas desde la adolescencia o más temprano - cuando las ambiciones y las esperanzas están en una fase formativa - estas cogniciones relacionadas con la salud, pueden ser de un interés clínico particular . Debe iniciarse la investigación de estas actitudes relacionadas con la piel, su ajuste y su modo emocional.

El estrés es una condición frecuente del paciente dermatológico que implica la activación periférica del cuerpo. estos cambios psicofisiológicos pueden exacerbar directamente el estado de la piel . No es mas que una observación clínica : bajo estrés, las personas pueden percibir su piel como mas deteriorada de lo que en realidad lo esta, aunque faltan datos empíricos que sustenten estas afirmaciones .

Tanto con niños como con adultos, el terapeuta tendrá que cuidar que la condición de la piel no les produzca "ganancias secundarias" (reforzamientos supersticiosos), ni para el paciente ni para su familia (Minuchin,1974).

RUTAS PATOLÓGICAS HACIA EL DESORDEN DÉRMICO .

En este terreno hay que considerar la combinación de procesos psicológicos con un rango de factores constitucionales y ambientales, lo que resulta en la aplicación de modelos multicausales (Rees,1976) .

Existe un componente psicológico en todas las condiciones dérmicas, aún cuando apenas se manifiesten y la persona pueda sanar con el tratamiento médico. Cuando el componente psicológico es de mayor magnitud, requerirá de intervención clínica. En seguida se identifican tres procesos psicológicos que están presentes en todas las condiciones ("enfermedades") de la piel .

Proceso Psicofisiológico Primario . Los estados psicológicos como el estrés, la preocupación y los estilos de pensamiento, se acompañan con cambios fisiológicos. Estos cambios corporales pueden ser necesarios pero no suficientes, para producir con el tiempo un desorden cutáneo.

Llama la atención que no se han investigado debidamente las diferencias en las reacciones o en la recuperación de la piel, ante variables como serían el flujo sanguíneo, la temperatura y la conductancia de la piel

También existe el enfoque que argumenta la existencia de "órganos débiles", mismos que hacen proclive al individuo hacia algún padecimiento. Se ha sugerido que algunos casos de alopecia (Medansky y Handler,1981), psoriasis (Fava et al,1980) y urticaria (Maynadier et al,1985), pueden caer en esta categoría .

Proceso Psicofisiológico Secundario . Cuando la piel tiene alguna patología pre-existente, sus nuevas propiedades pueden significar que el proceso psicofisiológico ya identificado, exacerbe el proceso de la enfermedad. Entonces, este proceso psicofisiológico sería secundario.

Las manipulaciones psicofisiológicas como la relajación, la re-alimentación biológica y el manejo del estrés, pueden reducir la intensidad y frecuencia del desorden de la piel, pero el proceso de enfermedad subyacente permanecerá inalterado.

La comezón, conocida como prurito, es un síntoma común en dermatología y es resultado de diversos procesos fisiológicos y fisiopatológicos, que estimulan las terminales nerviosas en la piel .

La estimulación moderada de los caminos neuronales involucrados en el dolor ligero, parecen producir comezón (Tonneson,1979). De hecho, la comezón crónica puede verse como productora de un rango de problemas semejantes a los del dolor crónico (Gilchrest,1982)

Hay que decir también, que no se ha investigado debidamente el efecto de la activación emocional, la depresión y la fatiga, sobre los niveles de comezón.

Procesos Conductuales. A diferencia de otros muchos órganos, la piel puede ser manipulada de manera consciente o inconsciente. Arrancarse el pelo (tricotilomanía), auto dañarse (dermatitis ficticia), tallarse, rascarse muy fuerte (escoriaciones), son todas ellas, conductas directamente relacionadas con la dermatología.

A veces, como una actividad desplazada, nos rascamos sin tener comezón (emblema de inseguridad) (Musaph, 1968). Sentir comezón sin rascarse, entonces, puede ser una meta terapéutica a seguir.

La conducta de rascarse, para su estudio, ha sido medida mediante electromiograma del brazo -en el día- (Savin et al, 1975) o mediante el monitoreo de los movimientos de la cama -en la noche- (Felix y Shuster,1975)

DESORDENES DE LA PIEL.

ACNÉ.

Se produce un sebo excesivo por las glándulas de la piel y la salida natural está cerrada. Está relacionado con la actividad hormonal del organismo, así que su ocurrencia más frecuente es durante la adolescencia y la psicofisiología relevante incluye al sistema neuroendocrino.

Se ha dicho que las características de la personalidad del paciente no influyen en el curso de su acné, pero algunas investigaciones recientes demuestran que el acné se exacerba ante las perturbaciones emocionales del sujeto que lo padece (Kraus, 1970). En otras ocasiones se observa que jóvenes con problemas emocionales subyacentes, se lesionan en su acné al efectuarse auto-cirugía y producirse diversas escoriaciones. Esto no siempre es obvio para el servicio de dermatología (Sneddon y Sneddon, 1981).

En un estudio controlado, con 30 pacientes con acné tratados con realimentación biológica (EMG de la frente), entrenamiento en relajación muscular e imaginación cognoscitiva, Hughes y Brown et al (1983) demostraron que había una mejoría estadística y clínica, en aquellos pacientes con tratamiento psicológico, en comparación con los que solo recibían tratamiento médico.

ECZEMA.

El eczema se refiere a un conjunto de condiciones en las que la piel se hincha, supura y da comezón. Debido a su gran prevalencia y cronicidad hablaremos del eczema atópico. Afecta sobretodo a los niños y el 10% de los casos se mantienen hasta la vida adulta. Su curso es impredecible. El problema principal está en rascarse (Rajka, 1975), pues deja muchas de las lesiones típicas. Se rasca uno en el día, pero sobretodo en la noche (Savin, 1980).

En estudios de personalidad se ha visto que una diferencia entre los pacientes con eczema y personas sanas, es que los primeros manifiestan una elevada ansiedad (Jordan y Whitlock, 1974; Garrie et al, 1974)

La terapia para reducir el estrés es útil para decrementar la severidad del eczema atópico (Brown, 1972; Brown y Bettly, 1971) La comezón se puede reducir mediante la relajación muscular (Haynes et al, 1979).

Podemos citar también otros estudios que a manera de casos clínicos aislados, muestran que diversos manejos conductuales pueden ser útiles para reducir la conducta de rascarse. Evitando el reforzamiento social y la atención por rascarse (Walton, 1960), reforzamiento diferencial de no-rascarse (Bar y Kuypers, 1973), condicionamiento auto-aversivo con shock eléctrico (Ratcliff y Stein, 1968), auto - monitoreo (Cataldo, 1980) y auto - control (Watson et al, 1972).

DERMATITIS FICTICIA.

El término se refiere a las lesiones de la piel auto infringidas sin que haya causa subyacente, como comezón. Los pacientes pueden ser increíblemente ingenuos en producirle daños a su piel. Uno se preguntaría ¿qué motiva o causa esta conducta? En muchos casos se trata de ganancias obvias como compensaciones financieras y/o evitar tareas peligrosas o displacenteras.

Posiblemente menos consciente sea el alcanzar el "rol de enfermo" (Pearson, 1951), con el que se le excusa de responsabilidades y estresores, en una forma socialmente legítima.

Cotterill (1983) concluyó que los episodios frecuentemente se dan después de acontecimientos precipitantes, como problemas sexuales y matrimoniales, desconsuelo y/o problemas en la escuela o en el trabajo. Concluyó que las lesiones eran usadas como un método alternativo de comunicación.

Al tratar estos casos, el terapeuta no debe tomar una actitud de confrontación y regañar al paciente por "hacerse daño". La psiquiatría ha encontrado mucha tensión emocional, como una característica de esta población (Fabisch, 1980) .

HIPERHIDROSIS.

En esta condición, los pacientes sufren de manera crónica de una sudoración excesiva en las palmas de las manos, las axilas y algunas veces en la cara, los pies, el pecho o el área anogenital.

Se ha demostrado que el calor, las emociones intensas y la "concentración mental" se acompañan de una sudoración significativa (Kuno, 1956). Es necesario un registro cotidiano de los acontecimientos para checar si la sudoración fue excesiva. Por otro lado, independientemente de la causa inicial, una consecuencia de la hiperhidrosis es el temor a sudar que genera, debido al embarazo de tener las manos empapadas (sudorofobia).

En un estudio de caso reportado (Bar y Kuypers, 1973), emplearon el entrenamiento en asertividad y la desensibilización sistemática de la ansiedad social, que en este caso era el disparador principal de la respuesta de sudoración. Luego del tratamiento y de un seguimiento después de 12 meses, aún había un resultado favorable, aún cuando la actividad de las glándulas sudoríparas no fuera totalmente normal.

En otro estudio, se emplearon 14 sujetos a los que se les entrenó en realimentación biológica (usando un analizador de vapor de agua Meeco). Luego de ello y después de un seguimiento de 6 meses, 11 de los 14 se encontraban bien (Duller y Gentry, 1980)

Puede ser que el solo entrenamiento en relajación muscular sea tan efectivo como la realimentación biológica, solo que esta última tiene mayor impacto a los ojos del paciente (placebo?).

PSORIASIS.

Es un común y crónico desorden inflamatorio de la piel que produce eritema con superficie costrosa. La piel con psoriasis reproduce sus células 20 a 50 veces más rápido que la piel normal o sana. La vulnerabilidad parece depender de la acción de diferentes genes, que al acumularse rebasan el umbral, aún cuando haya factores ambientales que precipiten la enfermedad. Factores ya conocidos son el trauma, la infección y los cambios hormonales. La percepción de la imagen corporal puede verse afectada adversamente y entre más

severa la psoriasis, más grande la reacción emocional (Liechtman et al, 1981) La función sexual queda también afectada, en la mayoría de los sujetos (Weinstein, 1984), especialmente cuando el área genital tiene lesiones (Buckwalter, 1982).

Los pacientes con psoriasis parecen ser más vulnerables a obtener altas medidas de agresividad (Matussek et al, 1985), ansiedad y depresión (Fava et al, 1980), así como de alcoholismo (Morse et al, 1985)

El crecimiento exagerado de la reproducción celular de la piel con psoriasis, produce un incremento de la temperatura en el área afectada, así que la temperatura de la piel puede ser un dato o variable (dependiente) importante. A diferencia de otros pacientes y personas sanas, los pacientes con psoriasis, luego de haber sido expuestos a estímulos estresores, manifiestan mayor preocupación, altos niveles de adrenalina en la orina y bajos niveles de cortisol plasmático.

Benoit y Harrell (1980) sugieren que la reducción de la temperatura, puede reducir también la severidad de la psoriasis, al decrementar la proliferación de células. No hay estudios que valoren en estos casos el uso de la relajación muscular o el manejo del estrés.

ENFERMEDAD DE RAYNAUD .

Es un ataque con espasmo de los vasos sanguíneos, característico del área afectada - las manos y algunas veces los pies, que conduce a cambios de coloración en 3 estadios. Primero palidece, luego se torna azul cianótica y finalmente queda brillante y roja. Es una condición muy dolorosa. La vasoconstricción es provocada por el frío y aparentemente en algunos casos, por factores emocionales (Jobe et al, 1986)

Los estudios psicofisiológicos demuestran que la irrigación sanguínea de los dedos puede reducirse en ciertas situaciones productoras de ansiedad (Sampson, 1977). Los factores psicológicos, a su vez, también pueden contribuir a la severidad del ataque. Sin embargo, no se ha demostrado que

los pacientes con este desorden sean particularmente afectados por el estrés emocional (Connors, 1980)

Los estudios de intervención procuran reducir tanto las emociones fuertes, como la actividad simpática, mediante métodos de relajación o mediante el control voluntario del torrente sanguíneo periférico, a través de la realimentación biológica de la temperatura de los dedos afectados

Keefe et al, (1979) encontró que la realimentación biológica, el entrenamiento autógeno y la relajación, son igualmente efectivos en reducir la sintomatología.

Otra serie de estudios efectuados por Jove y sus colaboradores, han usado una aproximación de condicionamiento clásico con resultados prometedores. Todo el cuerpo del paciente se expone a un ambiente a 0° C (estímulo condicionado), mientras las manos se sumergen en agua caliente (estímulo incondicionado). Esta aproximación no supone que haya una mediación emocional en el problema de la piel.

TRICOTILOMANÍA .

Se trata de una rara forma de dermatitis ficticia en la cual el paciente siente una enorme urgencia de jalarse el cabello, las cejas o las pestañas, produciendo un área de alopecia. Es un problema más común en las mujeres.

En éstos casos, cuando la ansiedad es particularmente evidente, se usará una forma de relajación muscular, esperando tener buen efecto (Fabbri y Dy, 1974). También se han reportado buenos resultados con otros métodos que reducen la ansiedad condicionada, como la desensibilización cubierta (Bornstein y Rychtarik, 1978)

El empleo de métodos de auto - control ha tenido éxito en su modalidad de auto - monitoreo (Bayer, 1972) y control de estímulo con auto - reforzamiento (Cordle y Long, 1980). Reforzamiento de conducta incompatible con jalarse el pelo y reversión de hábito (Rosenbaum y Ayllon, 1981). También la

conducta de arrancarse el pelo se ha sometido al castigo, mediante la terapia aversiva farádica (Horne, 1977) o empleando el castigo condicionado o costo de respuesta (McLaughlin y Nay, 1975) y teniendo que exponer el área afectada al público (Cordle y Long, 1980). En todos los casos hubo resultados positivos.

URTICARIA.

Es una irritación episódica de la piel que involucra grandes ronchas y una intensa comezón. Los pacientes tienen que identificar las sustancias que les precipitan dicha condición en la piel, como serían algunas comidas, cambios en la temperatura o en la presión física que sufre la piel. Aunque muchas veces aparece y desaparece sin que se sepa que la provocó.

Es conocido que el estrés y el calor son los principales precipitantes de la urticaria colinérgica (Pegum y Baker, 1979), una variedad con ronchas alargadas que terminan en punta. En la urticaria crónica se observa una fisiología en la que los factores emocionales pueden influir en la piel, en una forma compleja. Por ejemplo, la acetilcolina, las reacciones inmunes y la vasodilatación, son elementos citados frecuentemente como la fisiopatología de la urticaria y que se asocian, también, con las reacciones de estrés.

Una observación interesante esta en la tendencia de estos pacientes a formar una roncha en la piel cuando se les ejerce sobre ella alguna presión (dermatografismo). Aunque existe un nivel excesivo de frustración y ansiedad en estos pacientes (Whitlock, 1976), mas bien es consecuencia y no causa de la urticaria .

Daniels (1973) reportó éxito en la aplicación de terapia de relajación muscular y desensibilización sistemática.

GASTROENTEROLOGIA .

Paul Bennett.

Senior Clinical Psychologist .- Monyhull Hospital
Birmingham

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

No ha sido sino recientemente que muchos desórdenes gastrointestinales han sido considerados, al menos en parte, como secuelas del estrés psicológico. Actualmente, el síndrome del intestino irritable es probablemente el único desorden gastrointestinal que se acepta como psicofisiológico.

En estas líneas examinaremos el papel de los factores psicológicos en la etiología y tratamiento de tres de los más comunes desordenes gastrointestinales : el síndrome del intestino irritable, la úlcera péptica y la enfermedad inflamatoria intestinal.

SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE.

Se trata de un desorden del intestino largo caracterizado por dolor abdominal y cambios en el comportamiento habitual (diarrea o constipación), en ausencia de un daño orgánico. Se ha reportado una prevalencia en la población general entre 8% y 17% (Drossman et al,1982) Se ha reportado más comúnmente en mujeres que en hombres.

El estrés psicológico es el factor contribuyente mas frecuentemente reportado, tanto para el inicio como para la complicación de la sintomatología, en ambas vertientes, tanto en historias de caso (Garrick,1981; Youell y McCollough,1975) como en estudios en la población clínica (Hislop,1971). Los estresores reportados en estos estudios se referían a frecuentes preocupaciones menores relativas a la familia, las finanzas y la profesión, así como a relaciones familiares insatisfactorias. (Hill y Blendis, 1967; Hislop, 1971).

Sobre la etiología del problema se han propuesto algunas hipótesis. Whitehead et al, (1981) adelantó la idea de una susceptibilidad heredada o de un condicionamiento operante de la movilidad intestinal (con solo evidencia circunstancial).

Una hipótesis más radical es propuesta por Latimer (1981) quien sugiere que tanto la ansiedad como éste síndrome en particular son resultado de una reacción autonómica subyacente, en donde el síntoma de elección entre los dos, se determina mediante aprendizaje vicario y se mantiene a través de contingencias ambientales. Este autor, también nos propone un modelo conductual que sirve de guía para el tratamiento del paciente. El modelo describe 3 dimensiones relativamente independientes: verbal (por ejemplo: quejas de dolor), comportamental (por ejemplo: restricción de actividades) y fisiológica. Todas deben ser metas separadas dentro de la misma intervención. Esta aproximación ha sido empleada en el tratamiento (ejem.: Bennett y Wilkinson, 1985).

Sin embargo, una de las primeras técnicas que produjeron un tratamiento exitoso lo fue la realimentación biológica. Furman (1973) reportó un éxito dramático luego de haber entrenado a 5 pacientes para aumentar o disminuir los sonidos intestinales, mediante un micrófono electrónico situado sobre el abdomen. Desafortunadamente éstos datos no se han replicado.

Otra forma de realimentación biológica del colon también ha logrado resultados esperanzadores. Bueno - Miranda, Cerulli y Schuster (1976) entrenaron a 21 pacientes para controlar la movilidad intestinal, luego de una distensión rectal mediante un balón, durante una sesión de 2 horas. 14 de ellos aprendieron la habilidad y pudieron controlar los movimientos del intestino igualmente bien, 2 meses después.

Algunos reportes de estudios de caso empezaron a notar la efectividad de los procedimientos de manejo del estrés, en el síndrome del intestino irritable. Se han descrito respuestas dramáticas ante intervenciones con solo entrenamiento en relajación muscular (Jacobson, 1927) y en combinación con otras técnicas.

ULCERA PÉPTICA.

Se refiere a lesiones ulcerosas en las paredes del estómago o duodeno. Se les asocia con dolor en el epigastrio, mismo

que ocurre después de varias horas de no haber comido y se alivia al tomar alimentos.

Con frecuencia están presentes en la sintomatología el sangrado intestinal y el vómito debido a la obstrucción del píloro (Deckelbaum et al, 1974) Aproximadamente un 10% de la población abierta desarrolla una de estas úlceras durante su vida (Whitehead y Schuster, 1985).

Se ha podido demostrar en algunas investigaciones que el estrés psicológico crónico, trae como resultado la hipersecreción de ácido en el estómago (Peters y Richardson, 1983), así como que la relajación muscular puede reducir la secreción de éstos ácidos (Stacher et al, 1975)

Las técnicas de realimentación biológica resultan demasiado complejas, incómodas y caras para su implementación, además de no producir habilidades generalizables. El manejo médico farmacológico frecuente es con medicamentos como la ranitidina y la cimetidina, que son muy efectivos, pero producen efectos secundarios negativos como sería la manía o la impotencia.

La aproximación clínica recomendable sería en dirección a los procedimientos de manejo del estrés. Debemos también consignar que se ha reportado tratamiento con placebo y resultados positivos, tanto en úlceras pépticas como duodenales (Scheurer et al, 1977).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LOS INTESTINOS.

En este caso, estamos hablando de dos enfermedades relacionadas íntimamente: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Ambos son padecimientos recidivantes.

La colitis ulcerativa es producto de la ulceración e inflamación de la mucosa o pared interna del colon. En un principio, usualmente afecta al recto y al colon sigmoideal, pudiéndose extender a todo el colon. El síntoma principal es la diarrea, el sangrado rectal, el dolor abdominal y la anorexia.

La enfermedad de Crohn's afecta a la capa externa de la pared intestinal y puede presentarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Su sintomatología incluye la diarrea, el dolor abdominal anorexia y fiebre.

Los primeros estudios psicológicos de ésta enfermedad se efectuaron con un enfoque psicoanalítico (e.g. Daniels, 1940) y con resultados exitosos. Sin embargo, el mayor número de reportes apuntan a demostrar que el entrenamiento en relajación muscular autógeno, tiene un efecto benéfico sobre la colitis ulcerativa (Schaeffer, 1966).

GINECOLOGIA.

Myra Hunter

Senior Clinical Psychologist.

King's College Hospital. London .

Las mujeres que asisten a las clínicas ginecológicas experimentan tasas particularmente altas de tensión emocional y morbilidad psiquiátrica (Byrne, 1984)

Las explicaciones psicológicas sobre las diferencias sexuales en la tensión emocional, también enfatizan un incremento en dicha tensión asociada con los roles femeninos, así como diferencias en la socialización y posiblemente diferencias en la expresión de su tensión emocional (Weiman y Klerman, 1979)

Las explicaciones biológicas tienden a relacionar las altas tasas de tensión femenina con los cambios hormonales -por ejemplo, durante la menstruación, después del parto y durante la menopausia (Dalton, 1977)

Dos de los más frecuentes síntomas son la "menorragia" y el "dolor pélvico", mismos que frecuentemente se asocian con tensión emocional, pero sin conocerse patología orgánica. Estas condiciones pueden llevar a la intervención quirúrgica, cuando una aproximación psicológica podría ser una alternativa viable (Greenberg, 1983)

INTERVENCIONES AGUDAS.

Muchas mujeres experimentan considerable ansiedad y sentimientos de degradación al someterse a un examen vaginal (Areskog - Wijma, 1987), que han requerido intervenciones psicológicas, como la estructuración y simplificación de la información verbal y escrita (Ley, 1977) o el uso de la relajación muscular y la desensibilización sistemática.

La cirugía también representa una experiencia tensionante y la mayor contribución de la psicología, en esta área de intervención aguda, consiste en proporcionar información (que combata las expectativas discordantes de la paciente) y en

habilitar en estrategias conductuales de enfrentamiento, para encarar el procedimiento médico.

Como un resumen de la literatura actual, en la Tabla 1 se apuntan los "factores de riesgo" en las pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas ginecológicas. Se recomienda el consejo clínico antes de la intervención, para clarificar la toma de decisiones, proporcionar información y examinar posibles fuentes de presión externa.

La principal razón para efectuar una histerectomía (HTA) es el sangrado uterino disfuncional, seguido de fibrosis y posteriormente de una enfermedad maligna (Kincey y McFarlane, 1984). Los estudios han demostrado que el estado emocional pre-operatorio, es el mejor predictor de problemas emocionales posteriores a la operación. Las expectativas negativas antes de la operación, predicen una pobre mejoría relacionada a la problemática sexual (Dennerstein et al, 1977)

Una sesión de consejo clínico pre - operatorio es valiosa para las pacientes (Wilson - Barnett et al, 1982). El consejo clínico post - operatorio puede ayudar a las mujeres para quienes la HTA cause un impacto particular, con afectación de su auto - imagen y sus planes futuros.

La información escrita ha probado ser superior a la información verbal para reducir la ansiedad pre - operatoria. Johnson y Leventhal (1974) encontraron que adicionar información acerca de los cambios sensoriales a experimentar, mejora en mucho el efecto benéfico de los procedimientos informativos.

La información acerca de la cirugía, aumenta el conocimiento y las tasas de satisfacción, también la confrontación cognitiva del evento y los índices de recuperación: menos analgésicos y menos dolor.

Tabla 1. Reacciones emocionales predecibles, luego de intervención aguda.	
Intervención	Factores de Riesgo
Detención del Embarazo	Presión en la toma de decisiones. Condición psiquiátrica previa. Razones médicas (Dunlop, 1978) Coraje por estar embarazada. Poca intimidad con su pareja. Insatisfacción por la decisión de detener el embarazo (Shusterman, 1979).
Esterilización Tubaria	Historia psiquiátrica previa (Cooper et al, 1982) Indicaciones médicas (Benjamin et al 1980) Juventud y multiparidad (Lambers et al, 1982) Percepción de la coerción de otros (Leader et al, 1981)
Histerectomía	Historia psiquiátrica previa (Gath et al, 1982) Paridad, edad (Raphael, 1974) Creencias, expectativas, toma de decisiones (Dennerstein et al, 1977) Falta de apoyo social (Webb y Wilson - Barnett, 1983) .

PROBLEMAS CRÓNICOS.

Dolor Pélvico Crónico . Este es un problema muy frecuente que con mucha probabilidad termina en una intervención quirúrgica. Sin embargo, hay quien ha sugerido (Beard et al, 1977) que debido a que no hay detectada una causa orgánica, es atribuible esta condición al tratamiento de factores psicológicos. En los estudios pioneros como el de Pearce et al (1982), se emplearon tratamientos alternativos con un grupo de 32 pacientes (con 6 meses de dolor pélvico sin causa orgánica evidente).

Los tratamientos utilizados fueron : entrenamiento en relajación muscular, consejo clínico conductual y consejo clínico no-directivo. Los resultados indicaron que durante el tratamiento hubo mejorías significativas para todas las pacientes, particularmente para las que recibían el consejo no-directivo. Al hacer un seguimiento a los 12 meses, se encontró que aún seguían mejorando las pacientes que habían recibido tanto el entrenamiento en relajación muscular como el consejo clínico conductual.

Cáncer. - El endometrio es el sitio más frecuente para los cánceres ginecológicos, mismo que ocurre preponderantemente en mujeres pre y post menopáusicas, luego sigue el cáncer de la cervix, el de ovario y el de la vulva (Andersen y Andersen, 1986.

El cáncer de ovario es relativamente raro, la detección es difícil ya que la mujer es asintomática. Con un diagnóstico temprano y una terapia agresiva, dos terceras partes de estas mujeres sobreviven al menos 5 años. Sin embargo, el malestar que experimentan durante el proceso de diagnóstico y tratamiento es considerable.

Una vez que se diagnostica el cáncer, se experimenta una intensa depresión y una gran confusión. Dado lo incontrolable del evento, la depresión es la principal reacción emocional. A la mayoría de las pacientes (75%) les ocasiona disfunción sexual. El consejo clínico sexual puede ayudar a reducir sus problemas (Lamont et al, 1978)

Otra área de investigación es la referente a los efectos del tratamiento que emplean quimioterapia o radioterapia. Se experimentan efectos laterales que ocasionan reacciones condicionadas anticipatorias como la náusea y el vómito. Estos problemas se han manejado con intervenciones psicológicas basadas en el manejo de la imaginación y el entrenamiento en relajación muscular (Lyles et al, 1982) o en combinaciones como relajación e hipnosis (Redd et al, 1982) o mediante el empleo de la desensibilización sistemática (Morrow y Merrrell, 1982.

Hay que recordar también que las mujeres que se someten a radioterapia se les produce una disfunción ovárica que las hace post-menopáusicas, experimentan bochornos y resequedad en la vagina. Frecuentemente se olvida prepararlas para ello. La terapia basada en estrógenos desaparece las molestias.

Funcionamiento Psicosexual. Es importante que el psicólogo esté preparado para dar consejo sexual a las pacientes ginecológicas debido a que aún es un tabú hablar de la sexualidad y a que esta no es exclusivamente un fenómeno biológico que pueda tratarse aisladamente. Por ejemplo, las mujeres post-menopáusicas experimentan una reducción en la lubricación vaginal y puede resultar ésta en una dispareunia (coito doloroso). Cuando el problema principal de la paciente ginecológica es la sexualidad, los principales problemas que plantea son los asociados a la reducción del deseo sexual, disfunción orgásmica o vaginismo, afectando aproximadamente al 20% de los casos.

Se han documentado intervenciones psicológicas que incluyen tratamientos como relajación muscular, desensibilización sistemática, dilatación vaginal, ejercicios de focalización sensorial o psicoterapia de pareja.

Infertilidad. Es la inhabilidad involuntaria para concebir y afecta aproximadamente al 10% de las parejas en edad reproductiva.

Actualmente se reconoce que la infertilidad y su tratamiento se asocian con frecuencia con una alteración emocional considerable (Burnage, 1977; Stanway, 1980). A veces la mujer no se puede embarazar debido a que no coincide su actividad sexual con la ovulación y se ha demostrado que la ovulación puede demorarse por estrés de varios tipos (Peyser et al, 1973) y que puede también responder a una intervención psicológica.

El simple hecho de estar en una investigación y someterse a los estudios correspondientes genera cantidades de estrés, el cual es mucho mayor si el esposo es el sujeto investigado

como causa de la infertilidad. Haseltine (1984) descubrió que es estos casos la mujer suele responder con ansiedad y el hombre con depresión.

Menorragia. El sangrado menstrual excesivo es un problema común de las mujeres, particularmente en la tercera y cuarta década de la vida y ante el cual la histerectomía se ofrece como el único remedio.

Cuando el caso es severo, conduce a una considerable activación emocional y preocupación. El solo saber que la opción es la cirugía produce ansiedad. El sistema médico usualmente presta atención a los problemas físicos y descuida los aspectos emocionales de la salud.

Dado que el ciclo menstrual está controlado centralmente por hormonas, mismas que pueden ser influidas por problemas emocionales, resulta plausible considerar que los problemas emocionales significativos pueden afectar al ciclo menstrual.

Muchas mujeres con estas afectaciones terminan como sujetos de actos quirúrgicos, en lugar de haberseles ofrecido apoyo psicológico.

EL CICLO MENSTRUAL.

En promedio una mujer menstrúa entre 35 y 40 años. Es menarca entre los 12.8 y los 13.2 años y la edad promedio en que se alcanza la menopausia es a los 50.5 años de edad.

Dismenorrea. El término se refiere a molestias y dolor durante la menstruación. Se habla de dismenorrea primaria cuando no hay en la paciente evidencia de patología pélvica y de dismenorrea secundaria cuando es resultado de patología congénita o patología como la endometritis. Se cuenta a la fecha con suficiente evidencia para afirmar que el dolor de la dismenorrea primaria se asocia con los ciclos de ovulación y está causado por contracciones del útero y por el

incremento de fluido sanguíneo, que padece de isquemia, debido a la actividad de las prostaglandinas.

Se han intentado diversos manejos psicológicos que incluyen relajación, desensibilización, consejo clínico, auto-control, monitoreo de síntomas, reforzamiento de las metas del tratamiento, incremento de cogniciones positivas. Todos ellos con relativo éxito. Falta investigar aún el papel de otras variables como son : las creencias negativas, el modelamiento maternal y las reacciones conductuales ante el dolor.

Síndrome de Tensión Pre-Menstrual. Este es un término empleado para referirse a una amplio rango de síntomas que incluyen tensión, depresión, irritabilidad, inflamación abdominal, tegumecencia en los senos y cefalea, mismos que se presentan entre 7 y 10 días antes de la menstruación.

Las teorías hormonales que hablan del papel de los estrógenos, la progesterona o la prolactina, no son útiles. En investigaciones controladas, el tratamiento ginecológico no ha probado ser mejor que el placebo, en estos casos (Sampson,1977).

Los estudios más acuciosos de la sintomatología han reportado que sólo dos síntomas son factor común de estos casos : el dolor y la retención de líquidos. Pueden ser factores más importantes en la etiología de estos problemas los acontecimientos estresantes de la vida y los factores ambientales (Siegel et al, 1979).

Por otro lado hay evidencia de que la activación del sistema nervioso autónomo puede empeorar los síntomas (Asso, 1978). Ahora bien, la combinación del entrenamiento en relajación muscular y la desensibilización sistemática se ha visto que produce un buen resultado (Cox y Meyer, 1978). Se requiere mayor investigación. Morse et al, (1983) empleó, por ejemplo, la terapia racional emotiva, con resultados prometedores.

La mejor recomendación, sin embargo, consiste en la supervisión diaria del modo emocional y los acontecimientos

vitales del paciente, que permite una aproximación del tipo solución de problemas. Identificados estos se procede a la terapia que se considere adecuada para el tipo de problema(s).

LA MENOPAUSIA

La menopausia es principalmente un fenómeno fisiológico caracterizado por la finalización del ciclo menstrual. Por "climaterio" se entiende el periodo de reducción gradual en la ovulación y el decremento en la cantidad de hormonas ováricas.

La mujer es post-menopáusica si tiene 12 meses sin menstruar.

La menopausia ha adquirido considerable significado cultural y psico-social, convirtiéndose en una señal definitiva de edad. Con frecuencia se escuchan conceptos como vacío, debilitamiento físico, pérdida de feminidad, ausencia de sexualidad y psicosis (melancolía involutiva), que producen confusión y dan una connotación negativa a la menopausia en la cultura occidental.

Con el desarrollo de la terapia estrogénica como tratamiento de los bochornos y la resequedad vaginal y más recientemente de la osteoporosis, la post-menopausia se ha visto como un periodo de deficiencia (Wilson, 1966) Los síntomas prevalecen más cuando la menopausia se asocia con un cambio social negativo (Flint, 1975). Uno de los mejores predictores de que una mujer tendrá problemas emocionales durante la menopausia, radica en saber si la paciente ha tenido previamente problemas emocionales importantes (Hunter, 1987).

Así, está documentado que muchos síntomas están erróneamente atribuidos a la menopausia y las pacientes, consecuentemente, reciben terapia estrogénica en lugar de tratamiento psicológico (Osborne, 1981). Los síntomas vasomotrizes (bochornos, sudores nocturnos y resequedad vaginal) ciertamente mejoran con la terapia estrogénica (Studd et al, 1977), sin embargo, la causa precisa de ellos permanece desconocida.

Recientemente se ha empleado la terapia de relajación muscular y el consejo clínico para aliviar los bochornos (Stevenson y Delprato,1983) encontrándose reducciones de la sintomatología.

CONCLUSIÓN.

Cuando las pacientes observan al ginecólogo y al psicólogo trabajar juntos, compartiendo una aproximación teórica integrativa de sus demandas de servicio, entonces el envío es menos difícil para ellas, por lo que presentan menos resistencia al tratamiento psicológico.

OBSTETRICIA.

Lorrayne Sherr
Clinical Psychologist
St. Mary's Hospital. London.

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

La meta principal del manejo de la experiencia del nacimiento está en el bienestar de la madre, como del bebé.

El periodo antenatal se inicia en el momento de la concepción hasta el inicio de la labor. La labor de parto y la entrega conforman un segundo periodo y el puerpério es el tercero de estos periodos. Los cuidados están a cargo de Pediatría normalmente.

En otros países como Noruega, el parto no se lleva a cabo en hospitales, sino bajo un sistema de entrega en casa.

Tanto la sociología como la antropología nos revelan que el nacimiento de un bebé nunca fue "natural" y siempre fue un sofisticado evento social.

EMBARAZO. Se promueve una política para que la pareja llegue a gestar 2 hijos (paridad satisfecha).

ABORTOS. Si la mujer no ha podido embarazarse y ha perdido previamente productos, hay una alta probabilidad de que en los primeros meses de su embarazo presente cuadros de ansiedad y de depresión.

CUIDADO ANTENATAL. En los estudios experimentales realizados no se ha encontrado que la tensión y la ansiedad varíen durante el curso del embarazo. Los datos sobre depresión son iguales.

Las principales quejas de las pacientes que reciben cuidados prenatales, consiste en el trato a nivel de masas (despersonalizado) que reciben. Reclamando una mayor individualidad.

Las mujeres asisten a los cuidados prenatales por temor de que al no hacerlo vaya a tener un mal efecto sobre el producto. De estos grupos sólo el 17% de las pacientes aprenden algo durante este tiempo y sólo 31% dicen disfrutar de asistir a las clínicas.

Las señoras se quejan de falta de comunicación. Sherr (1980) demostró que aquéllas que reciben retroalimentación estándar e información explicatoria de sus procesos, muestran significativamente mayor satisfacción y menor ansiedad, comparado con un grupo en la rutina normal.

ULTRASONIDO. Reading et al (1982) y Campbell (1982) han mostrado que cuando las pacientes en base a un muestreo aleatorio reciben información vinculada a su imagen del ultrasonido de su producto, manifiestan actitudes más positivas respecto a su embarazo y están más dispuestas a escuchar consejos sobre no fumar ni tomar alcohol durante este periodo.

EMBARAZO COMO TIEMPO DE PREPARACION. Estar preparado es la mejor manera de enfrentar las dificultades. La información y la adquisición de habilidades, son técnicas útiles para enfrentar el dolor.

Las mujeres de clase baja suelen buscar información con sus familiares, en tanto las de clase media - alta lo hacen empleando a los profesionales.

LABOR Y ENTREGA. Sólo cerca del 3% de las embarazadas dan a luz sin necesidad de medicamentos. Los más usados todavía son los analgésicos. También es muy empleada la analgesia epidural aunque esta se asocia con una labor más lenta y una entrega que requiere asistencia con una mayor probabilidad (51% en comparación a un 6%).

INDUCCION DEL ARTO. Cuando el parto tiene que ser inducido por circunstancias como la presión arterial alta en la madre, etc, se ha encontrado que un 45% de estas pacientes reportan que su labor fue más dolorosa de lo que esperaban.

EPISECTOMIA. Aunque no es siempre necesaria o indispensable, la episectomía se ha vuelto una práctica frecuente, sobretodo

para los médicos que no tienen suficiente seguridad y práctica. Las mujeres que lo sufren han sido estudiadas encontrando que las que recién dieron a luz, sienten mucho dolor y dura algún tiempo, 14% aún reportan dolor 3 meses después de haber sido suturadas. Otras reacciones son el decremento de la actividad sexual subsecuente y dificultades relativas a sentarse bien mientras le dan el pecho a su bebé, lo que hace que dejen de amamantarlo antes de tiempo.

GERIATRIA.

Nicola Bradbury

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

Uno de los problemas más importantes de la última parte del Siglo XX, se refiere al impacto del rápido crecimiento de la población de edad avanzada, en la mayor parte de los países desarrollados.

Esta población es la principal demandante y usuaria de los servicios sociales, especialmente los de salud. Sin embargo, hay muchos estudios que reportan la existencia de una antipatía hacia los ancianos, por parte de los profesionistas y de la población en general.

La ancianidad es la fase del ciclo vital que está más rodeada de malas interpretaciones. Notemos por ejemplo, el énfasis cultural que se hace sobre el atractivo físico de las mujeres y cómo es más aceptado volverse viejo si uno es hombre (Palmore, 1971; Sontag, 1978).

Es un hecho que los ancianos activos, generalmente se reportan como contentos (Woods y Britton, 1985)

ESTABLECIMIENTO DE UN AMBIENTE PSICOTERAPEUTICO.

La investigación psicológica ha demostrado la importancia de las influencias ambientales (tanto física como social) sobre la conducta. Al diseñar el ambiente para las personas de edad, que les permita un bienestar y un funcionamiento óptimo, tanto para ellos como para el personal a cargo, deben considerarse un cierto número de factores :

AMBIENTE FISICO.

Muchos estudios han demostrado que un cambio menor en el ambiente de las instituciones, como hacer más cómodas las sillas, proporcionar materiales recreativos y reorganizar las rutinas de las salas, puede tener un profundo efecto

psicológico, incrementando los niveles de comunicación y actividad propositiva en las personas de edad (Jenkins et al, 1877; Melin et al, 1981).

Debido a los pocos recursos con que cuenta una persona de edad, hay que diseñar su ambiente para minimizar el gasto de energía y los esfuerzos que demande. La necesidad psicológica básica será sentirse seguro y tranquilo.

En seguida se enlistan algunos ejemplos relacionados al diseño de estos ambientes para gente grande o de edad :

1. Los ancianos sufren de molesto parpadeo, cuando se exponen a fuentes de luz intensa natural o artificial (también reflejos).
2. La percepción de la profundidad está afectada. Hay que evitar señales visuales que se mal interpreten, sobretodo en el baño y en las escaleras.
3. La pérdida audible puede hacerles imposible entender una conversación si hay ruido de fondo. Hay que decorar su ambiente con materiales que absorban el sonido y eviten su reflejo (cortinas, tapetes, etc).
4. Los ancianos ocupan más sus sentidos para informarse. Les gusta oler, sentir los cambios de temperatura y particularmente tocar las cosas, para conocer su ambiente.
5. Emplear muebles y camas altas, que no requieran demasiado esfuerzo en las rodillas para sentarse o para levantarse.
6. Debe ser un ambiente más bien chico, donde le queden cerca al anciano todas las cosas que pudiera necesitar, en un momento determinado.

Orientación hacia la Realidad. Sin estar orientado en tiempo, lugar y persona, no es posible organizar la conducta. La Orientación hacia la Realidad (RO) es un enfoque para manejar a la gente de edad que se encuentra confundida, mismo que tuvo su origen en los Estados unidos durante la década de los

60's. Se trata de diseñar un ambiente que constantemente le recuerde al anciano la información que requiere para mantenerse bien orientado, señales guía en el ambiente, relojes que digan la hora, calendarios, periódicos. Se incorporan situaciones como pintar del mismo color todas las puertas que lleven a un baño, Se pintan líneas de color en el piso para conducirlos a diferentes áreas del edificio. Todos estos cambios mejoran la calidad de vida de las personas de edad.

Principio de normalización. La normalización se refiere al rechazo de los patrones de cuidado que segregan a las personas con alguna desadaptación o limitación física (Woods Y Britton,1985) .

AMBIENTE SOCIAL.

Comunicación Paciente-Personal. El personal de enfermería forma la mayor parte del ambiente social de las personas de edad y estas requieren de ser motivadas para tener confianza en ellos mismos y en sus habilidades, así como para conseguir la máxima independencia posible (Royal College of Nursing,1975). El médico no debe rehuir a los problemas emocionales y circunscribirse sólo a los problemas físicos o biológicos (Maguire,1985) La investigación sugiere un entrenamiento especial para este personal, para manejar la importancia de la naturaleza y estilo de comunicación con sus pacientes, proporcionándoles habilidades de entrevista y consejo clínico, así como para proporcionarles apoyo emocional a su vez.

TRABAJANDO CON INDIVIDUOS PARA AYUDARLES A ENFRENTAR MEJOR SUS CIRCUNSTANCIAS.

PERDIDA Y DESCONSUELO.

Las pérdidas forman buena parte de la vida de las personas de edad.

Muchos pacientes ancianos en un hospital han tenido que dejar su hogar, han perdido su independencia o una parte de su

cuerpo y sin duda han ido dejando atrás muchas cosas en el proceso de ir muriendo. Son requisitos previos fundamentales el entender el proceso del duelo y tener un cierto confort respecto al concepto de la muerte.

Para empezar, la investigación apunta a señalar que el duelo no se experimenta igual en una persona joven que en una persona de edad. Es más profundo el impacto y la desorganización de la conducta en las personas jóvenes, sin embargo desarrollan una variedad de problemas somáticos, con una mayor probabilidad (Parkes, 1985).

INTERACCION ENTRE ENFERMEDAD FISICA Y FUNCIONAMIENTO PSICOLOGICO.

Los trabajadores de los servicios de salud que laboran con personas de edad, tienen contacto con individuos que sufren de algunos tipos de disturbio emocional. La demencia puede atacar a las personas adultas, pero como muchas otras enfermedades, se hace progresivamente más común conforme se avanza en la edad. El manejo correcto se deriva de la identificación del desorden orgánico responsable o de la estimulación ambiental que lo dispara. Los estados confusionales agudos se distinguen generalmente de la demencia por la rapidez de su presentación, pero también ocurren en sobreposición con demencia existente o con otras enfermedades mentales.

Valoración. Se refiere a la construcción de pruebas o tests para la aplicación con esta población específica. Destaca, en este caso, el Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CADMEX) (Roth et al, 1986).

Empleo de estrategias previas de afrontamiento del ambiente. La posibilidad de ajuste de la gente de edad ante las enfermedades físicas o la incapacidad, así como las respuestas psicológicas acompañantes, dependerán no sólo de la naturaleza del problema en particular, sino también en su éxito previo para enfrentar las crisis en su vida anterior.

ENFOQUE CONSTRUCCIONAL.

Recientemente se ha dado un cambio en el rol y la práctica de diversas actividades de custodia, con profesionales que trabajan con personas de edad, incluyendo a los psicólogos. Este cambio consiste en alejarse de la custodia para acercarse a un enfoque más interactivo. Muchas formas de ofrecer cuidados se basan en un enfoque patológico, concentrándose en las dificultades y problemas que tiene una persona (ejem.: la enfermería).

Una alternativa a esto es el enfoque construccional, inventado por el psicólogo norteamericano Israel Goldiamond, en los años 70's. A partir de entonces se ha desarrollado y actualmente es un recurso sofisticado para el análisis y el cambio de la conducta (Flemming et al, 1983). Consiste este enfoque en enfatizar el incremento del repertorio conductual del paciente de edad.

Planteamiento de Metas. El planteamiento de metas con personas de edad (Barrowclough y Flemming, 1985) involucra la valoración del individuo en sus capacidades y necesidades personales, diseñando y ejecutando programas que satisfagan sus necesidades y que permitan la evaluación de su efectividad para lograrlo. Es probable que involucren, por ejemplo, el re-aprendizaje de habilidades perdidas y el incremento de oportunidades para hacer uso de las habilidades conservadas.

Algunas características del planteamiento de metas son:

1. Se involucra al paciente lo más posible.
2. El plan se formula en un claro lenguaje conductual.
3. Se fracciona el planteamiento en una serie de pasos, de manera que cada uno de estos se pueda alcanzar en corto tiempo.
4. Al entrenar al personal se enfatiza el enfoque construccional.

PROBLEMAS DE ACATAMIENTO.

Para muchos adultos mayores, el que acepten y sigan su tratamiento depende de que tan bien se apegue el régimen a sus estilos de vida y metas personales. Cuando hay una marcada diferencia, se puede predecir un alto riesgo de no-acatamiento. Es sabido también que la calidad de la relación médico-paciente afecta estos fenómenos. La adherencia al tratamiento es consistentemente superior, si los pacientes están convencidos de que ellos tuvieron algo que ver al decidir su tratamiento (Schaffer, 1981)

Un dato real nos indica que al incrementar la edad de los pacientes, se incrementa también el uso de medicamentos prescritos o auto-medicados, también se ha visto que las mujeres toman más medicinas que los hombres. (Adamson y Smith, 1978)

La auto-administración de los medicamentos es una forma de lograr un mayor apego al tratamiento en los pacientes de edad. Los esquemas de medicación deben ser lo más simples posibles y deben usarse el menor número de medicamentos que sea posible. Esto puede mantenerse así, aún cuando el paciente sea hospitalizado. Los medicamentos deben ser presentados al paciente explicando su propósito y sus posibles efectos secundarios (Barrowclough y Pegg, 1982).

TERAPIA PSICOLOGICA CON PERSONAS DE EDAD.

Se ha sugerido que cerca del 50% de las personas de edad en una comunidad poseen algún grado de depresión. Los datos de encuestas dicen que los síntomas de ansiedad son más frecuentes en los viejos que en otro grupo de diferente edad, ocurriendo al doble de frecuencia en comparación con el grupo de los adultos jóvenes (Sallis y Lichstein, 1982). Estos autores interpretan el dato atribuyéndolo parcialmente a que la gente grande se observa más a sí misma, que los jóvenes. Esta "vigilancia excesiva" conduce a la tensión psicológica sobre síntomas físicos y reacciones que podrían identificarse como fobia a los síntomas. Adicionalmente, se ha demostrado

que la gente de edad cuando está deprimida, presenta un cuadro donde su sintomatología se recarga más de lado somático que emocional (Hanley y Baikie, 1984).

Se han identificado también ciertos factores que incrementan la efectividad del trabajo psicoterapéutico con pacientes de edad. Principalmente está el uso de una aproximación teórica menos interpretativa y en donde el terapeuta tome un rol más activo que pasivo.

El hacer un resumen o una revisión de toda la vida (biografía) debe promoverse como una terapia psicológica que facilita la evaluación, el entendimiento y la aceptación de la vida de cada uno (Norris, 1986)

Las intervenciones pueden centrarse no sólo en el individuo, sino también, por ejemplo, en el ambiente donde recibe atención y cuidado o en el caso que así sea, se puede usar la terapia familiar (Herr y Weakland, 1979).

NEUROLOGÍA.

Louise Earll

Traducción resumida de: Jaime Ernesto Vargas Mendoza

El propósito de este documento está en hacer un esbozo de la naturaleza de las enfermedades y síntomas neurológicos, proporcionando un breve pero necesario resumen, del desarrollo de aproximaciones psicológicas en el campo. También sirve para argumentar sobre la necesidad de una aplicación más amplia de los modelos psicológicos, con referencia específica a la confrontación de las enfermedades neurológicas crónicas y el ofrecimiento de servicios de salud.

La naturaleza de la enfermedad neurológica y sus síntomas.

LA POBLACION.

Se ha estimado que cada año en los Estados Unidos, una persona de cada 100 tendrá un nuevo desorden neurológico y que la tasa de prevalencia es de 36 personas en cada 10 000, bajo el cuidado de cada Neurólogo (Kurtzke,1982). No hay estimaciones comparables en el Reino Unido, pero, con base en los datos americanos, un distrito sanitario con 250 000 personas tendría una tasa de incidencia de 2 500 y una prevalencia de 9 000.

Epidemiológicamente, el estudio en Gloucestershire (1984) con una población de 50 000 personas, arrojó los siguientes datos.

Rango	Diagnóstico	%
1	Epilepsia (todo tipo)	13.2
2	Migraña / Cefalea tensional	12.5
3	Esclerosis múltiple	3.8
4	Lesión en la cabeza (todas)	3.5
5	Enfermedad de Parkinson	2.6
6	Infarto cerebral	2.6
7	Síntomas sensoriales (todos)	2.2
8	Espondilosis cervical	2.1
9	Ataques isquémicos transitorios	2.0
10	Vértigo (todos)	1.9

ENFERMEDADES Y SINTOMAS NEUROLOGICOS.

Una característica de éste campo está en la importancia que cobran los síntomas del paciente. Esta sintomatología es de lo más variada y su interpretación no es cosa simple. Como han apuntado Mathews y Miller (1972), la descripción del paciente, frecuentemente de sensaciones completamente raras para él, tiene que ser traducida por el neurólogo y explicada en términos de un disturbio fisiológico. La determinación de la patología subyacente es difícil debido a la falta de conocimiento sobre las causas de muchos de los procesos básicos de enfermedad. Tales limitaciones incrementan la importancia de los síntomas, ya que el tratamiento generalmente va dirigido a la remoción de los síntomas perturbadores y no hacia la causa subyacente de la enfermedad.

Aplicación de modelos psicológicos a las enfermedades neurológicas.

Los fenómenos psicológicos en neurología frecuentemente son considerados solo en relación a las categorías nosológicas de las enfermedades y no bajo el auspicio de categorías psicológicas en el discurso. Sin embargo, muchos de los modelos empleados por los pacientes y el personal de salud, son psicológicos y no relativos a la enfermedad. Así que, con frecuencia se asocian los pacientes por experiencias

psicológicas semejantes, a pesar de que sus condiciones orgánicas y sus lesiones o padecimientos, sean diferentes.

LA PERCEPCION Y EL ENTENDIMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA.

Para entender la conducta relacionada con los síntomas hay que considerar el papel que juegan las emociones, las etiquetas del diagnóstico, las expectativas y cómo es que la gente decide que está enferma.

El surgimiento subjetivo de la emoción parece intensificar las sensaciones corporales como el dolor y el malestar y pueden incluso generar una amplia variedad de respuestas psicofisiológicas, que produzcan sensaciones a las que se asocian otras sensaciones de no-enfermedad.

El que a uno de digan que está enfermo, parece aumentar la sintomatología, la gente presta mayor atención a sus sensaciones corporales, para darle sentido a las etiquetas de enfermedad recibidas. Cuando alguien nota signos no esperados o que no le explicaron, hay una búsqueda de información para poder interpretarlos. Esta necesidad de relacionar los síntomas concretos con los conceptos abstractos de enfermedad, produce variabilidad en la forma en que las personas comunican sus problemas (Pennebaker, 1984).

El estar consciente de la enfermedad, en otras palabras, puede aumentar la sensibilidad a los cambios corporales, conduciendo a reportes de enfermedad basados en sensaciones corporales experimentadas en ausencia de enfermedad.

Las secuelas psicológicas y la etiología de las enfermedades neurológicas.

Una de las metas de los primeros estudios psicológicos en el campo, era probar si los pacientes con enfermedades neurológicas presentaban un mayor grado de psicopatología. Sin embargo, como lo comenta Vanderplate (1984) en su revisión de los aspectos psicológicos de la esclerosis múltiple, no existen tipos de personalidad asociados a cada enfermedad.

Los estudios actuales visualizan a la depresión y el estrés como reacciones ante la enfermedad o la incapacidad. La depresión es más probable y más frecuente cuando se trata de padecimientos crónicos, incapacidades permanentes. Por otro lado, es la severidad y no el tipo de dolencia lo que lleva a la asociación entre estrés psicobiológico y enfermedad crónica.

Lidiando con las enfermedades neurológicas crónicas.

El propósito toral de la empresa psicológica, en el momento, está en ayudar a las personas con enfermedades crónicas a enfrentar y lidiar con éxito su ambiente, a pesar de sus limitaciones, de manera que sea maximizada la calidad de su vida, tanto emocional como interpersonal, así como en sus actividades diarias.

En esto, el problema principal reside en cómo medir o evaluar la manera en que uno se enfrenta a su ambiente. Sin embargo, hay suficiente evidencia que demuestra que en las enfermedades crónicas de todo tipo, el disturbio emocional que las acompaña, generalmente es mayor en los primeros estadios de la enfermedad y es cuando se requiere un manejo oportuno basado en estrategias psicológicas complementarias de las intervenciones médicas.

Leventhal y sus colegas han pasado varios años tratando de desarrollar un modelo para predecir y describir cómo es que las personas se enfrentan a los efectos de las enfermedades, extendiendo su modelo para abarcar el tópico de las enfermedades crónicas particularmente (Leventhal y Nerenz, 1986)

El modelo tiene 3 partes básicas :

- 1.- El primer estadio se conforma por la representación (mental) de la enfermedad.
- 2.- El segundo estadio se refiere a la planeación de las actividades y en él queda involucrada la estrategia de afrontamiento, tanto de las limitaciones físicas, como de los efectos emocionales.
- 3.- El tercer estadio incluye la especificación de criterios contra los cuales evaluar los propios esfuerzos en el afrontamiento de nuestras condiciones.