

5
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

"ANSIEDAD, DEPRESION Y AFRONTAMIENTO EN
LA PACIENTE EMBARAZADA CON PRODUCTO
MALFORMADO CON POCAS POSIBILIDADES
DE VIDA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA VERONICA CEREZO CANTU

ASESOR: MTRA. PATRICIA PALACIOS CASTAÑON.



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS A LA VIDA,
QUE ES LA REPRESENTACION PERFECTA DE DIOS,
POR LO AFORTUNADA QUE SOY,
POR VIVIR EN ESTE TIEMPO, LUGAR Y MOMENTO,
PORQUE GRACIAS A ESO
TENGO LA DICHA DE ESTAR CON ESTA QUE ES MI FAMILIA,
POR CONOCER A LA GENTE QUE CONOZCO,
PORQUE LO QUE HE HECHO
ME HA LLEVADO HASTA LO QUE SOY
PORQUE EN MI FORMACION PROFESIONAL
HE CONOCIDO LA FUERZA DE LA VIDA
Y EL IMPACTO DE LA MUERTE
DONDE UN BEBE VIVO Y SANO ES UNA BENDICION
Y MUESTRA DE FE EN EL FUTURO,
Y UN BEBE MUERTO ES INCERTIDUMBRE
Y DOLOR
A ESTAS PACIENTES, PROTAGONISTAS SIN QUERER SERLO,
DEDICO ESTE TRABAJO
ESPERANDO REALMENTE QUE SEA DE UTILIDAD
PARA QUIEN LO TENGA EN SUS MANOS

DEDICADO A QUIENES ME HAN DADO LAS BASES Y
LE HAN DADO SENTIDO A MI VIDA

"A MI FAMILIA"

A TI, QUE CON TUS CUIDADOS,
TU DEDICACION, TU FORTALEZA
Y TU APOYO INCONDICIONAL,
ME SIGUES ENSEÑANDO
EL LADO HERMOSO
DE SER MUJER

TE QUIERO MAMA

QUE MEJOR EJEMPLO
EL QUE TU ME HAS DADO,
DONDE ME DEMUESTRAS DIA CON DIA
QUE CON DEDICACION, TRABAJO,
ESFUERZO Y SACRIFICIO, SE PUEDE
LLEGAR HASTA DONDE UNO QUIERA

TE QUIERO PAPA

A MIS HERMANOS, PORQUE USTEDES
SIEMPRE HAN SIDO Y SON UN APOYO
PARA MI, PORQUE CON USTEDES ME
SIENTO PROTEGIDA, Y PORQUE SON UN
RESPALDO PARA MI EN LO QUE YO
PUEDA NECESITAR
LOS QUIERO TONO, ISRA Y ARTURO

GRACIAS AL INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGIA, SOBRE
TODO AL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGIA, Y AL
DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FETAL POR EL
APOYO PRESTADO A LA
PRESENTA INVESTIGACION

A ROCIO LOPEZ POR EL
TIEMPO Y LA AMISTAD QUE
COMPARTIMOS

GRACIAS

A MEMO, POR SU INSACIABLE
FILOSOFIA Y POR SU
CALIDAD HUMANA

GRACIAS

EL HACER UN RECORRIDO
POR LO QUE HE VIVIDO NO
HA SIDO FACIL, PERO
CONTIGO APRENDI A VER
LAS EXPERIENCIAS COMO
CRECIMIENTO

GRACIAS MANUEL

PORQUE TU ME ENSEÑASTE
QUE EL DIRIGIR UNA TESIS
PUEDE SER UN ARTE,
PORQUE INVOLUCRA
PACIENCIA, ENTUSIASMO,
CREATIVIDAD, Y

CONOCIMIENTO

GRACIAS PATY

A TODAS Y CADA UNA DE
MIS AMIGAS, PORQUE CADA
UNA DEJA EN MI ALGO
IMPORTANTE Y VALIOSO

GRACIAS

**ESPECIALMENTE A TI:
PORQUE TU ME ENSEÑASTE
QUE EL AMOR NO ES
UNA PALABRA ABSTRACTA FORMADA POR CUATRO LETRAS,
SINO ES ALGO QUE SE VIVE DIA CON DIA**

**PORQUE CONTIGO HE APRENDIDO
QUE LA VIDA HAY QUE VIVIRLA
CON DEDICACION, AMOR, PACIENCIA Y SACRIFICIO**

POR TU APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO

POR TODO LO QUE HEMOS COMPARTIDO Y

SOBRE TODO

PORQUE CONTIGO SOY YO MISMA

GRACIAS

TE AMO ALE

JNDJCE

PAGINA

RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I SALUD Y PSICOLOGIA.....	8
1.1. EL CONCEPTO DE SALUD A TRAVES DE LA HISTORIA.....	8
1.2 EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN EL AMBITO DE LA SALUD.....	16
CAPITULO II MATERNIDAD: PROCESO BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL.....	33
CAPITULO III EMBARAZO CON PRODUCTO MALFORMADO:	
ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS.....	44
3.1 DEFECTOS CONGENITOS: EL PUNTO DE VISTA DEL MEDICO.....	47
3.1.1 ETIOLOGIA DE LOS DEFECTOS CONGENITOS.....	49
3.1.1.1 ENFERMEDADES HEREDITARIAS MENDELIANAS.....	50
3.1.1.2 ANOMALIAS CROMOSOMICAS.....	50
3.1.1.3 AGENTES EXOGENOS O FACTORES AMBIENTALES.....	51
3.1.2 OPCIONES DE TRATAMIENTO MEDICO.....	54
3.2 ASPECTOS PSICOLOGICOS EN EL EMBARAZO CON PRODUCTO MALFORMADO.....	59
3.2.1 SINTOMAS EMOCIONALES DE LOS PADRES.....	60
3.2.2 ELABORACION DEL DUELO.....	63
CAPITULO IV ANSIEDAD, DEPRESION Y AFRONTAMIENTO.....	71
4.1 ANSIEDAD.....	73
4.1.1 SINTOMATOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD.....	77
4.2 DEPRESION.....	82
4.2.1 SINTOMATOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA DEPRESION.....	87
4.3 AFRONTAMIENTO.....	91
4.3.1 MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS A LA EMOCION.....	97
4.3.2 MODOS DE AFRONTAMIENTO DIRIGIDOS AL PROBLEMA.....	98

4.3.3 RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO.....	99
CAPITULO V METODOLOGIA.....	107
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	107
- OBJETIVO GENERAL.....	107
- OBJETIVO ESPECIFICO.....	107
- TIPO DE INVESTIGACION.....	107
- HIPOTESIS.....	108
- VARIABLES.....	108
- DISEÑO DE INVESTIGACION.....	110
- SUJETOS.....	111
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	111
MATERIALES.....	111
-ESCENARIO.....	113
- PROCEDIMIENTO.....	113
CAPITULO VI RESULTADOS.....	114
6.1 CONCLUSIONES Y DISCUSION.....	125
6.2 SUGERENCIAS.....	132
6.3 LIMITACIONES.....	133
REFERENCIAS	
ANEXOS.	

"ANSIEDAD, DEPRESION Y AFRONTAMIENTO EN LA PACIENTE EMBARAZADA CON PRODUCTO MALFORMADO CON POCAS POSIBILIDADES DE VIDA".

**AUTOR: MARIA VERONICA CEREZO CANTU.
ASESOR. MTRA. PATRICIA PALACIOS CASTAÑON.**

La presente investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología, y tuvo por objetivo correlacionar la ansiedad, la depresión y el afrontamiento en una muestra conformada por 30 mujeres a las cuales se les dio la noticia de que su bebe presentaba algún tipo de malformación y que probablemente tenía pocas posibilidades de vida. Se utilizaron el Inventario de Autoevaluación de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Automedición de la Depresión (Zung,1965) y el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman,1988) Para el análisis estadístico se utilizó la correlación de Spearman Las correlaciones obtenidas con estas variables muestran, tanto niveles de correlación (.7401 el más alto) como niveles de significancia (.000 a .040) importantes, las cuales al momento de su interpretación se observó que estas pacientes presentan un perfil crónico hacia la ansiedad y a la depresión, con dificultades para integrar lo afectivo y lo cognitivo. Que al no ir solucionando y afrontando las situaciones estresantes de manera objetiva, la Ansiedad-Rasgo aumentará, ya que no extenonzan sentimientos, ni pensamientos; así mismo se encontró que los principales estilos de afrontamiento fueron dirigidos a la emoción. Este estudio da la oportunidad de ver la gran importancia que tienen las variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, en un momento tan particular como es el embarazo con una problemática tan severa como la que tuvieron estas pacientes. Donde el nuevo paradigma, en el campo de la salud juega un papel importante, ya que deja atrás la relación lineal causa-efecto de la enfermedad, dando así lugar a la multicausalidad donde intervienen aspectos psicológicos, fisiológicos, sociales, económicos, etc., que retoman su propio peso dentro del proceso salud enfermedad, tocando indiscutiblemente el estado gravídico de la mujer en sus múltiples funciones (psicológicas, médicas, sociales, etc.), así como las alteraciones que en éste recaen.

INTRODUCCION

*A VECES SENTIMOS QUE LO QUE
HACEMOS ES TAN SOLO UNA GOTTA EN
EL MAR, PERO EL MAR SERIA MENOS
SI LE FALTARA ESA GOTTA
MADRE TERESA DE CALCUTA*

Nuestra sociedad actual en conjunto se encuentra en crisis. Ésta es consecuencia de nuestra tentativa de aplicar los conceptos de una visión anticuada del mundo -la mecanicista visión del mundo de la ciencia newtoniana-cartesiana- a una realidad que ya no puede comprenderse desde su punto de vista. Hoy vivimos en un mundo caracterizado por sus interconexiones a nivel global en el que los fenómenos biológicos, psicológicos sociales y ambientales, son todos reciprocamente interdependientes. Para describir este mundo de manera adecuada, necesitamos una perspectiva ecológica que la concepción cartesiana del mundo no nos puede ofrecer. La explicación de este cambio en el paradigma, lo explican muy bien autores como Dubos (1975), Capra (1985), Ferguson (1985), Soberón et al (1994), entre otros, donde nos explican como la visión cartesiana en las ciencias básicas y sociales, afectan la salud individual y social, y cómo ésta puede mejorar retomando postulados que pensadores antiguos habían considerado (incluyendo al propio Hipócrates) como es la visión integral de todos y cada uno de los componentes de lo que llamamos vida, dándoles a cada uno la importancia que se merecen en el proceso salud-enfermedad.

Si contemplamos en su conjunto todos los esfuerzos y métodos extraacadémicos, observamos, además de una gran receptividad para toda la dimensión de métodos, el afán de considerar al ser humano en su totalidad como ente físico-psíquico. Ya para nadie es un secreto que la medicina académica ha perdido de vista al ser humano. La medicina moderna no falla por falta de posibilidades de actuación, sino por el concepto sobre el que basa su actuación. La medicina falta por su filosofía, o más exactamente, por su falta de filosofía. Hasta ahora la actuación de la medicina responde sólo a criterios de funcionalidad y eficacia: la falta de un fondo le ha valido el calificativo de "inhumana" (Dethlefsen y Dalhke, 1993).

Enfermedad significa la pérdida de una armonía o, también, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado. Ahora bien, la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia. Así también el cuerpo aporta una contribución directa a la psique del individuo, las respuestas comportamentales del hombre y la mujer son diferentes incluso antes de que los padres empiecen a hacer diferencias en cuanto a la forma de tratar a sus hijos de uno u otro sexo, las referencias en características de personalidad comienzan a desarrollarse antes del nacimiento y los padres responden a ellas de forma también diferente. Con respecto a esto Mane Langer (1994) menciona que en la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquia hasta la menopausia se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad. Radha (1991) dice que la psicología siempre ha insistido en la importancia de desarrollar el carácter y la inteligencia en la niñez temprana. Esto siempre ha resultado obvio, pero nada se ha hecho para entrenar a las jóvenes a ser mujeres y madres. En lugar de ello, el desarrollo de la futura madre ha sido dejado al azar, y cuando sus hijos tienen problemas es a ella a quien se culpa. La mujer que se dedica totalmente al marido y a los hijos se enfrentan a algunos problemas. Se siente con menos derechos que sus amigas que trabajan o a su marido, por no ganar dinero y aportar algo a la casa. Siente desperdiciada la formación que recibió. La mujer que está en conflicto consigo misma, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir de distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar de todo a la maternidad. Pero, en algunos casos, el brusco e inesperado cambio de la posición actual de la mujer en nuestra sociedad, es el resultado de un largo proceso en el cual intervinieron muchos factores en interacción. Los logros concretos de la mujer terminan con el prejuicio arraigado de su inferioridad intelectual y emotiva (Langer, 1994).

Se menciona que la resolución de esta ambivalencia y en lo que se refiere a los aspectos corporales de la sexualidad, ambivalencia que es crucial, es una tarea que aparentemente se extiende más allá de los años de adolescencia. La actividad sexual de la mujer refleja el placer que le produce su femineidad, sus actitudes en relación con la

fisiología de reproducción y su nivel general de confianza o de autoestima. Por ello no sorprende que, con pocas excepciones, la vida sexual de la mujer permanezca más inhibida que la del hombre, ni tampoco que la mujer necesite del amor y la confianza para desarrollar una sexualidad. Debido a esto, para que -antes de desarrollar una sexualidad sin ambivalencias- la chica se entregue a la actividad coital sin el sentimiento de ser utilizada, tienen que darse unas circunstancias románticas de amor correspondido, para cuando llegue el momento de la gestación.

Embarazo, parto y nacimiento son partes de un mismo proceso, el proceso de crear una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre. Este proceso tiene aspectos biológicos, psicológicos y sociales estrechamente interrelacionados, y que deben considerarse tanto en la salud como en la enfermedad (Salvatierra, 1989).

Los cambios físicos que experimenta la mujer durante la gestación y las alteraciones en la forma del cuerpo son notables, ya que hay un incremento en el peso y puede calificarse de grotesco; en algunas mujeres esta influencia cognitiva (imagen corporal) puede tener condicionamientos sociológicos favorables o desfavorables. Hay profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta. La gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en el proceso creciente hasta el momento del parto.

Cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, parto y puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento, es decir, para el grupo social, el embarazo es el signo evidente de que la pareja es sexualmente normal y de que la mujer ha alcanzado la madurez física. Las mujeres saben lo que es un embarazo, saben que termina en parto y saben que el resultado es el nacimiento de un nuevo ser. La gestación, como lo indica Salvatierra (1989) plantea tres realidades: 1) la aparición de un nuevo ser, un tercero en la relación hasta entonces diádica entre hombre y mujer; 2) profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal, y 3) un cambio en el papel social.

La mujer enfrenta el hecho de que puede ser portadora de un niño defectuoso y tiene que dar un paso importante para aclarar la situación y, de confirmarse el defecto, debe tomar una decisión todavía peor, como es la de continuar el embarazo o abortar. Los defectos congénitos constituyen un problema sanitario de primer orden con implicaciones médicas, económicas y sociales de gran importancia, por lo que las autoridades sanitarias han puesto en marcha programas de prevención tanto primaria como secundaria (Dexeus y Carrera, 1989). La prevención primaria incluye todas aquellas acciones capaces de evitar que se produzcan anomalías congénitas en el proceso de la reproducción. Hay un cierto número de parejas que presentan un mayor riesgo de tener problemas y formaría parte de esta prevención identificar estos colectivos (portadores de enfermedades hereditarias, con mayor susceptibilidad genética para malformaciones, etc.), orientarlos correctamente (consejo genético) y volcar en ellos las posibilidades del diagnóstico prenatal. Por otra parte, la prevención secundaria pretende tener un diagnóstico intrauterino lo más precozmente posible de los defectos congénitos. En algunos casos, este diagnóstico implicará una acción terapéutica recuperativa (tratamiento intrauterino), una mejor asistencia tanto prenatal como en el momento del parto, o la posibilidad de interrumpir la gestación. En todos los casos mejorará el pronóstico y facilitará a los padres algunas alternativas.

La pérdida de los hijos durante el embarazo produce un efecto pernicioso sobre la imagen que los padres tienen de sí mismos. Debido al fuerte vínculo afectivo inherente al embarazo y a la condición física todavía inseparable entre madre e hijo, existe un fuerte impulso instintivo de proteger y cuidar al hijo en gestación. Cuando el embarazo termina de forma prematura con la muerte del niño, los padres sienten la otra cara de las fuerzas vitales: perciben el aspecto negativo, de relación con la muerte, inherente a la misma naturaleza. Esto puede conducir a una sensación de fracaso personal, de culpabilidad somática, de rechazo del cuerpo, etc. La experiencia del duelo causado por la pérdida de un hijo durante el embarazo y el parto viene configurada por muchos factores. El sexo, la edad y los recursos psicológicos y familiares del superviviente son, sin duda, variables cruciales que determinan sus consecuencias. La evolución del duelo depende también de la experiencia personal del superviviente con la muerte y la forma en que se resolvió en el pasado. Esta experiencia personal no se reduce a las muertes reales de personas queridas, sino que también incluye otras pérdidas o "equivalentes de la

muerte". Los padres coinciden en la importancia que tienen los recuerdos, como por ejemplo las fotos del hijo, los certificados de nacimiento con las huellas de sus piecitos, el ponerle un nombre o celebrar unos funerales o ceremonias recordatorias para él o ella. Sentían que el hecho de poder tener al hijo en brazos, o darle una realidad psicológica por otros medios, les había ayudado (Savage, 1992)

Entre los recursos propios de la mujer para afrontar esta situación debe contarse, como lo describen Lazarus y Folkman (1991), en primer lugar con una adecuada capacidad física: salud y energía, en segundo lugar, los recursos materiales como el dinero, la vivienda, etc., son aspectos externos que también intervienen de manera importante en el desarrollo del embarazo, y en tercer lugar están los recursos propiamente psicológicos, como las creencias positivas, las habilidades sociales, etc., los cuales dependen de factores genéticos y de procesos de aprendizaje. La capacidad de la mujer para adaptarse a esta crisis va a depender de factores tales como si cuenta o no con figuras de apoyo (principalmente la madre), la estabilidad económica, sus rasgos de personalidad, la estabilidad de la relación de pareja, etc.

Por todo esto surgió el interés de realizar la presente investigación, ya que la experiencia clínica que se ha tenido en el ámbito reproductivo, desde una perspectiva psicológica, en el Instituto Nacional de Perinatología, se ha visto que las malformaciones son un problema que hay que abordar de una manera multidisciplinaria, ya que según las estadísticas del mismo, en el año de 1990 el número total de nacidos vivos fue de 6,671, de los cuales 155 tuvieron una muerte fetal intermedia o tardía, hubo un total de 535 abortos, así como un total de 217 muertes neonatales, de las cuales el 14.7% se refirió a malformaciones congénitas, es decir, se presentaron 32 casos, lo cual hace que sea la tercera causa de mortalidad neonatal a nivel Institución (Unidad de Análisis y Estadística, 1990). Por tal motivo, y dadas las características de la población atendida, donde las posibilidades de prevención tanto primarias como secundarias han sido ya sobrepasadas, se recurre a la intervención terciaria, y aunque ésta no es la idónea, pero desafortunadamente sí la más real, ya que el problema del embarazo con producto malformado está presente, el psicólogo puede hacer mucho todavía, porque es en estos momentos cuando los padres necesitan hablar de sus miedos, temores, etc., con respecto al bebé, a ellos mismos y de todo lo que les concierne, ya que modifica de

manera importante los proyectos o expectativas del desarrollo normal del embarazo. Dado que en el país se han realizado pocos estudios acerca de la problemática emocional por la que pasan estas mujeres, se pretendió investigar si existía alguna correlación entre la ansiedad y la depresión en los modos de afrontamiento que utilizaron estas pacientes cuando estuvieron enteradas de que su embarazo presentaba un producto malformado que tenía pocas posibilidades de vida. Esta pregunta de investigación constituyó una primera aproximación hacia un mejor conocimiento de los procesos psicológicos por los que pasan estas mujeres cuando son las principales protagonistas de un problema de salud (tanto físico como psicológico) tan severo como éste, y aunque la muestra utilizada no es representativa de la población femenina en edad reproductiva, sí permitió tener un conocimiento, por medio del análisis estadístico, muy importante, ya que las correlaciones obtenidas nos dejan un campo bastante abierto para seguir estudiando este problema, así como un acercamiento tanto teórico y social para esta problemática, para que así se hagan investigaciones que complementen este trabajo y se den intervenciones psicológicas lo más completas posibles, todo esto tomando en cuenta que la persona que se tiene enfrente es un ser humano que necesita de la ayuda de un profesional, en este caso el psicólogo.

CAPITULO I

SALUD Y PSICOLOGIA

*LA CIENCIA NO SOLO ES COMPATIBLE CON LA
ESPIRITUALIDAD, ES UNA FUENTE PROFUNDA
DE ESPIRITUALIDAD*

CARL SAGAN

Dado que los problemas sanitarios en el mundo y en nuestro país han tratado de irse erradicando poco a poco con la ayuda de la tecnología, que a su vez, aunque sea paradójico, crea más, hay una apertura hacia la intervención de nuevas disciplinas en el campo del proceso salud-enfermedad. Esta apertura, que mejor dicho es "reapertura", de la intervención de otras ciencias para lograr un equilibrio en lo que concierne a la salud, fue dicho desde hace ya varios siglos por el padre de la medicina: Hipócrates, quien manejaba este proceso como un todo, algo holístico, donde cada parte del ser humano ocupa un lugar importante, en donde existe una interrelación para su funcionamiento tanto interno como externo. Y aunque los acontecimientos tanto históricos como científicos cayeron en un reduccionismo en una época determinada, varios autores han tratado de rescatar ideas que permanecieron estancadas y que responden a necesidades actuales. Por lo tanto se hará una breve reseña de como los conceptos concernientes al proceso salud-enfermedad se han ido desarrollando a través de la historia.

1.1 El Concepto de Salud a través de la Historia.

Cada uno de nosotros da a la palabra "vida" el significado que más adecuado le parece. Hay quien la emplea para denominar una propiedad añadida a la materia pero independiente de ella. Para otros, la vida constituye una mera suma de efectos derivados de determinadas disposiciones de la materia, un conjunto de reacciones integradas que se hicieron progresivamente más complejas. Aunque es importante todavía definir la vida como un concepto abstracto es, por otra parte relativamente fácil identificar muchos fenómenos inherentes a la vida como proceso. Llenan el trecho entre el nacimiento y la muerte incontables reacciones al medio que permiten al organismo fortalecerse y sustentarse. Y las respuestas del organismo a los estímulos originados en el medio constituyen las manifestaciones internas y externas de su existencia (Dubos, 1975).

Sea cual fuere el origen de la vida, su mantenimiento exige que los seres vivos desarrollen cierta aptitud en relación con el medio en que se desenvuelven y funcionan.

Mediante los procesos evolutivos, la vida persiste, adaptándose a todos los rincones de la Tierra y cambiando de acuerdo con las modificaciones del medio. Esta maravillosa plasticidad, esta capacidad de los seres vivos de desarrollar estructuras y funciones que les permiten afrontar los problemas planteados por las peculiaridades del lugar, es venero inagotable de portentos (Dubos, 1975)

Sólo el desarrollo de procesos de adaptación social ha permitido a la humanidad alcanzar un éxito biológico tan notable. Es obvio que todos los procesos sociales fueron adicionales a la actividad de los mecanismos adaptativos similares a los que operan en el resto del mundo viviente.

El concepto de salud, como el concepto de vida, no puede ser definido con precisión: de hecho, ambos conceptos van íntimamente vinculados entre sí. El significado de la salud depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste con su entorno, y ha tenido diferentes significados en distintas épocas (Capra, 1985)

La teoría de Dubos (1975) menciona que el hombre ha intentado en cierta medida controlar y aún modificar su propio ser físico y mental. Ya que posee en condiciones normales, mecanismos que les permiten resistir las infecciones, es de suponer que tal resistencia indispensable para sobrevivir es resultante del proceso de adaptación evolutiva. Aparte de los mecanismos genéticos de resistencia, el individuo tiene la capacidad de utilizar reacciones protectoras al entrar en contacto con agentes infecciosos. La realización de algunas modificaciones leves de su medio interno, pueden influir grandemente en la determinación de las aptitudes, el comportamiento, los impulsos y las metas. Así como que, el proceso de la vida implica la interacción y la integración de dos sistemas ecológicos. Por una parte, está el organismo individual, que constituye un conjunto de partes interdependientes -células, fluidos y estructuras tegumentarias-, relacionadas entre sí por medio de una compleja red de mecanismos de equilibrio. Este conjunto intra individual funciona bien cuando su medio interno mantiene una estabilidad relativa entre ciertos límites estrechos peculiares de cada

especie. Por otra parte cada organismo reacciona y compite constantemente con todos los seres vivos inanimados con los que entra en contacto. En condiciones normales el medio externo cambia continuamente y de manera impredecible. Muchas de las modificaciones que ocurren en el medio exterior, pueden tener efectos dañinos, de modo que todo organismo tiene que sufrir cambios adaptativos consecuentes con tales modificaciones para poder sobrevivir y continuar funcionando eficientemente. En la mayor medida posible, debe restaurar sus tejidos dañados y devolver su medio interno a la normalidad. Así, cualquier factor que rompa el equilibrio de cualquiera de los dos sistemas ecológicos -el medio interno y el externo- puede convertirse en riesgo de enfermedad. El proceso de la vida incluye necesariamente todas estas relaciones complejas, por lo que todo fenómeno patológico es resultado de una pluralidad de fuerzas de naturaleza muy variada.

Esta implícito en las enseñanzas hipocráticas que tanto la salud como la enfermedad están regidas por leyes naturales y reflejan la influencia ejercida por el medio y la forma de vida. En consecuencia, la salud depende de un estado de equilibrio entre los diversos factores internos que gobiernan las operaciones del cuerpo y de la mente, este equilibrio, en cambio, sólo es alcanzado cuando el hombre vive en armonía con su medio externo. Sus escritos están permeados del concepto de que toda la vida del paciente está implicada en el proceso de la enfermedad y que la causa se va a encontrar en una concatenación de circunstancias más que en el simple efecto directo de algún agente externo (Dubos, 1975).

"Quien desee aplicar apropiadamente la ciencia de la medicina deberá proceder de la manera siguiente. Primero ha de considerar los efectos que puede producir cada estación del año, porque no todas las estaciones los producen iguales. Ha de considerar las propiedades de las aguas, porque éstas difieren... Además el modo de vida de los habitantes, en cuanto a sus gustos, a su bebida y comida, si son inactivos o industriosos o atléticos, o si comen poco o beben mucho. Sirviéndose de estos hechos ha de examinar los variados problemas a que dan origen." (Gómez de León, 1994. Pág. 83) Este texto fue escrito hace aproximadamente 2400 años. Su referencia es un tratado que lleva por título "Aires, aguas y lugares", y su autoría se atribuye a Hipócrates.

Gómez de Loón (1994) menciona que, en la primera línea, Hipócrates habla de "ciencia de la medicina"; y no sólo eso sino que señala "quien desea aplicar correctamente esta ciencia (gnosis) debe proceder de la siguiente manera" Huelga decir que el concepto de ciencia es predominantemente helénico, y no nos extraña que en ese crisol se desarrollara también una ciencia de la terapéutica, una ciencia de sanar, cuidar y servir. Nos habla también de observar y distinguir las regularidades empíricas como las estaciones y los climas, o bien los hábitos y los estilos de vida de los individuos, sus excesos, asimismo, nos señala la importancia de distinguir lo general o universal de lo particular y específico, y deja claro también "sirviéndose de estos hechos ha de examinar los variados problemas a los que dan origen", como un señalamiento explícito de la necesidad de establecer conexiones causales. O mejor dicho interconexiones.

La salud consiste en la capacidad del cuerpo para transformar y dar sentido a toda información nueva. Si somos flexibles, si somos capaces de adaptarnos a un medio ambiente cambiante -sea un virus o una atmósfera húmeda o polenes primaverales- podemos soportar un nivel de tensión más elevado (Ferguson, 1985).

Este sistema inmunológico es muy poderoso y adaptable en su capacidad de dotar de sentido al entorno, pero como está ligado al cerebro, es vulnerable a las tensiones psicológicas. Las investigaciones han demostrado que estados de tensión mental, como pena o ansiedad, alteran la capacidad del sistema inmunológico. La razón por la que a veces "pescamos" un virus o tenemos una "reacción alérgica", es que nuestro sistema inmunológico está funcionando bajo (Ferguson, 1985).

Durante más de tres siglos, el modelo prevaleciente para la obtención del conocimiento en el mundo occidental fue lo que ampliamente se conoce por ciencia, ese fruto robusto y precoz de gigantes tales como Galileo, Descartes y Newton. Sin embargo, como la mayoría de las rebeliones la revolución científica creó nuevos problemas. Impregnada de éxito, la ciencia se posesionó de terrenos anteriormente gobernados por la filosofía, la metafísica, la teología y las tradiciones culturales. Se buscó aplicar los métodos que tan bien funcionaban en el ámbito material para responder cuestiones acerca de la psique, el espíritu y la sociedad. Se asumió que se podría conocer los secretos del universo y aprender como vivir a través de la

experimentación y la aplicación de la razón. Para lograr esto, se emprendió la tarea de perfeccionar las herramientas objetivas del conocimiento, se inventaron dispositivos y procedimientos que extendían el alcance de los sentidos y hacían más rigurosa la lógica y los cálculos (Goldber, 1991).

La revolución cartesiana fue responsable del cambio más importante en la historia de la medicina occidental. Antes de Descartes, la mayoría de los sanadores se orientaban hacia la interacción entre cuerpo y alma y trataban al paciente dentro del contexto de su entorno social y espiritual. La rigurosa separación que Descartes hizo entre mente y cuerpo llevó a los médicos a concentrarse en la máquina del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad. El propio Descartes, pese a haber sido quien introdujo la distinción entre mente y cuerpo, consideraba la interacción de ambos como un aspecto esencial de la naturaleza humana, y comprendía perfectamente las repercusiones que esto tenía en la medicina.

A finales de siglo era evidente que la aplicación directa del enfoque cartesiano no acarrearía mayores progresos en el campo de la medicina, y en el siglo XVIII surgieron varios contramovimientos, entre ellos la homeopatía que fue el más popular y el de mayor éxito (Capra, 1985).

De la influencia de éste (el paradigma cartesiano) en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes, la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular, la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

El auge de la medicina moderna comenzó en el siglo XIX, época en que se realizaron grandes descubrimientos en el campo de la biología. A comienzos de siglo se conocía toda la estructura del cuerpo humano, hasta en detalles más diminutos. Además, se estaban haciendo rápidos avances en la comprensión de los procesos fisiológicos, principalmente,

gracias a los minuciosos experimentos de Claude Bernard. Por consiguiente, los médicos y los biólogos, fieles al enfoque reduccionista, centraron su atención en las entidades más pequeñas. Esta tendencia tomó dos caminos. El primero fue alentado por Rudolf Virchow, para quien toda la enfermedad suponía una serie de cambios a nivel celular, y por ello establecía la biología celular como base de la medicina. El segundo camino lo abrió Louis Pasteur, creador del estudio de los microorganismos del que desde entonces se han ocupado los investigadores biomédicos. Pasteur demostró claramente la correlación existente entre las bacterias y la enfermedad, y por ello sus teorías tuvieron un impacto decisivo. A lo largo de la historia de la medicina, los médicos habían discutido la cuestión de si la causa de una enfermedad era un único factor o si era resultado de un conjunto de factores que actuaban simultáneamente. En el mismo siglo estos puntos de vista lo representaron Pasteur y Bernard. Este último hacía hincapié en los factores ambientales, externos e internos, y acentuaba la idea de la enfermedad producida por una pérdida del equilibrio interno que suponía, por lo general, la concurrencia de un gran número de factores. Pasteur centraba sus esfuerzos en esclarecer el papel desempeñado por las bacterias en la aparición de una enfermedad, relacionando diferentes enfermedades con determinados microbios. Quienes ganaron la discusión fueron Pasteur y sus seguidores con la teoría de los gérmenes -cada enfermedad era causada por un microbio específico-. El concepto de etiología científica lo formuló el médico Robert Koch, que postuló una serie de criterios requeridos para probar sin lugar a dudas que un microbio determinado causaba una enfermedad específica. La razón más importante fue el hecho de que la doctrina de la causación específica de las enfermedades se adaptaba perfectamente al esquema de la biología del siglo XIX (Capra, 1985).

Muy avanzado ya el siglo XIX, se consideraba que la enfermedad era resultante de la falta de armonía entre el afectado y su medio, de la pérdida del necesario equilibrio entre el yin y el yang, según los chinos, o entre los cuatro humores, según Hipócrates. Louis Pasteur y Robert Koch enfocaron el problema por medio de experimentos de laboratorio en donde demostraron que se podía ocasionar una enfermedad a un animal sano con un solo factor específico, o sea un microorganismo virulento. Hoy se considera que las causas específicas de la enfermedad son los agentes microbianos, la perturbación de los procesos metabólicos fundamentales, las deficiencias hormonales o de los factores del crecimiento y las tensiones fisiológicas. Incuestionablemente, durante poco menos de un siglo la doctrina de la "etiología

específica" ha constituido el elemento más constructivo de la investigación médica. Sin embargo, son muy pocos los casos en que ha podido descifrar enteramente las causas de la enfermedad (Dubos, 1975).

En realidad, la búsqueda de la causa puede ser empeño estéril, pues la mayoría de los estados patológicos son resultado indirecto de toda una serie de factores y no resultado directo de determinantes individuales; es multideterminada, no lineal. Dado que en la iniciación de los procesos patológicos suelen intervenir varios elementos, comúnmente se considera que existen diversas categorías de causas, cada una de ellas de importancia distinta. En los libros de texto se distinguen las causas "iniciadoras", "promotoras" o "inmediatas" de las causas "tributanas", las cuales se limitan a colocar al paciente bajo la influencia del agente iniciador (Dubos, 1975).

La doctrina que René Dubos denominó "etiología específica", sustituyó al vitalismo y naturalismo hipocrático que prevaleció hasta 1850, a partir del siglo XX, el pensamiento científico médico reclamaba una terapéutica específica para cada tipo de mal. En efecto, para 1950 una gran parte de los agentes microbianos de las enfermedades habían sido ya aislados, identificados y aun cultivados, y se crearon condiciones para la producción en gran escala de vacunas con gérmenes muertos, bacterianos o virales (Gómez de León, 1994).

Al equiparar la enfermedad con el efecto de una causa específica, la doctrina de la etiología específica parecía negar la opinión filosófica de la salud como equilibrio, y dejar en el atraso el tradicional arte de la medicina. Sin embargo, los conceptos de la doctrina hipocrática de la armonía están resurgiendo (Dubos, 1975).

La medicina occidental surgió de un gran depósito de conocimientos donde sufrió vanas transformaciones pero mantuvo su enfoque biomédico básico. El error principal del enfoque biomédico radica en confundir el proceso de una enfermedad con el origen de esta. En vez de preguntarse por qué ocurre una enfermedad y tratar de suprimir las condiciones que la originan, los investigadores biomédicos exploran los mecanismos biológicos a través de los cuales funciona la enfermedad, para luego poder interferir en ellos. Los orígenes de la enfermedad suelen encontrarse en vanos factores causales que han de coincidir para

engendrar la enfermedad. Además, sus efectos son diferentes en cada persona, pues dependen de las reacciones emocionales del individuo ante las situaciones cargadas de tensión y ante el medio social en que estas situaciones ocurren (Capra, 1985)

Mientras la visión reduccionista de la enfermedad se constituía en uno de los principios fundamentales de la ciencia médica moderna, los médicos pasaban por alto el hecho de que las ideas de Pasteur sobre las causas de la enfermedad eran mucho más sutiles que las interpretaciones simplistas dadas por sus discípulos. Pasteur conocía perfectamente los efectos de los factores ambientales en el funcionamiento de los organismos vivos, pese a no haber tenido tiempo para investigarlos experimentalmente. Daba por sentado que un cuerpo sano ofrece una impresionante resistencia a muchos tipos de microbios, sabía perfectamente que todo organismo humano actúa como huésped de una gran cantidad de bacterias, e indicó que estas bacterias sólo resultan dañinas cuando el organismo se halla debilitado. Por consiguiente, en su opinión, el buen fin de la terapia suele depender de la capacidad para restituir las condiciones fisiológicas que favorecen la resistencia natural. Este principio ha de estar siempre presente en la mente del médico o del cirujano, porque con frecuencia puede convertirse en uno de los cimientos del arte de la curación. Pasteur fue más lejos aún, cuando sugirió que el ESTADO MENTAL de la persona puede afectar a su resistencia a la infección. "Cuantas veces sucede que la condición del paciente -su debilidad, su actitud mental- no son más que una barrera insuficiente contra la invasión de los infinitamente pequeños" (Capra, 1985 Pág. 142). El fundador de la microbiología tenía una visión de la enfermedad lo suficientemente amplia para intuir varias maneras de abordar la terapia.

Louis Pasteur reconoció en su lecho de muerte que un médico, adversario suyo, tenía razón cuando insistía en que "lo que causa las enfermedades no son tanto los gérmenes cuanto la resistencia del individuo invadido por ellos. Ese es el terreno", concedía (Ferguson, 1985 Pág. 289).

Para una transformación cultural se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones INDIVIDUALES, SOCIALES Y ECOLÓGICAS, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente, una visión integral de la salud. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es "La salud es un

estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males" (Capra,1985. Pág.136). Si bien la definición de la OMS es poco realista, al describir la salud como un estado de completo bienestar y no como un proceso en continuo cambio y evolución, sí sugiere la naturaleza holística de la salud.

Es difícil juzgar la relación entre medicina y salud puesto que la mayoría de las estadísticas sobre la salud utilizan un criterio parcial, definiéndola como la ausencia de enfermedad. Una apreciación significativa tendría que abarcar tanto la salud individual como la salud social, y habría de incluir las enfermedades mentales y las patologías sociales. Una visión tan amplia demostraría que, si bien la medicina ha contribuido a erradicar varias enfermedades, esto no significa necesariamente que haya restituido la salud en la acepción más general del término. Considerando la salud desde un punto de vista holístico, las enfermedades físicas no son, sino manifestaciones de un desequilibrio básico del organismo. Otras manifestaciones pueden tomar la forma de patologías psicológicas y sociales, y cuando los síntomas físicos de una enfermedad se suprimen eficazmente con una intervención médica, el mal puede muy bien manifestarse de otras maneras. Las patologías psicológicas y sociales se han vuelto un gran problema para la sanidad pública. Según varias encuestas, hasta el 25 por ciento de la población tiene suficientes problemas psicológicos para ser considerada gravemente disminuida y necesitada de atención terapéutica (Capra,1985).

1.2 El Papel de la Psicología en el Ámbito de la Salud.

La salud tiene varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la naturaleza humana, sus distintas facetas reflejan todo el sistema social y cultural y nunca se lo puede representar con un solo paradigma, como el índice de mortalidad o el promedio de vida. La esperanza de vida es una estadística útil, pero no basta para medir la salud de la sociedad. Para tener una imagen más exacta hay que prestar más atención a la calidad que a la cantidad. El público está cada vez más descontento con el actual sistema de atención médica: se ha percatado de que sus costos exorbitantes ni han mejorado de manera significativa la salud de las personas, y se queja de que los médicos se ocupan de las enfermedades, pero no se interesan por los pacientes. Al igual que Capra (1985), Dethlefsen y Dalhke (1993) mencionan que vivimos en una época en la que la medicina continuamente ofrece nuevas soluciones, fruto de unas

posibilidades que rayan en lo milagroso. Pero al mismo tiempo, se hacen más audibles las voces de desconfianza hacia esta casi omnipotente medicina moderna, en cuanto a los efectos secundarios, la mutación de los síntomas, falta de humanidad, costos exorbitantes, etc.

El animado debate que se mantiene en el mundo de la medicina, generalmente se discuten los métodos y su funcionamiento y, hasta ahora, se ha hablado muy poco de la teoría o filosofía de la medicina. La medicina moderna no falla por falta de posibilidades de actuación, sino por el concepto sobre el que basa su actuación. Falla por su falta de filosofía, hasta ahora, la actuación de la medicina responde sólo a criterios de funcionalidad y eficacia; la falta de un fondo le ha valido el calificativo de "inhumana". El cuerpo de una persona viva debe su funcionamiento a dos instancias inmateriales que solemos llamar conciencia y vida. La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo. Así que la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra. Por lo tanto, si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma. La medicina académica evita cuidadosamente la interpretación del síntoma, con lo que destierra tanto al síntoma como a la enfermedad (Dethlefsen y Dalhke, 1993)

Según los críticos, muchas prácticas de la medicina actual suelen ocasionar más sufrimiento y más enfermedades de las que curan. Esta situación no cambiará mientras la ciencia médica no relacione el estudio de los aspectos biológicos de la enfermedad con la condición física y psicológica del organismo humano y de su entorno. La distinción cartesiana ha influido de varias maneras en la práctica de la asistencia sanitaria. En primer lugar ha dividido a los profesionales en dos campos que rara vez se comunican. Los médicos se ocupan del tratamiento del cuerpo, mientras que los psiquiatras y los psicólogos se encargan de la curación de la mente. La diferencia entre ambos grupos ha sido un grave obstáculo para la comprensión e investigación de la mayoría de las principales enfermedades, pues ha impedido a los investigadores estudiar el papel causativo del estrés y del estado emocional en el desarrollo de una enfermedad. Sólo en los últimos años los profesionales de la medicina han comenzado a admitir la importancia del estrés en el origen de una gran variedad de

enfermedades, pero siguen prestando muy poca atención al "archiconocido" vínculo entre los estados emocionales y la enfermedad.

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), hacia 1977 definía elocuentemente dicha necesidad. En las dos últimas décadas muchos médicos y profesionales de la salud mental han empezado a descubrir las limitaciones del paradigma cartesiano y la práctica de la medicina alopática occidental. El acento puesto sobre la patología y la enfermedad más que en la prevención, el carácter destructivo de muchos remedios farmacéuticos y quirúrgicos, la excesiva separación entre los problemas físicos y los emocionales, la presuposición de una fundamental asimetría en la relación entre el médico todopoderoso y el paciente sumiso han empujado a doctores e investigadores a buscar respuestas en otras tradiciones y métodos (Capra,1985)

Esta búsqueda ha conducido a muchos de ellos a indagar en tradiciones en las que el cuerpo y la mente son considerados como una unidad, y en las que la labor terapéutica esta orientada a ayudar a los procesos naturales de curación. Algunos han volcado su interés en formas de medicina tradicional -como acupuntura, homeopatía, herboristería, meditación, curación psíquica-; otros, en técnicas nuevas, como imaginación dirigida y biofeedback (Ferguson,1985)

Otro fenómeno casi desconocido es la visión de elementos físicos y psicológicos en el fenómeno del dolor. Para entender el dolor y poder aliviarlo en el proceso de curación, tenemos que verlo dentro de un amplio contexto, teniendo en cuenta la actitud mental del paciente, sus esperanzas, su sistema de creencias, el apoyo emocional de su familia y de sus amigos, y muchos otros factores. La medicina moderna, operando desde un esquema biomédico y parcial, intenta reducir el dolor a una determinada disfunción fisiológica. La mayoría de las veces trata de negar y lo suprime con la ayuda de calmantes.

La medicina se limita a adoptar medidas puramente funcionales que, como tales, no son buenas ni malas sino intervenciones viables en el plano material. En este plano la medicina puede ser buena (Dethlefsen y Dalhke,1993).

El estado psicológico de una persona no sólo es importante en el brote de una enfermedad, sino que también es un punto clave del proceso curativo. La reacción psicológica del paciente con respecto a su médico es un aspecto importante -quizá el más importante- de toda terapia. Tranquilizar al paciente y convencerlo de su reestablecimiento siempre ha sido uno de los objetivos primordiales de los encuentros terapéuticos entre médico y paciente, y los médicos saben perfectamente que esto suele darse intuitivamente y que no tiene nada que ver con alguna habilidad técnica. En palabras del destacado cirujano Leonard Shlain: "Algunos médicos parecen curar a sus pacientes, mientras que otros, pese a sus habilidades, tienen muchísimos problemas para conseguirlo. El arte de curar no es cuantificable" (Capra, 1985 Pág. 158)

El aspecto desafortunado de esta tendencia no es la veneración de la racionalidad o la insistencia en exigir la prueba experimental, sino la desacreditación de la intuición. El avance del cientificismo fue minimizar la influencia del que conoce. Esto protege al conocimiento de la vaguedad de lo subjetivo por medio de un sistema de controles y ajustes (Goldberg, 1991).

El mismo énfasis puesto en la localización y la definición precisa de las patologías fue utilizado en el estudio médico de los trastornos mentales, para el que se acuñó el término "psiquiatría". En vez de tratar de comprender los aspectos psicológicos de las enfermedades de la mente, los psiquiatras centraron sus esfuerzos en encontrar causas orgánicas - infecciones, deficiencias de nutrición, lesiones en cerebro- para todos los trastornos. La "orientación orgánica" de la psiquiatría se benefició del hecho de que, en varias ocasiones, los investigadores lograron identificar los orígenes orgánicos de ciertos trastornos mentales y formularon logrados métodos de tratamiento. Si bien con estos triunfos, logró establecerse firmemente como rama de la medicina sometida al modelo biomédico. En el siglo XIX, el limitado éxito del enfoque biomédico de las enfermedades mentales había inspirado un movimiento alternativo -el enfoque psicológico- que llevó a la creación de la psiquiatría dinámica y de la psicoterapia de Freud, creando un vínculo más estrecho entre la psiquiatría, las ciencias sociales y la filosofía (Capra, 1985).

El esquema conceptual más reciente ideado para inducir todos los diferentes mecanismos por medio de los cuales responde el cuerpo a las "tensiones de la vida", es la

teoría general del síndrome de adaptación. Basándose en Freud, la psiquiatría está formulando su propio problema por el mismo camino. Como las respuestas fisiológicas, las reacciones emocionales a menudo constituyen mecanismos inconscientes (instintivos o adquiridos) por medio de los cuales el organismo intenta defenderse de amenazas reales o simbólicas. En muchos casos, el efecto producido por cualquier estímulo esta condicionado por la historia biológica y social del grupo y por la experiencia pasada de cada individuo. El medio interno está respondiendo constantemente al medio externo, y tanto la historia racial y social como la individual condicionan la forma de respuesta, tanto como lo hace la naturaleza intrínseca del estímulo (Dubos,1975)

En la medicina moderna son los psiquiatras quienes estudian y se ocupan de los problemas psicológicos y de comportamiento. Pese a que los psiquiatras tienen un título y una formación en el campo de la medicina, la comunicación entre ellos y los profesionales de la salud física es escasa. A los mecanismos biomédicos se les considera como la base de la vida y a los fenómenos mentales se les considera como acontecimientos secundarios. En muchos casos, la reacción de los psiquiatras ante esta actitud ha sido una adhesión rigurosa al modelo biomédico y una tentativa de entender las enfermedades mentales enfocándolas como trastornos de los mecanismos físicos situados en el cerebro. Según esta visión, una enfermedad mental es básicamente idéntica a una enfermedad física. La única diferencia estriba en que la primera afecta al cerebro y no a otro órgano del cuerpo, y por consiguiente, se manifiesta a través de síntomas mentales y no de síntomas físicos. En consecuencia, los enfermos mentales suelen recibir atención médica en instituciones donde los psicólogos clínicos, que a menudo tienen un conocimiento mucho más extenso de los fenómenos psicológicos, son simplemente personal auxiliar subordinado a los psiquiatras (Capra,1985).

La división cartesiana ha engendrado los dos tipos diferentes de documentación que hoy existen en el campo de la investigación médica. La documentación psicológica trata extensivamente y aporta pruebas sobre la importancia de los estados emocionales en la enfermedad. Esta documentación es llevada a cabo por psicólogos que utilizan métodos experimentales y se publican en revistas de psicología que rara vez son leídas por los

científicos biomédicos. Por su parte, la documentación médica está firmemente basada en la fisiología y casi nunca se ocupa de los aspectos psicológicos de la enfermedad.

Con una visión tan parcial es imposible que los médicos comprendan los sutiles aspectos psicológicos y espirituales de la enfermedad; esta visión les impide darse cuenta, como ha señalado Dubos, de que "el estar totalmente libre de la enfermedad y de la lucha es prácticamente incompatible con el proceso vital" (Capra, 1985. Pág. 161)

En el proceso de reducir el "estar enfermo" a la enfermedad, la atención de los médicos se ha distanciado de la persona del paciente. Mientras que **EL ESTAR ENFERMO ES UNA CONDICION DE TODA LA PERSONA**, la enfermedad es una alteración de una determinada parte del cuerpo, y en vez de tratar con personas enfermas, los médicos se han concentrado en tratar con las enfermedades de estos pacientes, perdiendo de vista la importante diferencia entre ambos conceptos. Según la visión biomédica, una persona no está enferma y, por consiguiente, no se justifica la asistencia médica, si no presenta las alteraciones estructurales o bioquímicas características de una enfermedad específica. Pero las experiencias clínicas han demostrado repetidas veces que uno puede estar "malo" sin tener ninguna enfermedad. La mitad de las personas que acuden a las consultas médicas lo hacen por quejas que no están ligadas a ningún trastorno fisiológico (Capra, 1985).

Enfermedad y salud son conceptos singulares, por cuanto que se refieren a un estado del ser humano y no a órganos o partes del cuerpo, como parece querer indicar el lenguaje habitual. El cuerpo nunca está enfermo ni sano, ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente. Cuando las distintas funciones corporales se conjugan de un modo determinado se produce un modelo que nos parece armonioso y por ello lo llamamos salud. Si una de las funciones se perturba, "la armonía del conjunto se rompe" y entonces hablamos de enfermedad (Dethlefsen y Dalhke, 1993).

Al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna sufre de perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud a una función mecánica, pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación.

La terapia médica siempre se apoyará en algún tipo de intervención (quirúrgica, farmacéutica, etc.), no obstante podría tratarse con una terapia similar a la que los sabios médicos y curanderos han utilizado durante miles de años: una sutil interferencia en el organismo que lo estimule de cierta manera para que él mismo concluya el proceso curativo. Estas terapias se basan en el profundo respeto por la "autocuración" y ven al paciente como un individuo responsable que puede emprender por sí mismo el proceso de reestablecimiento. Tal actitud es contraria al enfoque biomédico, que delega toda la responsabilidad y toda la autoridad en el médico y en sus herramientas (Capra, 1985)

Según el modelo biomédico, el médico es la única persona que sabe qué es importante para la salud de sus pacientes, y solo él puede hacer algo al respecto, pues todos los conocimientos sobre la salud son racionalistas, científicos y están basados en una observación objetiva de los datos clínicos. Por tanto, los análisis de laboratorio y la medición de parámetros físicos en la sala de reconocimiento se suelen considerar más importantes para la diagnosis que la evaluación del estado emocional, de la historia familiar y de la situación social del paciente. La autoridad del médico y la responsabilidad por la salud del paciente que pesa sobre él lo hacen asumir un papel paternal. Puede convertirse en un padre benévolo o en un padre despótico, pero su posición es indudablemente superior a la del paciente. Y la manera que los médicos tienen de abordar el cuidado del paciente, suele estar limitada por la formación extremadamente parcial que recibieron en la facultad de medicina. Además de conocimientos científicos, la tarea del médico exige sabiduría, compasión, paciencia, capacidad de reconfortar y tranquilizar al paciente, sensibilidad con sus problemas emocionales y la habilidad terapéutica para tratar con los aspectos psicológicos de la enfermedad. Los programas de estudio de la medicina actual no suelen hacer hincapié en estas técnicas y actitudes y presentan la identificación y el tratamiento de una determinada enfermedad como la esencia de la atención médica. Las facultades de medicina fomentan energéticamente un sistema de valores desequilibrado y machista y suprimen todas las cualidades "maternales", intuitivas y sensibles, sustituyéndolas por un enfoque racionalista, agresivo y competitivo. A causa de este desequilibrio, los médicos no creen en la necesidad de discutir enfáticamente los problemas personales del paciente y, a su vez, los pacientes tienden a creer que los médicos son personas frías y distantes y se quejan de que no entienden sus preocupaciones (Capra, 1985).

A la mayoría de los pacientes se les ha condicionado para creer que el médico es el único que sabe la causa de sus enfermedades y que la intervención tecnológica es lo único que los puede curar. La creciente dependencia de la medicina respecto de la alta tecnología ha planteado varios problemas de naturaleza médica y técnica que afectan a una serie de cuestiones sociales, económicas y morales. A causa de esta actitud del público, los médicos progresistas tienen grandes dificultades para cambiar los modelos actuales de la asistencia sanitaria. Varios médicos tratan de explicar sus síntomas a sus pacientes, relacionando la enfermedad con su modo de vida, y que encuentran una y otra vez que al paciente no le convence esta manera de abordar el problema quiere otra cosa, y generalmente no queda satisfecho hasta que no sale del consultorio con una receta en la mano. Muchos médicos se esfuerzan enormemente por cambiar la actitud de la gente ante la salud. Pero para ir más allá de este modelo se tendría que provocar nada menos que una revolución cultural profunda. Esta revolución es necesaria si queremos mejorar -o incluso mantener- nuestra salud. Los defectos de nuestro sistema de asistencia sanitaria -en términos de costos, efectividad y satisfacción de las necesidades humanas- se vuelven cada vez más evidentes y no cabe ninguna duda de que su naturaleza restrictiva deriva del modelo conceptual en el que se basa. Los científicos de la medicina tendrán que comprender que un análisis reduccionista de la máquina del cuerpo no puede proporcionarles un entendimiento completo del problema humano. La investigación biomédica tendrá que integrarse en un sistema de asistencia sanitaria mucho más extenso que conciba las manifestaciones de los males de la humanidad como resultados de una interacción entre mente, cuerpo y entorno y los trate de acuerdo a ello.

La palabra *terapia* quiere decir curar, sanar, tratar las enfermedades. En su sentido griego original, *therapeia* quiere decir en primer término "servir"; *therapeutikós* significa "servicial, que cuida de algo o alguien". En efecto no se puede concebir una inclinación para proteger y cuidar de la salud sin que se acompañe de una vocación de servir (Gómez de León, 1994).

Para adoptar un concepto tan holístico y ecológico de la salud, tanto en la práctica como en la teoría, es necesario cambiar radicalmente los conceptos actuales de la medicina y también reeducar al público. Muchas personas se adhieren testarudamente al modelo

biomédico porque tienen miedo de que sus modos de vida sean examinados y deban enfrentarse con su comportamiento poco sano. En vez de confrontar una situación que a menudo resulta embarazosa y dolorosa, insisten en delegar toda la responsabilidad de su salud en los médicos y los fármacos. Además, como miembros de una sociedad tenemos tendencia a utilizar los diagnósticos médicos para encubrir los problemas sociales (Capra,1985)

A pesar de su bien ganada fama de conservadunismo, la medicina occidental está experimentando una revitalización sorprendente. Pacientes y profesionales están comenzando a buscar el contexto de la enfermedad más allá de los síntomas: en las tensiones, en la sociedad, en la familia, en la dieta alimenticia, los ciclos biológicos, las emociones. Así como el surgimiento de un nuevo electorado con unas líneas definidas provoca una nueva política, así también las nuevas necesidades de los pacientes pueden hacer cambiar el ejercicio de la medicina. Los hospitales, en otro tiempo bastiones de una estéril eficacia, se esfuerzan hoy en día por rodear de un entorno más humano el nacimiento y fallecimiento de las personas, y tratan de flexibilizar más sus reglamentos. Las escuelas de medicina, agarradas en un frío academicismo desde tiempo atrás, están tratando de atraer a estudiantes más creativos y preocupados por la gente. Empujados por una auténtica avalancha de investigaciones sobre la psicología de la enfermedad, quienes en otro tiempo identificaban el ejercicio de la medicina con la separación entre el cuerpo y la mente, intenta hoy recomponer su unidad por todos los medios (Ferguson,1985)

La última cuestión existencial es la muerte y, como todos los problemas filosóficos y existenciales, el tema de la muerte se evita en la medida de lo posible. En nuestra cultura ya no se practica el antiquísimo arte de morir, y los médicos parecen haber olvidado el hecho de que es posible morir sin estar enfermo. Mientras que, en el pasado, una de las funciones más importantes de un buen médico era proporcionar apoyo y cuidado a los moribundos y a sus familias, en la actualidad los médicos y otros profesionales sanitarios no están preparados para ocuparse de los pacientes moribundos y tienen mucha dificultad para enfrentarse con el fenómeno de la muerte y darle un sentido. Para ellos la muerte tiende a ser un fracaso de su técnica (Capra,1985).

El humanismo médico, inmerso en un conjunto de valores y percepciones relativas a los bienes humanos, nutre y se nutre de principios y normas que constituyen el dominio de la ética médica o la bioética, como se le ha denominado recientemente

En los últimos tiempos, la bioética ha adquirido gran interés, quizá como repuesta a la preocupación, cada vez mayor, que ocasionan los cambios debidos al auge de la medicina institucional y a la creciente aplicación de innovaciones tecnológicas en el campo de la salud, situaciones ambas que tienden a despersonalizar la práctica médica, haciendo del paciente un simple expediente clínico. El enfermo es un ser humano que, más allá de estar afectado por alguna noxa patológica, siente, piensa, ama y sufre, el expediente constituye un conjunto de datos que se sistematizan e interpretan cada vez con más precisión y complejidad, gracias a la informática. De ahí que se hable de la deshumanización de la medicina (Soberón, García y Narro, 1994)

El cambio en el paradigma de atención a la salud, y que consiste en el énfasis que se le había dado a la atención médica, individual, de tipo curativo, que repara los daños, se traslada ahora a la salud integral que previene los riesgos, dándole un enfoque poblacional y de carácter preventivo.

Estas transiciones y el vertiginoso ritmo de las innovaciones, además de los diferentes enfoques para contender con el cuidado de la salud, ofrecen nuevas perspectivas dentro del humanismo médico. Ahora no se trata sólo de escudriñar en la relación entre un médico y su paciente; es necesario hurgar en la interacción del médico con la colectividad, de la institución de salud con el enfermo y de los médicos con los gobiernos, y los usuarios de los servicios (Soberón, et al., 1994) El nuevo paradigma de la salud y la medicina supone un ensanchamiento del antiguo, al incorporar los brillantes avances de la tecnología, rehabilitando al mismo tiempo antiguas intuiciones sobre la mente y sobre la relación entre diversos aspectos. El nuevo paradigma, que a continuación se desglosa, consigue explicar muchos fenómenos hasta ahora enigmáticos. Su coherencia y su poder de predicción son superiores a los del antiguo modelo. El adjetivo "holístico" cuando se le emplea con propiedad, indica un enfoque cualitativamente diferente, basado en el respeto a la interacción entre la

mente, el cuerpo y el entorno. Yendo más allá del tratamiento alopático de las enfermedades y los síntomas, pretende corregir la desarmonía subyacente, la causa del problema

El enfoque holístico puede incluir una diversidad de instrumentos y tratamientos diagnósticos, algunos ortodoxos, otros no. He aquí una comparación muy simplificada de ambos enfoques de acuerdo a Ferguson (1985):

CONCEPCIONES DEL ANTIGUO PARADIGMA DE LA MEDICINA.

Tratamiento de los síntomas.

Especializada

Énfasis sobre la eficacia.

Neutralidad emocional del profesional.

El dolor y la enfermedad son totalmente negativos.

Intervención principalmente por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas.

CONCEPCIONES DEL NUEVO PARADIGMA DE LA SALUD.

Además de tratar los síntomas, interés por detectar pautas y causas.

Integrada, preocupada por el paciente en su totalidad.

Énfasis sobre los valores humanos

La actitud del profesional es un factor de curación.

El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente.

Intervención mínima con la "tecnología apropiada", complementada con un arsenal completo de técnicas no invasoras (psicoterapias, dieta, ejercicio)

Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado.

Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto, o como un campo energético dentro de otros.

Enfermedad e incapacidad vista como cosas, como entidades.

Enfermedad o incapacidad vista como procesos

Preocupación por eliminar los síntomas, la enfermedad.

Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una "meta-salud"

El paciente es dependiente.

El paciente es (o debería ser) autónomo

El profesional tiene autoridad

El profesional es un compañero terapéutico.

El cuerpo y la mente están separados; la enfermedad psicosomática es mental, corresponde al psiquiatra

Continuo cuerpo-mente, la enfermedad psicosomática entra en el campo de todos los profesionales de la salud

La mente es un factor secundario en las enfermedades orgánicas.

Las mente es un factor primario o equivalente a los demás en toda enfermedad

El efecto placebo demuestra el poder de la sugestión.

El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación

Confianza principalmente en la información cuantitativa (diagramas, pruebas, datos).

Confianza primariamente en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional, los datos cuantitativos son auxiliares.

La salud holística no puede recetarse. Nace de una actitud de la aceptación de las incertidumbres de la vida, de la voluntad de responsabilizarse de los propios hábitos, de la manera de percibir y manejar las tensiones, de unas relaciones humanas más satisfactorias, de la sensación de tener un objetivo en la vida

Una concepción reciente y radical del sistema inmunológico nos permite comprender la manera como nuestro "médico interior" consigue mantener la salud, o su forma de fracasar en ello. Parece que el cuerpo tiene su propia manera de "conocer" -por medio del sistema inmunológico-, paralela al modo de conocer del cerebro. Este sistema está ligado al cerebro. La "mente" del sistema inmunológico posee una imagen dinámica del propio ser y tiene la tendencia a dotar de sentido a todos los "ruidos" del medio, incluyendo virus y alergógenos. Si rechaza ciertas sustancias o reacciona violentamente contra ellas, no es porque sean extrañas como creía el antiguo paradigma, sino porque no tienen sentido, porque no pueden ser encuadradas en el orden del conjunto (Ferguson, 1985)

El problema de la causalidad tiene una gran importancia, porque tanto la medicina, la psicología y la sociología tratan de averiguar las causas reales y auténticas de los síntomas de la enfermedad. El concepto de la causa solo se mantiene medianamente porque, en un punto determinado, uno deja de preguntar por la causa. Por ejemplo, se puede hallar la causa de una infección en unos determinados gérmenes, lo cual acarrea la pregunta de por qué estos gérmenes han provocado la infección en un caso específico. La causa puede hallarse en una disminución de las defensas del organismo, lo cual, a su vez, plantea el interrogante de cual pudo ser la causa de esta disminución de las defensas. El juego puede prolongarse indefinidamente (Dethlefsen y Dalhke, 1993)

El bienestar nace de una matriz: el cuerpo-mente. Es un reflejo de la armonía somática y psicológica. Como decía un anatomólogo: "El sanador que reside en nuestro interior es la identidad más sabia y complejamente integrada de cuantas existen en el universo" (Ferguson, 1985. Pág. 283). El papel que juega en la curación la alteración de la conciencia puede que sea el descubrimiento más importante de la ciencia médica moderna.

La vida no ha sido fácil para la mayoría de los médicos que se han visto sorprendidos por el cambio de paradigma. Se encuentran entre dos generaciones, ni lo suficientemente jóvenes como para adentrarse con facilidad en las nuevas concepciones, ni lo suficientemente viejos como para poder morir envueltos en el sueño tecnológico, protegidos por su aura de doctores (Ferguson, 1985)

El ideal holístico no es del todo nuevo. En un ensayo titulado "La necesidad de un nuevo modelo médico", publicado en la prestigiosa revista Science, George Engel señalaba que este enfoque ya se había intentado en la escuela médica de John Hopkins antes de 1920. Un médico, Arnold Hutschnecker, hacía una vigorosa defensa de la medicina psicosomática en su libro *The Will to live* (La voluntad de vivir) publicado en 1950. La preocupación del médico por la enfermedad y la preocupación del psicoanalista por la mente requerían una síntesis, pues la verdad no es monopolio de ninguna rama de la medicina. "Ambos puntos de vista tienen que encontrarse y fundirse, y su fusión se dará, más profundamente que en los demás, en los médicos de medicina general" (Ferguson, 1985, Pág. 305). Lo que Hutschnecker no podía prever era la rápida desaparición de los médicos de medicina general. En 1950, casi el noventa por ciento de los que terminaban sus estudios en las escuelas de medicina se dedicaban a ejercer como médicos de cabecera. Hacia 1970 ese número había bajado a menos de 10 por ciento. No sólo mente y cuerpo se habían convertido en un campo de especialización. La especialización era el resultado comprensible, y tal vez inevitable de la confianza depositada por las escuelas de medicina en el Test de Admisión a las Facultades de medicina (MCAT Medical College Admissions Test). Según Harrison Gough, un psicólogo de la Universidad de California en Berkeley que se ha dedicado a estudiar a los estudiantes de medicina desde 1951, este test ha configurado a toda una generación de médicos norteamericanos al haber determinado la selección de estudiantes con un temperamento determinado. EL CALOR HUMANO, LA INTUICION Y LA IMAGINACION son justamente las características con mayores probabilidades de exclusión cuando el interés se centra en los niveles escolares y en las puntuaciones obtenidas en los test. Realmente, las escuelas de medicina estaban cerrando sus puertas a este nuevo paradigma. No había cupo alguno para la creatividad. En una conferencia pronunciada ante profesores y alumnos de la escuela médica de la universidad de California en San Francisco, un interno, Scott May, proclamó la necesidad de respetar y cultivar los aspectos femeninos. Ofreció toda una lista de

ejemplos que testificaban una orientación exageradamente masculina: la presión ejercida por las escuelas medicas sobre los estudiantes hasta el punto de hacerles ignorar el estado de agotamiento de sus propios cuerpos, la "objetivación" del paciente que priva al doctor de la necesidad de comprender sus propios sentimientos, la falta de sentido compasivo, el número de suicidios, de crisis de abatimiento y de abuso de drogas registrado entre los doctores. En un buen número de programas médicos innovadores, los psicólogos tienen tanta importancia como los doctores en medicina. En California se está impartiendo a título experimental un doctorado en salud mental, que consta de una mezcla de cursos de psiquiatría, psicología y asistencia social (Ferguson, 1985)

Las instituciones que nos enseñan cómo usar nuestra mente, así como las organizaciones en las cuales la usamos, son tan propensas al ideal empirico-racional que en ellas raras veces se menciona la intuición, y mucho menos se la alienta o respeta, se nos enseña a emular el modelo idealizado de cientificismo en nuestra manera de pensar, resolver problemas y tomar decisiones. Como resultado de esto, la intuición queda sujeta a vanas formas de censura y represión. Sin embargo, una experiencia intuitiva puede no contener límites claros y es posible que contenga la esencia del conocimiento (Goldberg, 1991)

Todo lo importante ya ha sido descubierto, decía un sabio. Lo único que hace falta es volverlo a descubrir. El interés actual en torno a la curación es una especie de recuerdo colectivo, una vuelta a las antiguas comadronas y a los viejos galenos. En un parto moderno típico, se saca al niño -drogado- de su madre -asimismo drogada-, se le somete a un shock de luces brillantes y ruidos estruendosos, se le envuelve en tiras, se le empaqueta, y se le coloca en una caja de plástico. Su padre puede contemplarlo a través de un cristal, sus hermanos ni eso. Y sin embargo, hoy en día se sabe que entre madre e hijo se crea un "lazo" físico y emocional decisivo, parece que el contacto visual y táctil, la sonrisa y el amamantamiento producen un efecto a largo plazo sobre su mutua relación y el desarrollo posterior del niño. La importancia de esa vinculación ha podido ser cuantificada en numerosos estudios interculturales, que han demostrado la existencia de fuertes correlaciones entre ese lazo y la sensibilidad ulterior de la madre, el cociente intelectual a largo plazo del hijo y la menor incidencia de abuso o descuido por parte de la madre. Parece que existe también una vinculación paterna. En Suecia, los padres a quienes se les permitió estar en contacto con sus

bebés en el hospital, continuaban teniendo con ellos un contacto mucho mayor tres meses más tarde. Otros estudios a largo plazo han demostrado una capacidad social muy superior en los hijos de padres que se ocuparon de ellos y los cuidaron en su primera infancia. Al principio, la profesión médica no prestó el interés al establecimiento de esos lazos. En 1978, la AMA (American Medical Association) hizo público su respaldo a los enfoques obstétricos que toman en consideración la importancia de la vinculación madre-hijo. Obviamente, los hospitales modernos no fueron diseñados pensando en rodear los nacimientos de un entorno familiar, lo que ha dado lugar a una enorme oleada de nacimientos en casa en los últimos años. Al principio, la profesión médica contemplaba con alarma esta tendencia, pero lo que supuso un auténtico shock para ella la constatación de que ello traía consigo un mayor coeficiente de seguridad (Ferguson, 1985).

"En último término, lo que determina la cuestión del derecho a morir, es el concepto que se tiene de vida, no el concepto de la muerte", apunta Hans Jonas, profesor de filosofía en la Nueva Escuela de Investigación Social. "La responsabilidad de la medicina se extiende a la totalidad de la vida. Y su deber es proteger la llama de la vida mientras arde, pero no conservar las ascuas del recodo. Menos aún, consiste en infligir sufrimientos y en acumular indignidades". En muchos Estados cabe hoy en día rechazar la tecnología para retrasar la muerte -tubos, respiración artificial, etc - en nombre del "derecho a morir" (Ferguson, 1985).

Seguramente, el día de mañana los historiadores se asombrarán de la herejía que cometimos en las últimas décadas, al dejar de lado el espíritu, en nuestro esfuerzo por curar el cuerpo. Hoy en día, al recobrar la salud, nos reencontraremos a nosotros mismos.

Este amplio panorama de la acción médica debe ser la referencia para abrir nuevos frentes al humanismo médico y para redefinir los límites de la proyección del saber y actuar sin trastocar valores aceptados.

Este nuevo paradigma indudablemente toca el trabajo del psicólogo, ya que como profesional de la salud mental tiene las mismas responsabilidades que el médico, ya que en el trabajo multidisciplinario, ambos especialistas están encargados de la salud mente-cuerpo del paciente, donde lo más importante es la sanación del paciente por el paciente mismo,

integrando conceptos y técnicas (lo menos invasoras posibles) que sean las más funcionales para cada paciente individual, donde se contextualizan en una sola historia clínica (historia de vida), aspectos médicos y psicológicos, para así darle una atención más completa, ya que la enfermedad psicosomática entra en el campo de todos los profesionales de la salud, incluyendo el trabajo del psicólogo.

Ya que se hizo una revisión teórica en cuanto al antiguo y nuevo enfoque del proceso salud-enfermedad, es la reproducción humana un tema que no podía quedar fuera de esta nueva visión, donde se abre un campo que había sido investigado con una profundidad no lo suficientemente amplia para darle cabida a otras ramas de la ciencia, que permitan tener una aproximación tanto teórica como práctica de este acontecimiento, para entenderlo mejor como un todo integral y poder darle un seguimiento para beneficio de la mujer que lo consulta.

Se hará una descripción breve acerca del papel de la mujer en la sociedad y de los fenómenos tanto biológicos, psicológicos y sociales por los cuales atraviesa la mujer cuando, siendo sexualmente activa, pasa por un proceso como es el de quedar embarazada. Los aspectos que más interesan resaltar es toda esta parte psico-social de la mujer, de la pareja y de su entorno, al vivir un momento de crisis maduracional como la definen varios autores. Esta parte teórica indudablemente es importante ya que el tema de este trabajo gira alrededor de lo que es la maternidad.

CAPITULO II
MATERNIDAD: PROCESO BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL.

*TENER HIJOS NO LO CONVIERTE A UNO EN PADRE,
DEL MISMO MODO EN QUE TENER UN PIANO NO LO
HACE PIANISTA*

MICHAEL LEVINE

Intentar referirse al tema de la mujer es una tarea sumamente difícil, ya que investigar su condición como tal, supone revisar todas las instituciones, mitos, actitudes, prejuicios y tradiciones. También debiera analizarse extensamente el papel de la familia y la función que desempeña el trabajo femenino dentro del hogar y fuera de éste.

El concepto actual del proceso salud-enfermedad pone de manifiesto la multitud de factores que intervienen para mantener o resquebrajar el equilibrio que el individuo tiene con éste, consigo mismo, su ambiente y su sociedad. Clasificados estos factores, se forman tres grupos: lo biológico, psicológico y social. El primero de ellos ha sido clásicamente manejado por el médico con fines de diagnóstico y tratamiento individual. Lo psico-social ha tenido un gran impulso gracias a la intervención de una variedad de profesionales en busca de la explicación multicausal del proceso mencionado. Y la maternidad no iba a ser la excepción.

De acuerdo con las postulaciones primarias, el hombre es diferente de la mujer, es superior, posee más capacidades del pensamiento abstracto, es más fuerte físicamente, la creación le corresponde como así también la iniciativa sexual y la actividad laboral responsable. Es su función "ganarse el pan con el sudor de su frente" y mantener a la débil mujer. Se le está permitido tener relaciones prematrimoniales, puede exhibirse sexualmente y debe "someter" a la mujer en la vida de relación, siendo él quien manda, y en el acto sexual ocupará el plano superior sobre la mujer, casi como en señal de definición de la situación opresor y oprimido. Para la mujer está reservado el papel de la pasividad, espera lo que el hombre decida; es a lo sumo receptiva en la sexualidad, pero jamás activa. Sus funciones primordiales son la atención del hogar y la crianza de los hijos, su educación y el cuidado del marido al que debe seguir fielmente "hasta que la muerte los separe". Para ellas está totalmente vedada toda la posibilidad de vida sexual.

activa antes del matrimonio bajo la pena de ser considerada una mujer de mala vida, estimando el hombre que la virginidad de una mujer es "un tesoro que le pertenece" o quizás una ofrenda destinada al ser amado. En las teorías de algunos sociólogos el rol de la mujer en la sociedad es el de transmisor de cultura mediante la educación de los hijos, que permitirán así la permanencia de las teorías creadas por los hombres. Siendo el padre el ser superior, las leyes le otorgan la patria potestad sobre los hijos y una madre no dispone de ellos sin su autorización (Videla, 1990)

La mujer por muchos siglos no pudo ingresar a profesiones que le permitieran afirmarse como ser productivo, justificadas por los servicios que rinde a la sociedad, recibiendo, en cambio, una remuneración, agente irremplazable de la independencia económica individual. Las tareas domésticas y el servicio sexual no dan lugar a la remuneración. Así la mujer no es nunca económicamente independiente y solo a través de su relación erótica podrá usar su sexo para obtener promesas firmes de regalos. Con las parejas con mayores posibilidades económicas reducen el conflicto, pero sin abolirlo, el marido produce abundantemente, pero retiene todo el poder de decisión. La mujer es su cosa, su vidriera del éxito. No puede entender a veces que la mujer necesita auténticas responsabilidades en un ramo de actividad, diferente a la de su marido. Muchas de ellas podrían contribuir magníficamente al presupuesto familiar, pero el marido de clase media prefiere mantener su "exclusividad socio-profesional". Y en tanto más infantiliza a su mujer y más la aparta del mundo adulto y responsable, más también la desvaloriza como pareja erótica (Videla, 1990)

Freud (1984) es quien más criticado ha sido en sus conceptos antifemeninos, ya que para él lo primordial de lo humano era lo masculino, lo activo, lo creador, y partiendo de esto, trataba de entender a la mujer. Todos los conceptos fueron creados a partir de lo masculino y para lo masculino, llegando a afirmar que para ser mujer solo se necesita de la vagina. Algunas psicoanalistas posteriores (Karen Horney, p. e.), discípulas, pero disidentes, aportaron teorías de mucho valor que fueron revisando estos conceptos.

Según Margaret Mead (1972) el hombre es como la mujer prefiere, y que en realidad ella no ha estado de hecho jamás subordinada a él en mayor proporción que él

a ella. Ha pretendido que las apariencias luzcan más al varón, que se juega así la vida compitiendo, ensayando liderazgos y atendiéndola.

La mujer representa lo fundamental y permanente biológico y cultural, posee la mayor autoridad afectiva, genérica y no individual, como sexo, clase social o como exigente mantenedora de un modo de ser tradicional de nacionalidad o grupo. Porque la mujer instintivamente quiere que sean varones quienes compitan y disputen los primeros lugares para servirla. Ello explicaría la sucesión alternante que los viejos pensadores chinos dieron al Yin y Yang, y que ellos mismos, o los hindúes, simbolizaron para siempre en el juego de ajedrez, en que lo femenino, la dama, es la fuerza mayor (Videla, 1990)

Quijada (1960) acepta que existe una constitucionalidad diferente e inherente para cada sexo, una complementariedad de dos seres que no son opuestos, sino precisamente complementarios, rasgo este que no implica el modelo "opresor-oprimido" ni tampoco "superior-inferior", ya que esto significa partes en oposición, pero jamás en imbricación.

La alternativa real a la sociedad patriarcal o dominante masculina, según Eisler (1992), no es el matriarcado, sino un modelo coparticipativo de organización social, cuyo principio primordial es la conexión en lugar de la jerarquía. En este modelo, la diversidad no se equipara a la inferioridad o la superioridad -empezando con la diferencia más fundamental de nuestra especie, la de varón y hembra-, y se da prioridad operativa a los valores más "femeninos" como el cariño, la no violencia y la compasión.

Durante muchos años en el campo de la psicología nos hemos manejado con el concepto de la "envidia del pene", rebatido por otras escuelas respecto a la envidia del hombre por el útero y su capacidad femenina de albergar al hijo en su vientre. Algunos hombres se enojan mucho cuando escuchan esa frase tan conocida respecto de que "se puede saber quién es la madre pero no quién es el padre". Esto se debe a que es la mujer quien alberga al hijo en su interior y vive por esto en estrecha relación con él durante nueve meses. Hay funciones y actitudes de la mujer que son sin lugar a dudas netamente activas e imposibles de vivenciar por el hombre, como por ejemplo el retener

el hijo en el interior del útero, empujarlo hacia fuera durante el parto, abrazarlo protegiéndolo, capturarlo dentro de su cuerpo, capturar a los espermatozoides, dar el pecho, etc. Todos estos aspectos de la feminidad, aparte de los sexuales, son actitudes activas de la mujer, que permiten el placer de sí misma y la pareja pero también la protección del individuo y la especie (Videla, 1990)

Es sin duda patrimonio femenino el atributo de albergar al hijo, desarrollarlo y dar a luz después, amamantarlo y cobijarlo en sus brazos. Este es el fundamento de muchos autores para sustentar la teoría de la superioridad biológica de la mujer. Todo esto va más allá que la simple envidia del pene descrita por Freud (Videla, 1990)

Resulta evidente que la forma de encarar la sexualidad se ha modificado en los últimos años, como consecuencia de múltiples factores provenientes del campo científico, y los cambios surgidos en el contexto socioeconómico, que enfrentaron a la mujer con el trabajo fuera del hogar. Este último hecho ha determinado la mayor libertad con respecto a la elección de pareja, a la vez que ha producido un ajuste de normas de conducta frente al contacto genital. Pero, paradójicamente, la mujer continúa atrapada en una compleja red de normas y conductas sociales que no se han modificado. Al respecto Mane Langer (1994) describe la dificultad que la sociedad impone a la mujer en el desempeño de sus funciones maternas. Si bien puede desarrollar una vida sexual activa, no puede concebir sino dentro de determinadas normas.

En este contexto, la mujer enfrenta las situaciones cotidianas en medio de múltiples exigencias, confundida por las normas de sus padres que ya no le sirven para su supervivencia actual, sensibilizada por teorías que se contraponen a sus posibilidades maternas y, sin embargo, llega a la maternidad, generalmente, llena de contradicciones y temores, cayendo en una trampa inexorable. Atreverse a eludirla significaría enfrentar la maternidad con sus propias posibilidades y romper con estructuras rígidas e inamovibles en apariencia. Pero resulta evidente que todo eso implicaría una total modificación de las características del ser-mujer en la sociedad actual (Videla, 1990)

El nacimiento, la reproducción y la muerte son eventos trascendentes en la vida del hombre, que la modifican momentáneamente o definitivamente. Según la cultura de

que se trate, los valores que se les asignan son diferentes y aunque la jerarquización cambie, siempre serán los sucesos más importantes (Martínez, 1988).

Todas las culturas conocidas regulan la conducta reproductora dentro de un marco legal y ritual. El curso normal de la gestación conlleva el cumplimiento de unos objetivos que, se pueden dividir en biológicos y psicosociales

Los objetivos biológicos son el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre, lograr un nacido vivo de más de 37 semanas de edad gestacional y de 2500 g o más de peso, que el nacido no presente malformaciones congénitas ni alguna enfermedad, que su estado al nacimiento sea normal, que la embarazada no haya requerido asistencia médica especializada y que el parto haya sido vaginal, espontáneo, con duración menor de 12 horas y bien tolerado por la madre. Los objetivos psicosociales son que la mujer crezca y madure como madre, que acepte el embarazo a nivel intelectual y emocional, que se adapte al papel materno y que la ligazón materno-fetal pueda describirse como una actitud positiva e interactiva (Salvatierra, 1989)

Una de las tantas causas fundamentales por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica. Su instinto maternal exige esta gratificación directa. Pero como el instinto sexual lleva al enamoramiento, y los enamorados satisfacen en su unión, junto con su apetito sexual determinadas situaciones psicológicas, el instinto maternal como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer: porque le permite identificarse con ella. También anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo infantil de regalar un niño a su padre. Desde luego en su deseo de maternidad influyen también causas conscientes o más racionales. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo. Puede desear un hijo por rivalidad con las demás mujeres, o para retener a su marido o por necesidad de status o por cualquier otra causa actual. Pero en el fondo, el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes (Langer, 1994)

Las situaciones en las que se presenta el embarazo es determinante para la actitud que la mujer tenga durante su gestación, parto y puerperio. Algunas de estas situaciones incluyen si el embarazo fue planeado, si se cuenta con una buena relación de pareja, si existe una situación económica suficiente, si se cuenta con figuras de apoyo con las que se pueden compartir temores, angustias, necesidades, etc (Fernandez y Arcelus, 1988). En el análisis de resultados de la muestra obtenida del presente trabajo se retomarán estas situaciones para comparar la teoría con la práctica.

En casi todos los matrimonios está, desde el principio, la idea implícita o explícita de convertirse en un sistema de tres. Las parejas hacen una negociación en cuanto a cuando, cómo y cuántos hijos tener. El nivel de compromiso en la paternidad es mucho mayor que en el matrimonio. El matrimonio puede romperse y la paternidad no. A veces las parejas deciden la paternidad sin pensarlo, con resultados desastrosos. Es difícil de imaginar el compromiso de por vida que genera el simple acto de concepción (Von, 1988).

Según Bradt (1980), aún antes de que nazca el hijo, el medio ambiente que lo va a recibir se puede caracterizar de tres maneras: no hay espacio para él, existe un vacío que debe llenar o existe un espacio adecuado para él. Existen diferentes factores que pueden provocar un medio ambiente donde no hay espacio para el bebé. Por ejemplo en familias de bajos recursos, donde ambos padres trabajan y los hermanitos mayores se encargan de su cuidado, y en familias de clase alta el espacio está ocupado frecuentemente por relaciones sociales y son otras personas quienes se ocupan de su crianza. En el otro extremo está el sobreinvolucramiento de los padres con los hijos, que ocurre cuando los hijos al nacer llenan un vacío o carencia en la vida de los padres, como cuando hay dificultades mentales, cuando hay pérdida o rompimiento con los propios padres, cuando existe elección de dedicarse a la esfera doméstica únicamente, etc.. Estas familias toman al hijo como un reemplazo de logros no realizados. Es necesario que los padres tengan una relación de intimidad adecuada, para que los hijos al nacer reciban un espacio acorde a sus necesidades. Este espacio consiste en relaciones de afecto, cuidado y respeto. Se acepta al hijo como diferente y único. Se le brinda al bebé protección y seguridad, a la vez que se alienta su desarrollo.

Existen aspectos propios del embarazo que van a afectar la evolución emocional de la mujer. Se ha dicho que el embarazo es la realización de uno de los más profundos y poderosos deseos de la mujer, que es una expresión de autorrealización, un acto creativo, que brinda a muchas mujeres la oportunidad de explorar nuevas direcciones en sus vidas

Algunos padres refieren que el embarazo va a ser vivido y experimentado según las formas de pensar de las distintas culturas y las distintas épocas. En las sociedades donde el embarazo es vivido como un proceso difícil, que trae como consecuencia malestares físicos y complicaciones, se favorece y además se espera que la mujer sufra el embarazo, se queje, etc. En otras sociedades en las que el embarazo es vivido como un proceso natural y que es un evento que no involucra peligro, los embarazos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes (Mead, 1961). Sin embargo aunque la actitud de la mujer frente a su femineidad depende hasta cierto punto de la actitud del ambiente que la rodeo en su infancia, intervienen además factores mucho más personales que condicionan su cultura ulterior. Esto nos explica por que en la misma sociedad, y hasta en el mismo reducido círculo familiar, cada mujer desarrolla un caudal de angustia y de trastornos distintos frente al embarazo y al parto (Langer, 1994)

Así mismo, un factor importante es la imagen materna que tenga la embarazada. Y Langer (1994) también menciona que la mujer tiende a identificarse con su madre y sus funciones maternas. Las mujeres cradas en un ambiente en el que la madre describe el embarazo y parto como un evento angustioso y lleno de dolor, tienden a tener embarazos y/o partos difíciles, mientras que las mujeres que disfrutaron su embarazo y dan a luz con facilidad, generalmente han recibido una imagen positiva de sus madres de lo que es el embarazo. Otros factores que afectan la vivencia y evaluación del embarazo son los antecedentes emocionales y la historia de vida de la mujer. Las mujeres que antes del embarazo han presentado inestabilidad emocional, con más facilidad presentarán problemas durante esta etapa, debido a la tensión adicional que trae consigo el embarazo.

Bibring (1972) introdujo el concepto de embarazo como una crisis maduracional. El embarazo revive conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas al embarazo. Si

esta crisis que se presenta es bien aprovechada, se pueden resolver antiguos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico. Menciona que el embarazo produce cambios que son inevitables, una vez que la mujer es madre, ya no puede volver a ser una unidad simple otra vez.

La mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial. Su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre. A menudo la teme porque siente al niño como robado a ella. En otros casos se puede observar la conducta contraria, de gran apego y sometimiento a la madre. Es otra forma de elaborar el mismo problema. Las tendencias favorables y adversas al embarazo entran en conflicto y se manifiestan en el plano psicológico y psicósomático, provocando angustias y trastornos típicos (Langer, 1994).

Durante el embarazo, la mujer comienza a imaginarse a sí misma como una madre que alimenta y cuida a su hijo y es cariñosa con él. A menudo, el hecho de estar embarazada puede acercarla a su propia madre, hacia la cual puede mostrarse ahora más tolerante y recuperar, a través de ella, la conexión con las generaciones de madres anteriores (Savage, 1992).

El proceso por el que tiene que pasar una embarazada es de incorporación y aceptación del feto, diferenciación entre la madre y su feto como individuo y la separación de la madre de su bebé en el parto, para así lograr una aceptación adecuada del hijo. Todo esto puede provocar en la mujer regresiones que son necesarias, ya que éstas le permiten la integración de todo el proceso del embarazo para así lograr superar el reto adulto del maternaje y cuidado del bebé (Fernández y Arcelus, 1988).

Durante el embarazo y parto repite especialmente su relación primitiva con su propia madre. Este hecho ha sido observado a fondo en tratamientos psicoanalíticos. Helene Deutsch (1974) lo interpreta como consecuencia de una doble identificación. La mujer encinta se identifica con el feto, reviviendo su propia vida intrauterina. Además el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su superyo materno, y así su relación ambivalente con la madre es

revivida con su hijo futuro. Se pudo observar, que el feto puede adquirir otras representaciones más para la mujer. La más frecuente es la de algo robado a la madre.

A través de los nueve meses del embarazo, la mujer va pasando por situaciones emocionales distintas y diferentes; estas emociones van a cambiar según el trimestre del embarazo (Colman y Colman, 1971)

Langer (1994) reconoce que una serie de deseos de la mujer quedarían gratificados con la maternidad, afirma que no existe embarazo exento de angustia y conflicto y piensa que es en el parto donde se dan cita todos los temores irracionales que aparecen a lo largo de la gestación y donde habrá la mayor ansiedad, producida por el miedo a la separación

Un embarazo difícil es pues, indicio de conflictos. Pero la ausencia de trastornos en sí no es una prueba de una aceptación gozosa y libre del embarazo. Aquí se presenta el mismo planteo que con respecto a la actitud de la mujer frente a la menstruación. La mujer normal no sufre por su regla, ni se siente inferiorizada por este estado. Pero también la mujer que se viriliza por temor a su femineidad a menudo no se resiente por la menstruación, porque logra ignorarla y la acepta porque cambia sus angustias y sus dudas (Langer, 1994)

Una pareja o una mujer con conflictos puede expresarnos con su cuerpo aquello que no puede verbalizar o exteriorizar a nivel consciente. Si una mujer está biológicamente sana y anatómicamente íntegra para gestar, la aparición de síntomas está expresando un conflicto detrás del cual habrá un sentimiento básico de la mujer o de la pareja frente al hijo, que se llama "ambivalencia". Es decir, aunque instintivamente quiera embarazarse, concebir, gestar y tener un hijo sano, como consecuencia de sus conflictos inconscientes no resueltos puede no querer o no poder llevar adelante un embarazo bueno. Si el conflicto no logra resolverse en una suerte de equilibrio, bien puede llegarse al parto prematuro o al aborto. Los síntomas pueden ser de carácter físico o psicológico (Videla, 1990).

Como se mencionaba al principio de este apartado, nuestra sociedad acepta como prácticamente normales las dificultades del embarazo y del parto. Sin embargo, últimamente un número creciente de investigaciones dentro y fuera del análisis (Mead, 1961; Videla, 1990; Langer, 1994) comprobaron que estas dificultades son la consecuencia de conflictos psicológicos y, por eso, accesibles a medios psicoterapéuticos.

Dunbar y Squier (1946) recomiendan que la mujer embarazada sea atendida no sólo por un médico obstétrico, sino también por un especialista en medicina psicosomática, ya que demuestran la utilidad de este procedimiento con la exposición de material clínico.

De igual manera Videla (1990), propone que un embarazo riesgoso debe ser atendido por un equipo de profesionales, que debe incluir también a quien se ocupe de la situación afectivo-psicológica de la paciente. Una mujer que presenta síntomas patológicos durante su embarazo es un individuo enfermo que requiere atención no sólo corporal, como suele practicarse, sino psicosomática (aunque como ya se vio en el primer capítulo hablar de psicosomático pudiera ser redundante, si da una idea de la importancia de los factores psicológicos en el proceso de la salud-enfermedad).

Hecha la revisión teórica desde el punto de vista de varios autores con respecto a la salud y a la maternidad, ahora a los investigadores interesados en el ámbito reproductivo toca seguir investigando y llevando a cabo los postulados teóricos que marcan el camino que ya han recorrido, para prevenir dificultades en el estado gravídico de la mujer, desde los roles femenino y masculino que se aprenden en la infancia y continúa en la adolescencia, hasta el momento de la concepción y durante el embarazo, con información completa y accesible de las ventajas y desventajas biológicas, psicológicas y sociales que acarrea un paso tan importante que muchas veces es tomado a la ligera, como darle vida a un nuevo ser y, sobre todo, criarlo y educarlo lo mejor posible. Y esto puede ser posible cuando los profesionales de la salud (tanto física como psicológica) den un seguimiento mucho más completo e integral, como se mencionó en el primer capítulo, al proceso salud-enfermedad, donde el papel del psicólogo es importante. O como diría un slogan cubano, que desafortunadamente en

muchos países, incluyendo México, todavía no llega a ser muy claro para poder ser llevado a cabo en beneficio de la economía, la política, y sobre todo para la salud de la población, y en este caso en particular, a la mujer gestante: "Nuestro lema será prevenir la salud y no el curar enfermos" Esto indudablemente está respaldado con hechos, ya que Cuba es el país con menor índice de mortalidad materno-infantil en América

Esto sirve como introducción para el tema que concierne a este trabajo, como es el impacto del diagnóstico prenatal en un embarazo con producto malformado, donde sin duda muchas de las problemáticas psicológicas ya expuestas, tienen un notable aumento dadas las características psicológicas de estas pacientes al recibir la noticia de un problema tan severo como es este, ya que involucra el concepto de salud como tal e indudablemente de los problemas relacionados con la maternidad en todos sus ámbitos.

CAPITULO III

EMBARAZO CON PRODUCTO MALFORMADO: ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS

*PARA MI VIVISTE DURANTE TODO ESE TIEMPO
EN EL CUARTO OSCURO DE MI CLAUSTRO.
Y CUANDO AHORA SIEMPRE EN TI,
PERFECTO EN TU PUEBLO FUERTE,
SE VOY A LLEVAR CONTIGO PARA SIEMPRE.
PUO PNO, SIEMPRE FUISTE PNO
Y LO SIEMPRE SIEMPRE AHORA
LA VIDA Y LA FUERTE SON EL MISMO MISTERIO
LEONARD CLARK*

Dada la importancia a nivel biológico, psicológico y social que tiene la mujer al estar embarazada es necesario resaltar las posibles modificaciones y alteraciones, tanto a nivel orgánico como emocional por el que pasa, cuando el embarazo no cumple con las expectativas esperadas. El propósito fundamental de este capítulo es conocer grosso modo la etiología, la población de riesgo y las opciones de tratamiento, desde la perspectiva médica para un problema sanitario tan severo como es un defecto congénito diagnosticado prenatalmente, así como saber cuáles son los estados emocionales por los que atraviesa la futura madre (inclusive su pareja) cuando saben que su bebé puede ser portador de un defecto congénito, modificando los proyectos de vida para ella misma, su pareja e inclusive a los hijos, si ya los hay. Así también se darán una serie de recomendaciones de intervenciones psicológicas a los profesionistas que se encarguen de ver a esta pacientes. Se abordará esta problemática que todavía se cree que es exclusivamente del área médica, dándole la importancia debida a cada especialista que interviene, en este caso al psicólogo, para darle un seguimiento multidisciplinario donde cada uno de ellos realiza un trabajo para que no se pierda de vista al ser humano como tal, como un todo, que esta pasando por una situación tan especial como es ésta; cuando hay vida dentro de otra.

Hasta hace poco el feto era para el obstetra, un auténtico desconocido. Aparte de estudiar su ubicación dentro del claustro materno y su crecimiento aproximado, el médico era incapaz de obtener cualquier otro tipo de información fetal. Sin embargo, al compás de la introducción de nueva tecnología, se ha producido la adquisición continuada y progresiva de un gran número de conocimientos sobre el feto, que han permitido el diagnóstico prenatal de

la mayoría de sus defectos congénitos. La Organización Mundial de la Salud (1982) definió diagnóstico prenatal como "todas aquellas acciones prenatales que tengan por objeto el diagnóstico de un defecto congénito, entendiéndose por tal toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque puede manifestarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple" (Carrera, 1987 Pág 5)

Dado el carácter esporádico de un número importante de malformaciones, la capacidad de diagnóstico ha sido tradicionalmente muy baja en esta área. El 2 % de los hijos de padres absolutamente sanos son portadores de una malformación aislada o asociada a un síndrome. Sin embargo, en la actualidad, gracias al control ecográfico rutinario de la gestación, con equipos de alta definición, es posible el diagnóstico prenatal de más del 90 % de las malformaciones mayores. Además de identificar y de agrupar a aquellos embarazos que por una razón u otra, se supone tienen un alto riesgo de defectos congénitos. Si bien es fácil establecer un grupo de riesgo en las enfermedades hereditarias de tipo mendeliano (aproximadamente 3 % de las gestantes), es muy difícil hacerlo para el diagnóstico de las malformaciones congénitas, ya que dado su carácter esporádico, el grupo de riesgo lo constituyen el 100 % de las mujeres embarazadas. El riesgo específico, a nivel corporal, puede ser respecto a alteraciones cromosómicas, metabopatías congénitas, enfermedades genéticas recesivas ligadas al cromosoma X, defectos del tubo neural, enfermedades genéticas en general y malformaciones en general (Carrera, 1987). Este riesgo es tomado en cuenta desde el punto de vista biológico, ya que como se vio en el primer capítulo, en la enfermedad los factores psicológicos tienen un gran peso, como se vio interviene la forma de vida, los recursos, la historia, las redes de apoyo, etc. y principalmente la relación de la mujer con su madre. Desafortunadamente en la historia clínica médica no hay un apartado que se refiera a los aspectos psicológicos como factores de riesgo, lo cual posibilitaría al médico tener un mejor conocimiento de la paciente, y no quedarse sólo con los síntomas físicos.

La importancia del diagnóstico prenatal cuyo objetivo final, como dice Milunsky (1975), no es más que asegurar a los padres, con un riesgo mayor o menor de anomalías fetales, que pueden tener de forma selectiva hijos libres de defectos congénitos importantes.

De acuerdo a Martínez-Frías y Salvador (1987) el objetivo de toda investigación sanitaria es la prevención. Un defecto congénito evitado significa un gran alivio no sólo económico, sino social. La actividad preventiva se centra en dos aspectos: prevención primaria y secundaria.

La prevención primaria constituye el conjunto de acciones encaminadas a impedir que se produzca alguna anomalía durante la gestación. Las estrategias para la prevención primaria incluyen evitar durante el embarazo ciertos factores que aumentan el riesgo para desarrollar algún defecto congénito.

Para las patologías producidas por anomalías genéticas y cromosómicas, el asesoramiento de los riesgos de repetición familiar que existan en cada caso es imprescindible para la prevención de estos defectos congénitos.

El desarrollo de programas sanitarios de prevención primaria requiere una infraestructura adecuada basada en los resultados de programas de investigación. La infraestructura más comúnmente aplicada es la creación de registros de datos que permitan análisis de variables que proporcionen claves en la relación causa-efecto. Si estos registros recogen información sobre un amplio espectro de variables, pueden ser reconocidos factores adversos, tanto genéticos como ambientales o variables asociadas (Martínez-Frías y Salvador, 1987). Como ya veíamos, estas variables a registrar se basan en los estilos de vida, en el posible contacto de la embarazada con algún teratógeno, en causas orgánicas y hereditarias, etc., y habrá que tomar en cuenta los estados de ánimo de la mujer para ver la susceptibilidad de que estos factores ambientales actúen para que se produzca un evento infeccioso.

La aplicación de los resultados de estos programas de investigación va a consistir en la difusión directa de estos conocimientos a los profesionales, especialistas médicos, a la mujer embarazada y a la población en general.

La prevención secundaria engloba una serie de actividades encaminadas al diagnóstico precoz, intraútero, de enfermedades o defectos congénitos ya producidos. Esta

antelación en el conocimiento de una anomalía permitirá actuar con ventaja tratando directamente al embrión, preparando mejor su nacimiento o deteniendo la gestación (Martínez-Frías y Salvador, 1987).

Como profesionales, trabajadores de la salud mental, debería preocuparnos más la labor preventiva de los servicios de ginecología y obstetricia, en muchos de los cuales algunos médicos aún consideran inmoral aconsejar anticonceptivos -y si lo hacen-, es de manera poco concisa y no muy clara, y sin mucho interés en los deseos de evitar la concepción o planificar la familia de la mujer o pareja que lo consulta-, mientras que las operaciones de ligadura de trompas o la extracción del útero por una eventración grave, resultan "interesantes intervenciones" de las que participan los jóvenes profesionales, como parte de su "entrenamiento"

3.1 Defectos congénitos: El punto de vista del médico.

Los defectos congénitos constituyen uno de los capítulos más importantes de la patología. Sin embargo, existe una gran confusión terminológica al respecto que está en relación con el origen y expresión de dichos defectos, cuya etiología puede ser hereditaria o no hereditaria. Hay que hacer, primeramente la diferencia entre enfermedades congénitas y malformaciones congénitas, según Egozcue (1987).

Las malformaciones congénitas corresponden a alteraciones morfológicas detectables en el momento del nacimiento, sean o no detectadas.

Las enfermedades congénitas son alteraciones estructurales o funcionales del organismo, son procesos patológicos presentes en el momento del nacimiento, detectables o no, que pueden ir acompañadas de malformaciones congénitas.

Las malformaciones congénitas pueden ser de origen ambiental o hereditario.

Las malformaciones congénitas de origen ambiental se deben a una interferencia temporal del agente causal con el desarrollo del blastocisto (blastopatías), del embrión

(embriopatías) o del feto (fetopatías) cuyo efecto es permanente, aunque pueda ser paliado médica o quirúrgicamente.

Las malformaciones congénitas de origen hereditario se deben a una alteración permanente del material genético que afecta a un proceso estructural o funcional del organismo, cuyos efectos, en algunos casos pueden ser paliados médica o quirúrgicamente, pero no totalmente eliminados. Son heredables.

Las enfermedades congénitas también pueden ser de origen ambiental o hereditario.

Las enfermedades congénitas de origen ambiental se deben a un agente externo cuya acción es temporal, aunque pueda provocar lesiones (no malformaciones) permanentes. No son heredables, pero pueden ser transmisibles.

Las enfermedades congénitas de origen hereditario se deben a una alteración genética cuyo efecto es permanente. Son heredables.

Las malformaciones congénitas afectan por lo menos a 6 % de recién nacidos, vivos o muertos. Esta cifra es baja, ya que tan sólo hace referencia a las malformaciones congénitas que son detectadas, sea a simple vista o en el momento de la autopsia. De ellas el 10 %, es decir, 0,6 % del total son de origen genético.

Sánchez (1988) menciona que las causas de anomalías congénitas en el humano se dividen de la siguiente manera:

- * Transmisión Genética Conocida 20 %
- * Aberración Cromosómica 3-5 %
- * Causas Ambientales:
 - Radiaciones 1 %
 - Infecciones 2-3 %
 - Alteraciones del metabolismo uterino 1-2 %
 - Combinaciones o interacciones ?
- * Desconocidas 65-70 %

Las gestantes, que por una razón u otra, presentan un riesgo mayor al habitual de engendrar un hijo con algún defecto congénito, reciben el nombre de "gestantes de alto riesgo malformativo" (Dexeus y Carrera,1989).

Al identificar a las mujeres, se ha tratado de agruparlas en tres categorías (Sánchez,1988)

Mujeres de bajo riesgo:

- 1) Madre con edad comprendida entre 35 y 39 años
- 2) Padre con edad superior a 50 años
- 3) Óbito previo de causa desconocida.
- 4) Aborto habitual

Mujeres de riesgo medio:

- 1) 40 años o más
- 2) Hijo previo con anomalias cromosómicas

Mujeres de riesgo elevado

- 1) Portadoras de translocaciones e inversiones cromosómicas (progenitores).
- 2) Trastornos recesivos ligados al cromosoma X.
- 3) Portadores de errores innatos del metabolismo.
- 4) Familias de primer grado con defectos del tubo neural.
- 5) Gestación actual con signos indirectos de malformación fetal (crecimiento fetal retardado tipo I, líquido amniótico muy escaso o excesivo, falta de motilidad fetal, etc.) (Dexeus y Carrera,1989).

3.1.1 Etiología de los Defectos Congénitos.

En este apartado se revisará la etiología de estos defectos desde el punto de vista biológico.

3.1.1.1 Enfermedades Hereditarias Mendelianas.

La identificación antes del nacimiento de ciertos padecimientos hereditarios se ha convertido en una realidad en los últimos años gracias al dominio de los procedimientos técnicos novedosos que se utilizan para realizar lo que denominamos diagnóstico prenatal. Se establece el grupo de riesgo de acuerdo con los antecedentes familiares (Dexeus y Carrera, 1989)

En 1 % de todos los embarazos son detectables defectos congénitos cuya causa reside en el defecto de un gen o grupo de genes. Esto significa que entre 10 y 20 % de las anomalias fetales puede tener tal origen. La transmisión hereditaria de estas anomalias genéticas se presentan mediante alguno de los tres tipos conocidos de herencia autosómica dominante, autosómica recesiva y ligada al sexo (Borruto y Carrera, 1987).

3.1.1.2 Anomalías Cromosómicas.

Los genes pueden ser normales individualmente, pero el genoma está alterado. Tal aberración puede originarse antes de la concepción, durante ella o después de ella. Uno de cada 200 recién nacidos presenta alguna alteración de origen cromosómico (0.5 %), lo que significa que 10 % de las malformaciones o anomalías congénitas del recién nacido pueden atribuirse a esta causa (Borruto y Carrera, 1987).

Se establece un grupo de riesgo de acuerdo con la edad (más de 35 años), hijo anterior afectado, o padres portadores de alteraciones cromosómicas. El caso más frecuente es que uno de los padres presente una alteración cromosómica, circunstancia que se constata en el 0.5 % de los embarazos. El ejemplo más corriente es el Síndrome de Down familiar. En este caso, el riesgo de tener un primer hijo con Síndrome de Down depende del tipo de translocación y de cuál sea el progenitor portador, al igual que el riesgo de repetición (Dexeus y Carrera, 1989)

La aberración cromosómica puede afectar tanto a los autosomas como a los gonosomas (Borruto y Carrera, 1987)

Puede decirse que la parejas con alteraciones cromosómicas demostradas o supuestas (abortos de repetición, mongolismo, etc.), así como sus parientes de primer grado, deben ser objeto de un consejo reproductivo y, de quedar gestantes, de un diagnóstico prenatal (Dexeus y Carrera, 1989).

3.1.1.3 Agentes Exógenos o Factores Ambientales.

El genoma es normal, pero el desarrollo embrionario resulta interferido por un factor exógeno o ambiental. Si bien solo en 18-20 % de los casos es posible establecer la acción de una causa exógena en la aparición de un defecto congénito, no es exagerado afirmar que alrededor de 70 % de todas las malformaciones o errores congénitos conocidos tienen entre sus causas o concausas un factor teratogénico de tipo ambiental. En algunos casos (24 % de todas las malformaciones y 12 % de todos los fetos), la causa es estrictamente exógena, pero la mayoría de las veces, es de presumir un origen multifactorial (factores ambientales que actúan sobre una susceptibilidad genética), que al parecer explica el 46 % de la totalidad de las malformaciones y defectos congénitos (Borruto y Carrera, 1987).

Se entiende por factores ambientales todos aquellos factores exógenos no genéticos que pueden influir sobre el feto, bien por un mecanismo de "acción directa", como es el caso de algunas sustancias químicas o agentes microbianos que alcanzan al embrión sin ser modificadas (talidomida, antibióticos, etc.) o mediante una "acción indirecta" a través de la madre (diabetes materna, por ejem.) o del propio equilibrio endocrino fetal (Borruto y Carrera, 1987).

De acuerdo con Cayré, Sánchez, Moreno y De la Cruz (1992), la enfermedad congénita se produce por alteraciones genéticas o por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que actúan en el embrión sobre células en vías de diferenciación, alterando uno o varios de los procesos básicos del desarrollo, como son los movimientos de poblaciones celulares, la diferenciación celular y la multiplicación celular. En este caso, el agente etiológico se llama teratígeno.

La etiología de las malformaciones congénitas producidas por teratógenos ambientales, sólo se puede conocer por la epidemiología, porque existe especificidad de

especie. Su estudio debe cumplir los siguientes requisitos: diagnóstico de la malformación congénita, descartar factores genéticos en los progenitores y precisar la edad del embarazo en que la madre estuvo expuesta al posible teratógeno (Cayré et al., 1992)

Mientras que es difícil luchar contra los defectos determinados genética o cromosómicamente, salvo en el aspecto de evitar la gestación o interrumpirla, en cambio puede efectuarse una auténtica prevención de las malformaciones de origen ambiental (Borruto y Carrera, 1987).

Los principios que rigen la inducción de malformaciones por agentes ambientales han sido definidos por Borruto y Carrera (1987), Dexeus y Carrera (1989) y Cayré et al. (1992), como sigue:

1) La "susceptibilidad" genética es la fuerte predisposición genética de un embrión, a responder frente a un posible teratógeno ambiental, con una malformación congénita y depende de la familia, de la especie y de la raza. Es importante señalar, que esta susceptibilidad, no debe confundirse con las malformaciones congénitas, que se producen espontáneamente y que dependen de alteraciones del genoma del embrión. Por consiguiente, para que haya acción teratogénica, tiene que existir susceptibilidad genética frente al posible teratógeno (Cayré et al., 1992), y va a depender de

a) El estadio del desarrollo en que se encuentre aquel. La susceptibilidad es máxima en la fase precoz de su diferenciación, y disminuye a medida que avanza la formación de los órganos. Una vez que la organogénesis se ha completado, la susceptibilidad es prácticamente nula. El tipo de malformación congénita, depende de la edad del embrión en la que la acción teratogénica actúe, por esto, diferentes teratógenos actuando en una misma edad, producen la misma malformación (Arteaga, De la Cruz, Sánchez y Díaz, 1982). Por el contrario, un mismo teratógeno, actuando en diferentes edades del embrión, produce diferentes malformaciones congénitas (Saxen y Rapola, 1969).

b) Existe una predisposición genética que explica las diferentes reacciones de los componentes de una misma especie ante el agente teratógeno.

2) Los agentes teratogénos no sólo son capaces de inducir malformaciones, sino también de producir la muerte del embrión. Por este mecanismo se explican algunos abortos precoces.

3) El embrión o el feto pueden resultar lesionados, sin que el agente teratogénico haya sido nocivo para el organismo materno (rubéola, por ejem).

En los últimos años, de acuerdo a Martínez-Frías, Salvador, Peque y Adán (1983) la aplicación del análisis epidemiológico al estudio de los defectos congénitos ha proporcionado un sistema de detección de factores teratogénicos, que aunque presenta dificultades metodológicas, está considerado como el método más válido para identificar factores adversos y cuantificar sus riesgos.

Mencionaremos sólo aquellos que se han reconocido como teratogénos humanos de acuerdo a Martínez-Frías y Salvador (1987). Estos factores de riesgo son preguntados a la mujer consultante al momento de que el médico le hace la historia clínica.

FACTORES INTRINSECOS

* Enfermedades maternas infecciosas:

- Rubéola
- Citomegalovirus
- Toxoplasmosis
- Herpe simple
- Sífilis.

* Enfermedades maternas no infecciosas:

- Diabetes mellitus
- Fenilcetonuria
- Hipotiroidismo
- Hiperplasia suprarrenal.

FACTORES EXTRINSECOS

- * Agentes físicos:
 - Radiaciones ionizantes y nucleares
 - Hipertermia.
- * Medicamentos:
 - Talidomida
 - Aminopterinas y antagonistas del ácido fólico
 - Anticonvulsiantes
 - Hormonas sexuales
 - Anticoagulantes: warfarna y dicumarol.
- * Hábitos sociales:
 - Alcohol
 - Tabaco.
- * Sustancias industriales y ocupacionales:
 - Mercurio orgánico
 - Gases anestésicos

El progreso es necesario, pero la sociedad debe estructurar sistemas de vigilancia para detectar los posibles efectos adversos de ese progreso sobre el individuo de manera que pueda tomar las medidas oportunas para controlarlos. De este modo se podrá mantener el bienestar que proporciona a la sociedad el desarrollo, sin disminuir la calidad de vida de los individuos que la componen (Martínez-Frías y Salvador, 1987)

3.1.2 Opciones de Tratamiento Médico.

El espectacular desarrollo que ha alcanzado en los últimos años el diagnóstico prenatal al perfeccionarse los procedimientos bioquímicos y citogenéticos y al irrumpir la ultrasonografía en este campo, ha creado una problemática nueva y delicada: ¿qué debe hacer el obstetra ante el diagnóstico prenatal de un defecto congénito? (Carrera y Mallafre, 1987).

Independientemente de ciertas consideraciones éticas, religiosas y legales, que vanarán de unos medios y unos ámbitos geográficos a otros, el obstetra tendrá que

considerar, antes de informar a los padres y tomar una decisión médica, los siguientes puntos (Carrera y Mallafre, 1987)

1. El grado de seguridad del diagnóstico. ¿Se han efectuado todas las exploraciones necesarias o posibles? ¿Existen otras anomalías asociadas? ¿Existe una anomalía cromosómica?
2. Importancia del defecto descubierto. ¿Es compatible con la vida? ¿Hasta qué punto es capaz de comprometer la calidad futura de vida?
3. Época de gestación: ¿Antes o después de la semana 22?
4. Posibilidades de tratamiento. ¿Es susceptible de corrección quirúrgica neonatal? ¿Cabe tomar alguna medida paliativa o resolutive prenatalmente?

El diagnóstico prenatal de un defecto congénito puede ser fruto de tres líneas diferentes de actuación, según Carrera y Mallafre, (1987):

BUSQUEDA ESPECIFICA

Es el caso de un defecto congénito determinado ante una historia patológica concreta. Por ejemplo: historia familiar de trastornos congénitos, padres portadores de una anomalía cromosómica, hijo anterior mongólico, etc. En este caso es "esperable" un defecto congénito preciso.

BUSQUEDA INESPECIFICA

Es el caso de un defecto congénito indeterminado, ante una historia reproductiva ambigua (historia familiar o personal de pérdidas perinatales, abortos de repetición previos, etc.) o determinadas circunstancias patológicas en la gestación actual (exposición a factores teratógenos, anomalías volumétricas del líquido amniótico, crecimiento fetal retardado, etc.) En todas estas circunstancias, el defecto congénito es "previsible", pero su expresión defectiva puede ser variada en el producto. Aquí habría que tomarse en cuenta las variables

sociales y psicológicas, donde en una entrevista realizada por el psicólogo, se puede percatar de alguna alteración en su dinámica personal, de pareja y familiar

HALLAZGO FORTUITO.

Es el caso de un defecto congénito dismórfico "inesperado" descubierto gracias a la rutina ecográfica. Esta situación, que suele ser más frecuente (Rumack, Johnson y Zunkel, 1981), implica un estudio pormenorizado de las circunstancias que envuelven a la supuesta malformación. En estos casos el perinatólogo, ante la sospecha más o menos fundada del defecto debe poner en marcha las exploraciones complementarias necesarias

Una vez realizadas todas las pruebas necesarias, se estará en condiciones de informar adecuadamente a los padres y de sugerir alternativas a la conducta (Carrera y Mallafre, 1987)

Revisando las posibilidades diagnósticas y terapéuticas actuales, existen cinco tipos de defectos que implican cinco actitudes diferentes, (Carrera y Mallafre, 1987), de acuerdo a las normas propuestas por Harrison, Golbus y Filly (1981), Harrison (1983)

DEFECTOS CONGÉNITOS SUSCEPTIBLES DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE).

Existen tres tipos de defectos congénitos que pueden ser tributarios de un aborto selectivo si se diagnostican antes de la semana 22:

- * Malformaciones anatómicas incompatibles con la vida - anencefalia, agenesia renal, riñones poliquísticos, entre otras. Lo habitual suele ser la interrupción de la gestación antes de la semana 20
- * Malformaciones anatómicas que comprometen gravemente la calidad de vida - espina bífida, meningocele, hidrocefalia, encefalocele, entre otras. En estos casos, la decisión es, desde el punto de vista ético, más delicada, ya que se trata de malformaciones compatibles con la vida, y algunas de ellas susceptibles de corrección quirúrgica. La decisión última correrá a cargo de los padres, los cuales deben ser exhaustivamente informados, no sólo de los posibles déficits del neonato, sino también de las posibilidades de tratamiento y recuperación de éste
- * Defectos congénitos, asociados a anomalías cromosómicas - si la amniocentesis (semana 16) confirma la existencia de una alteración cromosómica comúnmente asociada con

subnormalidad y/o anomalías fetales graves (trisomía 13, trisomía 21, etc) debe informarse a los padres de las implicaciones que dicho diagnóstico supone, y de las posibilidades de recuperación y supervivencia

DEFECTOS CONGENITOS QUE PRECISAN INDUCCIÓN PRETERMINO

Se incluyen aquí un conjunto de defectos congénitos que tienen en común su agravación progresiva a medida que avanza la gestación, y por tanto la posibilidad de una mejoría sustancial en los resultados perinatales mediante la provocación oportuna y selectiva del parto. Dentro de esta patología especial, hay que citar a hidrocefalia obstructiva progresiva, bandas amnióticas, isquemia intestinal, onfalocelo, entre otras

La decisión de inducir el parto se tomará en las siguientes circunstancias: 1) evidencia de que se trata de un defecto progresivo, 2) feto maduro, 3) probabilidad de que el defecto sea corregible extrauterinamente, y 4) seguridad de que la inducción de la dinámica uterina y el parto por vía vaginal no serán peligrosos para el feto

DEFECTOS QUE PRECISAN CESAREA ELECTIVA.

Existen fetos con ciertos defectos congénitos que no deben ser expulsados por vía vaginal, ya sea por el riesgo de distocia (parto problemático) o por desproporción pelvifetal, por la posible lesión de algunos órganos fetales ectópicos o por un sufrimiento fetal crónico. La cesárea será obligada en los casos de hidrocefalia externa importante, gran higroma quístico, entre otras.

DEFECTOS QUE PRECISAN CORRECCION QUIRURGICA NEONATAL DESPUES DE UN PARTO VAGINAL.

La alerta prenatal condicionada por el diagnóstico ecográfico de un determinado defecto corregible quirúrgicamente tras el parto, posibilitará una atención especializada adecuada tras el nacimiento, que sería impensable sin aquel diagnóstico previo. Por ejemplo hernia diafragmática, onfalocelo pequeño, niño multiquístico, entre otras.

DEFECTOS SUSCEPTIBLES DE TRATAMIENTO INTRAUTERINO

Existen dos tipos de defectos diferentes.

1. Estados o situaciones fetales deficitarios que pueden ser mejorados intrauterinamente. Por ejemplo, insuficiente maduración pulmonar, anemia fetal, hipotiroidismo, etc
2. Defectos anatómicos que interfieren en el desarrollo de ciertos órganos, y susceptibles de un tratamiento paliativo in útero. Existen algunos defectos anatómicos que sufren una agravación progresiva durante la gestación, deteriorando la funcionalidad de ciertos órganos. Por ejemplo, la hidrocefalia progresiva, la hidronefrosis progresiva, la hernia diafragmática y la insuficiencia cardíaca progresiva.

Hay que insistir en que los mejores resultados en el manejo perinatal de los defectos congénitos se logran en los hospitales donde se consigue una adecuada coordinación operativa entre todas las unidades y profesionales implicados (Carrera y Mallafre, 1987)

El mayor argumento para resaltar la importancia y necesidad de los esfuerzos tendientes a la prevención de los defectos congénitos es la salud y la calidad de vida de los individuos integrantes de nuestra comunidad. Las ventajas económicas derivadas de la prevención de un defecto congénito no necesitan muchas argumentaciones. Un defecto congénito evitado es siempre rentable (Martínez-Frías y Salvador, 1987)

Hablando específicamente del Instituto Nacional de Perinatología, la clínica de alto riesgo ha recolectado datos que muestran los casos de mayor incidencia en la población que se atiende en este hospital, y de acuerdo a ellos, se puede ver que del 2 al 3 % de nacidos vivos presentan algún tipo de malformación, y en nacidos muertos es del 16 % (Leiss, comunicación personal)

Y aunque estos problemas de salud, tanto en teoría como en la práctica en hospitales, son abordados desde un enfoque puramente médico, donde el nivel primario de prevención muchas veces no llega a cumplir cabalmente los objetivos delimitados como se quisiera y se tienen que hacer intervenciones tanto médicas como psicológicas cuando el problema se ha dado, en este momento a la psicología le corresponde investigar que es lo que pasa en las pacientes cuando pasan por una situación como ésta. Lo ideal sería que tanto en clínicas

como en hospitales de primer a tercer nivel, cuando la mujer, y si es posible la pareja, asistan a programas de planificación familiar, el psicólogo haga un trabajo de prevención para que la maternidad sea lo más "sana" posible, así como investigaciones que den más información de la situación emocional, cognitiva y social de las pacientes. Se mencionarán algunos estudios que se han hecho referentes a la maternidad de alto riesgo en un embarazo con producto malformado, desde la perspectiva psicológica.

3.2 Aspectos Psicológicos en el Embarazo con Producto Malformado.

El embarazo se acompaña con cierta frecuencia, estadísticamente calculable, de complicaciones, que conllevan que el nuevo ser corra el peligro de no llegar a buen término en su desarrollo gestacional y de que el embarazo sea catalogado de alto riesgo (Salvatierra, 1989).

El cálculo de riesgo teórico que tiene una determinada persona para producir tal o cual enfermedad ha permitido, entre otras cosas establecer grupos o población de riesgo. Se trata de colectivas que por razones médico-biológicas tienen característicamente un riesgo superior al habitual y por lo tanto, deberán ser sometidos a un control y vigilancia más estrictos que el resto de la población (Dexeus y Carrera, 1989).

La llegada de un nuevo miembro generalmente es un acontecimiento familiar muy feliz. Las esperanzas son numerosas, ya que todos los padres desean que su bebé sea el más bello y perfecto. Sin embargo todas estas esperanzas se quebrantan abruptamente cuando la madre decide someterse a una técnica de diagnóstico prenatal (ultrasonido, amniocentesis, etc.), ya que el médico tiene la sospecha de que el feto presenta algún defecto o malformación (esto basado en las revisiones rutinarias que se le realizan a la señora, donde el especialista se percata de posibles alteraciones, ya sean fisiológicas, anatómicas, de crecimiento etc. en el transcurso del embarazo), y si algunas de estas técnicas son procedimientos invasivos, como la amniocentesis o la biopsia de corión, supone un cierto grado de estrés y nerviosismo. La palabra diagnóstico prenatal en la mujer embarazada, tiene un doble aspecto por un lado, aumenta el estrés del embarazo, con activación del sistema neuroendocrino e incremento de ansiedad; y por otro, intensifica el apoyo social, cuando lo hay, lo que puede tener un efecto compensador. Sin embargo, el interés del embarazo se

desplaza excesivamente hacia el feto, y la mujer se hace consciente de que su hijo es el protagonista y de que ella es la máxima responsable de su bienestar, y será culpable si no cumple las prescripciones médicas (Salvatierra,1989) Por lo general, antes de la prueba existe una cierta contradicción entre lo que dicta la razón (resolver el problema) y los sentimientos (y, a veces, los principios religiosos y morales)

Cuando se le comunica a la embarazada que el diagnóstico prenatal es indicativo de un defecto congénito, la situación puede tornarse muy tensa y difícil. Los médicos conocen bien el impacto emocional que sufren los padres, especialmente la futura madre

La mujer enfrenta el hecho cierto de que puede ser portadora de un niño defectuoso y tiene que dar un paso importante para aclarar la situación y, de confirmarse el defecto, debe tomar una decisión todavía peor, como es la de continuar el embarazo o abortar (Dexeus y Carrera,1989) Entre los recursos propios de la mujer para afrontar esta situación debe contarse con una evaluación completa, como lo describen Lazarus y Folkman (1991), en primer lugar, con una adecuada capacidad física, salud y energía. Durante el embarazo, el estado de salud previa es importante. La mala salud o minusvalía constitucional acentúa la dependencia de la mujer y la impele a adoptar un "papel de enferma" que es, sin duda, una mala estrategia ante el estrés de la gestación. En segundo lugar, los recursos materiales, como el dinero, la vivienda, etc., son aspectos externos que también intervienen de manera importante en el desarrollo del embarazo. En tercer lugar están los recursos propiamente psicológicos, como las creencias positivas, las habilidades para resolver problemas, las habilidades sociales, la historia familiar, etc., los cuales dependen de factores genéticos y de procesos de aprendizaje.

3.2.1 Síntomas Emocionales en los Padres.

Tras una primera reacción de incredulidad, con una aparente aceptación del problema, lo habitual es que, una vez asimilado intelectualmente el diagnóstico, siga una reacción emocional de ansiedad, acompañada muchas veces de una abierta hostilidad hacia el médico o el cónyuge. Hay un momento, muy humano, en que la madre o la pareja en conjunto, buscan un culpable a su desgracia. Algunas veces el objetivo de esta búsqueda es el propio médico, alguna creencia popular, etc. (Salvatierra,1989).

El fuerte impacto que sufren los padres al recibir la noticia de que su bebé presenta algún tipo de malformación, repercute de manera importante en sus emociones y fantasías, puesto que, como lo cita Matton (1981) "los padres son los primeros que se enfrentan material y psicológicamente a los problemas creados por la malformación, siendo sus primeras reacciones de tristeza, desilusión, negación, culpabilidad, vergüenza, piedad, etc" (pág 4-5). Algunos padres rechazarán consciente o inconscientemente a un niño malformado

Una vez que la experiencia penetra en el nivel emocional, aparece la depresión y el abatimiento (Matton, 1981)

Parte del problema psicológico de la embarazada deriva de que ella tiene la sensación de enfrentarse con algo "irreal", puesto que le es difícil imaginar a su niño malformado. La impresión que alberga a un "monstruo" puede ser angustiante. Por eso, si es posible que la madre vea al niño al nacer, o en dado caso al ser abortado, si la malformación es mayor, se muestra la parte del cuerpo del bebé menos deformada, esto evitara fantasías posteriores. Naturalmente esta opinión choca, con frecuencia, con la opinión de los familiares que considera que esta visión es un acto cruel e inaceptable (Fernandez, 1988)

Las madres, y también los padres, empiezan a tener conocimiento del embarazo, del proceso de unión afectiva con el hijo, por medio de la proyección. En la mente de los padres se empiezan a formar imágenes con apariciones del hijo, al que imaginan con caracteres genéticos suyos. Piensan en un hijo que tenga el pelo del mismo color que el padre, los ojos como los de la madre, etc. En su mayor parte, estas imágenes son idealizaciones y representan niños felices y saludables. De forma similar, los padres que han dado a luz a hijos deformes o con taras físicas sufren una depresión posparto, directamente relacionada con la disonancia cognitiva creada entre la imagen interna de su hijo y la apariencia real de este (Savage, 1992).

Un bebé significa vida dentro de otra vida, un nuevo inicio pleno de esperanza y promesa que se espera, perderlo significa desesperanza, angustia, dolor (Martinez, 1994).

Existe la tendencia a quitar importancia al hecho en si, intentando evitar las reacciones apropiadas. Probablemente la conducta razonable sea dejar que la mujer exprese con libertad su pena, con reacciones abiertas y no inhibidas (Daxeus y Carrera, 1989)

Es importante vaciar el frecuente sentimiento de culpa que tienen estas mujeres, por supuestas omisiones o negligencias. Los padres necesitan oportunidades para hablar de sus situaciones prácticas de estrés, y de sus estados emocionales

A veces en un intento de evitar el sufrimiento ya sea en uno mismo o en otros, bloqueamos el flujo normal de las emociones, obstaculizando que siga su evolución el proceso de duelo. Cuando éste se detiene pueden surgir una serie de síntomas que afectan la realización de las actividades cotidianas (Fernández, 1988)

Bowlby (1983) señala que cuando la culminación del embarazo no es la esperada, ya sea por la muerte del producto, o que éste no se encuentra en condiciones normales, o que muera al nacer, el proceso emocional de los padres y principalmente el de la madre tiende a modificarse, generando una adaptación para superar el proceso de duelo

Cuando se habla de pérdida perinatal se refiere al embarazo que termina en aborto (antes de las 20 semanas de gestación), óbito (después de las 20 semanas de gestación y antes de que llegue a término el embarazo) o muerte neonatal. (Díaz del Castillo, 1984)

A veces se podría considerar que este tipo de pérdidas (tanto en la fantasía como en la realidad) no tienen la importancia suficiente para provocar un proceso de duelo, ya que se podría argumentar que al no haber tenido contacto con el producto, no se creó un lazo afectivo importante o suficiente. También se podría pensar que en la mayoría de los casos existe la posibilidad de un nuevo embarazo, por lo que la pérdida no es tan definitiva. Aun cuando esto pueda suceder, la pérdida perinatal es vivida por la pareja como una pérdida significativa que requiere de un proceso de duelo para poder ser elaborada (Fernández, 1988).

3.2.1 Elaboración del Duelo.

Durante los últimos años se ha prestado cada vez más atención al duelo de los padres cuyos hijos mueren durante el parto o días después. A pesar de que el vínculo entre los padres y el hijo es reciente, los patrones generales de respuesta difieren muy poco de los que se observan en personas que enviudan. Dentro de estos son comunes el embotamiento, seguido por aflicción generalizada, anhelo, cólera, con la depresión e irritabilidad consiguientes; la obsesión por la imagen del bebé muerto y los sueños en que este aparece (Bowly, 1983)

Al respecto Freud (1986) afirma que la reacción de duelo es normal y esperada ante una pérdida, debido a la energía psíquica que se encontraba depositada en el objeto perdido, se ve sin rumbo y por tanto, surge la necesidad de reorientar esa energía

Teóricamente se ha dividido esta reacción de duelo en 4 etapas que son las que mejor describen los fenómenos que ocurren. Es necesario aclarar que se trata de un proceso dinámico, cuyas etapas no están claramente delimitadas, sino que por el contrario es frecuente encontrarlas sobrepuestas a lo largo del tiempo que dure este proceso. Se mencionarán de acuerdo a la división hecha por Fernández (1988)

Primera etapa. Impacto y Negación. Se caracteriza por una reacción de sorpresa que lleva aparejadas crisis de risa o llanto, desorganización psicomotora, bloqueo afectivo y una actitud de incredulidad y desconcierto. Es frecuente observar que la persona se encuentra disociada ideoafectivamente y que su conducta resulta ser un tanto errática, incongruente e incoherente.

Segunda etapa. Ira. Se observan sentimientos de enojo y condena, que se canalizan hacia la persona perdida, hacia aquéllas que rodearon el suceso (esposo, madre, médico, etc.), y hacia las instituciones o los símbolos religiosos, etc. Se presentan una serie de emociones encontradas que finalmente al organizarse se orientan hacia sí mismo en una búsqueda para encontrar una explicación a la pérdida.

Tercera etapa. Depresión. Se observa un incremento de sentimientos devaluatorios, de autoculpación, de llanto, trastornos en el ciclo sueño-vigilia, dificultades de atención, concentración y memoria, el talante deprimido, el alio descuidado, anorexia, quejas somáticas múltiples, etc., dando por resultado un cuadro depresivo que va a favorecer la real aceptación de la pérdida.

Cuarta etapa. Resolución y Alivio. Emerge como consecuencia de la aceptación de la pérdida, circunstancia que permite incorporarla en forma simbólica. Es decir, se asume el hecho doloroso como un recuerdo, sin que por ello se vea limitado el funcionamiento normal de la persona.

La duración de este proceso es variable, sin embargo, en la experiencia y las publicaciones sobre el tema (Giles, 1970, Rowe, Clyman, Green, Mikkelsen, Haight y Alaide, 1987), se puede decir que alrededor de los seis meses la mayor parte de las personas han logrado ya su recuperación. En caso de no ocurrir, es probable que se haya dado un estancamiento en alguna de las tres primeras etapas por diferentes razones, algunas pudieran ser características de personalidad y su historia de vida, o un medio ambiente que obstaculice la evolución normal del proceso de duelo.

Es importante mencionar las situaciones específicas en que se presenta la pérdida. En el caso del aborto, generalmente durante el primer trimestre del embarazo, las mujeres se sienten ambivalentes con respecto a éste, por ello cuando se presenta un aborto se sienten culpables y pueden sentir que ellas ocasionaron la pérdida por no cuidarse lo suficiente (Stack, 1984).

Debido a que en el aborto rara vez se ve al producto, no hay una imagen clara del ser perdido, solamente se puede fantasear sobre cómo hubiera sido, su sexo, su personalidad, etc. Tampoco existe la posibilidad de que haya un funeral que pudiera ayudar a dar una imagen más tangible del producto. Generalmente el personal tratante, familiares y amigos, intentando ayudar a la mujer, tienden a negar que ha sucedido un evento significativo, minimizando las emociones y dando racionalizaciones como: "pronto te vuelves a embarazar

y todo esto no va a tener ninguna importancia". Rara vez favorecen el llanto y la expresión de pensamientos y sentimientos (Stack, 1984, Leppert y Pahika, 1984)

En el caso de los obitos existen dos posibilidades 1) que se sepa que el producto murió desde tiempo antes de que se desencadenara el trabajo de parto y 2) que se tenga conocimiento del óbito durante el trabajo de parto o al nacimiento

Aunque en el primer caso se pudiera pensar que la paciente se encuentra anticipando el duelo, no sucede así, ya que generalmente persiste la esperanza de que el médico se haya equivocado y que el bebé siga vivo o pueda ser reanimado. La terminación del embarazo generalmente es de expectativa del nacimiento de un niño vivo, tanto para la paciente, esposo, familiares y médicos y en vez de esto, el momento de alegría y vida se torna en muerte. El deseo de tocar, abrazar, besar a su bebé no se cumple, ya que en lugar de un hijo vivo, hay un producto muerto que generalmente se oculta a los padres. Los padres que no tienen la oportunidad de ver a su hijo, generalmente tienen mayor dificultad para elaborar el duelo porque no existen imágenes ni recuerdos reales que lo favorezcan (Bourne y Lewis, 1984, Kirtley-Best y Kellner, 1982).

Los actos de tener en brazos al niño, observarlo, ponerle un nombre y enterrarlo ceremoniosamente son expresiones arquetípicas de la unión y el vínculo paternos. El poder realizar estos actos atribuye al hijo un alma, una identidad y, como tal ayuda al superviviente a comprender la pérdida y facilita el duelo. Contrariamente a la opinión general, tener al hijo muerto en brazos no es algo que sea demasiado doloroso de soportar emocionalmente. Al contrario, el comportamiento más corriente de los padres es el de observar al hijo de cerca y con detalle, tratando de encontrar los parecidos con la familia. Este proceso permite a los padres reconocer a su hijo como objeto tangible de su amor, para después separarse de él. Si esto no sucede, el hijo muerto ejerce una influencia fantasmal en los supervivientes. Los padres, especialmente la madre, buscan desesperadamente imágenes de cómo debía haber sido el niño. A menudo se le compara con otros bebés que tengan aproximadamente la misma edad, en busca de similitudes. Negar esta necesidad psicológica de encarnar al hijo en una imagen sólo hace que las madres caigan en un estado de inadaptación de fantasías y deseos

de realización En general, el proceso natural del duelo, se complica si estos vínculos no se pueden expresar abiertamente (Savage 1992)

La madre tiene que enfrentar este problema empleando los recursos con los que cuenta (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fé en Dios), las creencias generables sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales. La capacidad de la mujer para adaptarse a esta crisis va a depender de factores tales como si cuenta o no con figuras de apoyo, la estabilidad económica, sus rasgos de personalidad, la estabilidad de la relación de pareja, etc. El afrontamiento también viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles. Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que prescriben ciertas formas de conducta, y los déficits psicológicos. Los altos grados de amenaza también pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento en forma efectiva (Lazarus y Folkman, 1991)

Cuando los padres saben que su bebé puede ser portador de un defecto congénito, su situación puede tornarse muy tensa y difícil, el impacto emocional que sufren éstos pone a prueba su amor y calidad humana, así como el tacto, la experiencia, el profesionalismo y la calidad humana de muchos médicos para ir reduciendo su inicial hostilidad y el acompañarlos en su dolor y pesar (Matton, 1981) Los médicos están acostumbrados a ver malformaciones y por lo general no muestran reacciones desfavorables visibles ante estos casos. Sin embargo, la mayoría no han sido adiestrados para hacer frente a las dificultades emocionales de estas pacientes (Maldonado, Gonzalez, Cárdenas, Saucedo y Jasso, 1993) Un ambiente hospitalario tranquilo, acogedor y bien ordenado juega un papel importante en la manera como la paciente supere su estrés. Los padres necesitan oportunidades de hablar de su situación de estrés y de su estado emocional por lo que se requiere que dentro del equipo de profesionales que laboran en el hospital, el psicólogo tenga una labor específica ya que él es el indicado para evaluar y favorecer la situación emocional de los padres.

Es ideal que los padres se sientan bienvenidos y aceptados por el personal, y que haya un mensaje de apoyo emocional y comprensión de su situación. Los padres deben sentirse como "miembros del equipo" que está viendo al bebé (Maldonado et al., 1993).

Las intervenciones psicológicas deben diseñarse según las necesidades específicas y únicas de cada familia, como preferencias religiosas, peticiones especiales o sensibilidades particulares. Fernández (1988), hace una serie de sugerencias para el manejo con pacientes que han sufrido de alguna pérdida perinatal, que a continuación se mencionan:

- Debe comprenderse que el proceso de duelo ante una pérdida es esperado y normal
- El equipo de salud debe conocer el proceso normal de duelo
- La forma en que el equipo de salud intervenga ante la pérdida, puede facilitar o entorpecer este proceso
- La información que se proporcione a la paciente, deberá ser clara y concisa, tomando en consideración el nivel educativo y cultural de la misma
- La información, en la medida de lo posible, deberá darse en presencia de personas significativas para la paciente
- De ser posible, la información deberá proporcionarse por una sola persona
- Es recomendable responder cuántas veces sea necesario a las dudas de la paciente
- Se sugiere mostrar una actitud empática, que favorezca la expresión de las emociones de la paciente
- Es adecuado ser optimista, pero no crear falsas expectativas
- La solicitud de necropsia deberá diferirse a la comunicación de muerte del producto
- Se debe valorar si se justifica pedir la necropsia por razones de investigación y beneficio de otros, ya que puede ser tomado como agresivo.
- Si la pareja lo solicita, permitir y facilitar el estar en un ambiente aislado, donde puedan expresar sus emociones sin sentirse inhibidos.
- No se deben involucrar formas de pensar, juicios o sentimientos ajenos a la pareja.
- Es necesario estimular la comunicación de la pareja
- Es recomendable dar la opción a la paciente y su pareja de ver al producto si así lo desean.
- No es adecuado el favorecer un nuevo embarazo a corto plazo (antes de 6 meses). Ya que necesita elaborar el duelo de la pérdida reciente.

- Dar cita a mediano plazo para aclarar dudas, orientar respecto al futuro obstétrico de la mujer y vigilar su estado emocional.
- Identificar y canalizar a las pacientes con un estado crónico de duelo

Situaciones preocupantes son: signos de gran cansancio en los padres, que ellos se culpen uno a otro de la situación, marcada irritabilidad, signos de resentimiento, etc

El manejo de pacientes con duelo prolongado debe ser proporcionado por personal especializado, con el apoyo del equipo de salud (Fernandez,1988)

Cuando un bebé muere (físicamente y en las fantasías de los padres al no tener el bebé bello que habían planeado), se requiere intervención para ayudar a la fase aguda del duelo (reacciones de choque, de no poder creerlo, etc) En algunos hospitales hay grupos de autoayuda para padres que han sufrido pérdidas (Maldonado et al ,1993)

Debido a la intensidad del duelo, es sensato reconocer cuales son los límites del apoyo que el terapeuta puede dar. Por consiguiente, es beneficioso aumentar la terapia con un grupo de apoyo a padres que hayan perdido hijos. La contribución de estos grupos a la curación es considerable. El formato participativo de estos grupos, al compartir experiencias similares, ayuda a normalizar la situación y a disminuir el aislamiento (Savage 1992)

Debe comprenderse que es mucho más importante tratar al paciente (si logra sobrevivir) y a la familia, que corregir la malformación (Matton,1981) Ya que, en primer lugar los padres y la familia tienen que aceptar que el embarazo no llegó a buen término como lo hubieran querido, si el niño logra sobrevivir, tendrán que aprender a vivir con la malformación en su vida diaria, rescatar de esta situación los problemas anteriores para que el duelo no se agudice y provoque situaciones problemáticas en la adaptación del nuevo miembro. Por tal motivo es conveniente que en hospitales gineco-obstétricos, como el Instituto Nacional de Perinatología donde hay un servicio de psicología, el psicólogo desempeñe su papel como un experto en salud mental acompañando a otro experto en su propia vida como sería la paciente, basado en la atención y compromiso hacia el bienestar de la misma. Y ya que mucha de la población no tiene fácil acceso a instituciones como ésta, hay que aprovechar,

tanto el personal fijo como el que en un momento dado labora ahí, para que éste objetivo se lleve a cabo, ya que en los centros de salud u hospitales de primer y segundo nivel no hay un servicio de psicología o psiquiatría que los apoye. Aunque lo ideal es que la intervención del psicólogo sea antes de la gestación, previniendo así alguna posible complicación en el desarrollo del embarazo, ayudando a la futura madre a planear mejor su maternidad, con medios de comunicación accesibles, entendibles, completos y con un interés en verdad humano de los profesionistas dedicados a la salud para proteger a la mujer gestante de la población más necesitada en todos los aspectos económicos, sociales, culturales y de salud, como es una gran parte de la población que se atiende en el instituto, así como en el país.

Dado que la morbilidad perinatal depende de un gran número de variables relacionadas con el estado físico de la gestante y su condición preconcepcional, con problemas durante la gestación y el parto, muchas de las cuales son determinadas por las condiciones sociales, culturales y económicas de la población, el problema en realidad resulta multifactorial, polifacético y su resolución implica la elevación del nivel de vida general en todos los aspectos (Díaz del Castillo, 1984).

Después de esta revisión teórica, desde la perspectiva médica y psicológica, se considera importante resaltar la atención que los profesionales de la salud deben dar a estas pacientes, ya que cuando no hay suficientes redes de apoyo, el médico debe proporcionar este sostén, para que la paciente tenga la seguridad de que merece un buen trato, con cordialidad y respeto, donde se respetan sus creencias y sus decisiones. Que el enfoque teórico de la atención a la paciente, como se mencionaba en el primer capítulo, sea con una actitud más humana, donde el médico acompañe al paciente, no como autoridad, sino como persona que entiende el sufrir de la consultante, donde la vida sea vista como un todo, donde lo holístico predomine, a pesar de que esta siendo vista por varios especialistas, y aunque cada uno la va a revisar en su ramo, va a ser tratada como un ser humano integral.

Esta revisión va a permitir conocer más a fondo cuál es el estado de ánimo que presenta la mujer cuando llega a consulta, y por tal motivo se revisarán en el siguiente capítulo los estados psicológicos que en esta investigación interesan, ya que son las variables

a medir, como son: ansiedad-rasgo, ansiedad-estado, depresión y los estilos de afrontamiento, para tener un conocimiento más amplio de cada uno de ellos.

CAPITULO IV ANSIEDAD, DEPRESION Y AFRONTAMIENTO

*SOLO ENTRE LOS ESCOMBROS DEL DOLOR
PUEDE ENCONTRARSE LA AUTENTICA
FUERZA DEL CORAZON*
J.J. BERTIZ

En un momento tan específico como es el embarazo, donde, como se vio, la situación emocional de la madre no es "estable" por todos los cambios tanto físicos, psicológicos y sociales por los que atraviesa, es importante esclarecer un poco más a fondo los conceptos que ya con anterioridad se han estado manejando, con un interés especial en la depresión, ansiedad y afrontamiento, ya que son los conceptos que se van a utilizar en este trabajo como variables. Por tal motivo se hizo una revisión bibliográfica para entender mejor cada uno de estos conceptos, dando su clasificación y su sintomatología.

Es necesario darle el valor no sólo biológico o psicológico a cada uno de los conceptos aquí manejados, ya que si no es así, caeríamos en el reduccionismo unicausal tratando de dar una explicación parcial a los fenómenos y por tanto, nuestra explicación sería incompleta y no llevaríamos a cabo la integración de un enfoque más integral que es parte importante de lo que se persigue en esta investigación. Ya que como menciona Goldberg (1991), la ciencia ha ido desarrollándose tanto en las últimas décadas, que el método científico ha abarcado fenómenos que antes eran estudiados por otras ciencias, como por ejemplo por la filosofía, y que en muchas ocasiones, fenómenos tales como los que estudia la psicología muchas veces no cumplen los requisitos "cuantitativos" y "objetivos", como los cumplen las ciencias exactas. Y si se parte de que los objetos de estudio son diferentes habría que medir cada ciencia desde su método particular para no tomar parámetros de comparación que no van de acuerdo con la epistemología de cada disciplina científica.

Hasta la década de los 60 no hubo psicologías funcionales que explicarán con metodología experimental el origen de las tensiones psíquicas, ni tampoco modelos que incluyesen variables mediadoras para entender los estados internos o predecir las conductas (Lazarus y Folkman, 1991). Por eso las psicologías humanista, cognitiva, transpersonal, etc.,

han sido bien recibidas por los psicólogos de la nueva generación que buscan aproximaciones más verdaderas al objeto de estudio de la psicología

Cualquiera que sea el entendimiento de lo que es vida psíquica, sus leyes forzosamente han de trascender a las de su sustrato material y difícilmente van a encontrarse en él. Así pues, Pavlov definió el "primer mediador" que dispara la respuesta biológica -el córtex cerebral- como un filtro para reconvertir en señales biológicas los estímulos procedentes del medio externo, al margen de la vida psíquica. Excluir la vida psíquica de los procesos de adaptación, equivale a suponer que su presencia es un lujo irrelevante para la supervivencia, lo que va en contra de la lógica evolutiva y del sentido común. Lazarus estudia las funciones superiores en relación con los procesos biológicos adaptativos y trata de identificar las operaciones psíquicas que la acompañan. Tal vez esas operaciones dependan de la interacción del SNC con el medio, pero también hay pruebas de que en ocasiones la dirigen, de modo que ese asunto dista de ser claro y sigue planteando problemas epistemológicos de envergadura (Lazarus y Folkman, 1991)

Lazarus y Folkman (1991) mencionan que el estrés fue sobreentendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en las teorías psicodinámicas. Sin embargo, se utilizó el término ansiedad en lugar del de estrés. La palabra estrés no apareció en el índice de Psychological Abstracts hasta 1944. Freud dio a la ansiedad un papel central en psicopatología. En posteriores formulaciones freudianas, la ansiedad secundaria a conflictos sirvió como señal de peligro para poner en marcha los mecanismos de defensa, entendidas como formas insatisfactorias de afrontamiento que producían modelos de sintomatología cuyas características dependían del tipo de defensa. Una formulación similar fue la teoría del aprendizaje. La ansiedad fue considerada como una clásica respuesta condicionada, que llevaba a la aparición de hábitos inútiles de reducción de ansiedad. Si se reconoce que hay una gran superposición entre el concepto de ansiedad y el de estrés y no se considera necesario precisar qué término es utilizado, podría decirse que el punto de vista dominante de la psicopatología así formulada, fue el que ésta era producto del estrés.

Las investigaciones empíricas sobre ansiedad, recibieron un impulso a principios de los años cincuenta con la publicación de una escala para la medición de la ansiedad como rasgo (Taylor,1953). Los libros continúan apareciendo con títulos en los que el término ansiedad sustituye al de estrés, o bien se utilizan ambos términos reflejando así la tendencia a confundirlos (Spielberger, 1972)

El solapamiento de los síntomas entre ansiedad y depresión es frecuente, por lo que el humor depresivo no es raro en los estados de ansiedad y los síntomas ansiosos contaminan los cuadros depresivos. Según Hamilton (1983), 95 % de depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad, y 85 % aquejan síntomas somáticos. Por el contrario, 80 % de ansiosos refieren humor depresivo

Se desarrollarán más a fondo estos conceptos para un mejor entendimiento

4.1 ANSIEDAD.

La ansiedad, evaluada en un contexto etológico, parece derivar de otro mecanismo subyacente más básico, el miedo, que sería una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo así al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida (Klein, Gittelman, Quitkin y Rifkins,1984). La ansiedad consistiría en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional normal, el término ansiedad sirve para referirnos a los síntomas que se presentan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas (Diez,1990).

La ansiedad, en sentido genérico, es una emoción o un afecto, pero además también se trata de una pulsión biológica básica, como pueden serlo el hambre o la sed (Tyler,1982). Aparece como una señal de peligro ante cualquier eventualidad que amenace la identidad y/o la integridad del yo o que sea interpretada por el sujeto como tal amenaza (Vallejo,1985). Vista en un contexto evolutivo, la ansiedad es la reacción adaptativa de urgencia ante los peligros inmediatos, aportando al individuo las máximas capacidades para sobrevivir, usualmente por mecanismos de lucha o de huida (Klein et al.,1984), conseguidos gracias a

una estimulación del sistema nervioso simpático y a la liberación de catecolaminas, que son responsables de los síntomas somáticos de la respuesta ansiosa (Tyrer, 1982)

Existe consenso en aceptar que la angustia surge como una vivencia de amenaza a la integridad psicofísica del individuo. Por esta razón hay que admitir que es un estado emocional obicuo, susceptible de emerger en múltiples situaciones (normales o patológicas) y que no es exclusivo del neurótico, ya que otros sujetos pueden experimentarlo en determinadas circunstancias. Tal como ha señalado Frohlich (1986), la capacidad del hombre de aprender de sus experiencias y prever la eventualidad de peligros o amenazas plantea el problema para proceder a una distinción rígida, ya que puede experimentar angustia ante la interpretación de señales amenazantes del entorno, aun cuando no se aprecie ningún objetivo de aprender. Así pues, la dificultad de precisar las amenazas reales de las que no lo son, así como de predecir cómo y cuándo se emitirán tales señales, impide una distinción precisa entre lo normal y lo patológico, entre el miedo y la angustia (Vallejo y Díez, 1990)

Lazarus y Folkman (1991) consideran el estrés como resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío. En el primer caso, el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo caso los anticipa y en el tercero, se mueve entre la posibilidad de perder o ganar. Hay muchos factores personales que influyen en esa evaluación - motivaciones, compromisos, creencias, expectativas, etc - La definición de estos autores hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. Esta consideración es paralela al concepto médico actual de enfermedad, ya que no es vista como consecuencia única de la acción de un agente externo, sino que exige también la participación del organismo en cuanto a vulnerabilidad se refiere. El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Montserrat (1969) postuló un esquema para la estructuración de la personalidad donde el equilibrio del yo personal (egostasis) está en función de la interacción dinámica de lo sensorio o perceptostasis (función reguladora del equilibrio entre el yo personal y el mundo exterior) y la homeostasis (función reguladora del equilibrio del mundo interno), configurando

ambos el yo psicológico y el yo corporal, respectivamente. Lo más importante es el hecho de que el yo personal no entra directamente en contacto con el mundo externo o interno, sino que la conexión se establece a través de la representación, patrón o modelo ideales que el sujeto tiene de ambos medios. Los patrones que mantienen la homeostasis están marcados genéticamente y son, innatos, por lo que su transgresión grave lleva a la muerte. Por el contrario, los patrones del mundo exterior pertenecen al ámbito de lo adquirido, generalmente en períodos tempranos de la vida (infancia, adolescencia), son mucho más lábiles y su desajuste da lugar al conflicto psicológico y la desadaptación social.

Vallejo y Díez (1990) mencionan que se puede entender la génesis de la angustia, ya que ésta emerge en el momento en que se disgrega cualquier eslabón del sistema.

De esta manera un primer mecanismo generador de angustia se instaura a partir de las presiones del medio externo. Los estímulos reales amenazantes pueden generar en el sujeto normal reacciones ansiosas, cuya respuesta conductual puede ser variada (huida, inhibición, enfrentamiento, etc.). El paradigma de esta respuesta emocional es el miedo.

Una segunda vía de acceso a la angustia es la que viene propiciada por una deficiente estructuración de los patrones del mundo externo. La desarmonía se produce a partir de un análisis distorsionado de la realidad externa cuando ésta se coteja con puntos de referencia o patrones erróneos. Son sujetos neuróticos que en la infancia han estructurado un modelo muy desajustado del mundo exterior, que aparece incierto o amenazante, a partir de los conflictos en las relaciones parentales y especialmente con el padre del mismo sexo, que sirve como modelo de identificación.

El análisis del mundo interno o la corporalidad nos proporciona otras vías de acceso a la angustia. En ocasiones son determinadas estructuras orgánicas las que al enfermar (trastornos tiroideos, feocromocitoma, etc.) generan ansiedad dentro del contexto general del cuadro clínico por su relación con los mecanismos neurofisiológicos y neuroquímicos que regulan la afectividad. En otros casos son disfunciones del medio interno, generalmente de estructuras diencefálicas, las que generan ansiedad.

En ocasiones no es el mundo interno, la corporalidad, la que está específicamente enferma, sino la representación o modelo que de ella tiene el individuo. Es decir, un estímulo externo es representado como amenazante cuando éste ha sido producto de un aprendizaje distorsionado en etapas tempranas de la vida

De acuerdo a Diez (1990) los grandes problemas que se presentan en cuanto a la descripción clínica de los fenómenos ansiosos patológicos, y por consiguiente, en su clasificación depende fundamentalmente de tres factores

- 1 Su emergencia en numerosos trastornos médicos, tanto en concepto de sintomatología propia de los mismos, como de reacción ante la experiencia de enfermedad Y sin olvidarla como reacción normal o fisiológica en determinados periodos de la vida
- 2 Los problemas semánticos y etimológicos, que hacen difícil en ocasiones la equiparación de las descripciones clínicas en idiomas diferentes. En la mayoría de las lenguas caucásicas hay una gran cantidad de vocablos y expresiones idiomáticas que describen estados intrapsíquicos y corporales que sólo son facetas diferentes de una misma experiencia ansiosa (Jablensky, 1985)
- 3 El marcado distanciamiento entre las distintas escuelas de pensamiento aparecidas en los últimos siglos, y que se ha mantenido hasta hace pocos años. Así, a partir de las formulaciones iniciales de Freud, a finales del siglo XIX, nacia la escuela psicodinámica, basada primariamente en las descripciones clínicas, y secundariamente en las interpretaciones patogénicas. Valora los conflictos infantiles que en el curso del desarrollo instintivo quedan cristalizados y agobian al sujeto desde la intimidad de un yo personal incapaz de armonizar los patrones internos y externos. La psicología experimental profundizada en nuevas facetas del problema ansioso, sobre todo de tipo conductual. El conductismo acude a las relaciones de mal aprendizaje que el sujeto adquiere mecánicamente en su relación con el mundo. Las teorías cognitivas valoran especialmente las representaciones que el sujeto tiene del mundo exterior. Las corrientes filosófico-sociológicas, como el existencialismo, señalan el papel del momento histórico y, por tanto, de la realidad social, en la génesis de la angustia (Vallejo y Diez, 1990). Las teorías biológicas hacen recaer el peso etiopatogénico en la disfunción de las estructuras nerviosas que regulan la actividad. Con un contacto mucho más directo con la realidad, los médicos generalistas, y en especial

los cardiólogos, describían un gran número de trastornos, hoy en día de reconocido fundamento ansioso.

4.1.1 SINTOMATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.

A la realización de cualquier nosografía (clasificación) presuponemos varias circunstancias que no son necesariamente compartidas por todas las corrientes de la psiquiatría actual en lo que respecta a los sujetos ansiosos o neuróticos, lo que complica su realización y aceptación. Dichos presupuestos se pueden resumir en los siguientes: 1) distinción de salud y enfermedad, reconociendo la existencia de ésta, 2) distinción de lo normal y lo patológico, aceptando una discontinuidad entre ambos, 3) distinción de al menos dos formas distintas de enfermar, lo que implica la asunción de un modelo categorial, y 4) distinción de un número limitado de enfermedades, huyendo, por tanto, de la equiparación enfermedad-enfermo y de abordajes excesivamente individualizados (Diez, 1990).

En la tercera edición original del DSM (American Psychiatric Association, 1980) se definen las crisis de angustia (ansiedad crítica o ataques de pánico) como "aquellas entidades caracterizadas por la aparición repentina de una sensación de aprensión intensa, miedo o terror, a menudo asociada con sentimientos de catástrofe inminente, con una duración habitual de varios minutos, y más rara vez de horas" (Diez, 1990, Pág 26). Según el DSM-III-R (APA, 1987), deben presentarse, al menos, cuatro de los síntomas incluidos en la siguiente lista:

1. Sensación de dificultad respiratoria (disnea).
2. Mareo, sensación de inestabilidad o de desfallecimiento.
3. Palpitaciones o taquicardia.
4. Temblor o estremecimientos.
5. Diaforesis (sudoración excesiva).
6. Sensación de ahogo o de paro respiratorio.
7. Náuseas o malestar abdominal (ítem no incluido en el DSM-III).
8. Despersonalización o desrealización.
9. Parestesias.
10. Rubor, sofocación, oleadas de calor, escalofríos.
11. Dolor, opresión o malestar precordial.

12. Miedo a morir (se separa del ítem 12 del DSM-III).
13. Miedo a volverse loco o a perder el control sobre sí mismo.

Se incluye en el DSM-III-R la necesidad de que los síntomas se desarrollen bruscamente y alcancen el pico máximo de intensidad en los diez primeros minutos desde que se inició la crisis (APA, 1987)

En la sintomatología que suele presentarse en las crisis de angustia, se ha de tener en cuenta que una mera superposición de síntomas no determina una crisis, sino que debe existir primariamente una abrumadora y desagradable vivencia subjetiva de angustia, temor, terror o pánico, de instauración brusca y en general espontánea, con un cenit alcanzado en forma rápida (Diez, 1990)

1. Síntomas somáticos:

- 1.1 Cardiocirculatorios: palpitaciones o taquicardia, dolor, opresión o malestar precordial, sensación de paro cardíaco, hipertensión episódica (White y Baker, 1986)
- 1.2 Respiratorios: disnea (respiración entrecortada, dificultad para aspirar el aire o para hacer una respiración profunda), sensación de ahogo o paro respiratorio
- 1.3 Parasimpáticos: debilidad física o desfallecimiento, diaforesis, sialorrea, diarrea, náuseas, urgencia defecatoria, micción impenosa, rinorrea, hipo, visión borrosa
- 1.4 Centrales: sensación de sofocación o agobio, mareo, inestabilidad o vahido, oleadas de calor o escalofríos
- 1.5 Neurológicos focales (Coyle y Serman, 1986) y otros temblor y estrechamientos; xerostomía, entumecimiento, parestesias, torpeza; pesadez física, vértigos, cefalea; nudo u opresión en la garganta.

2. Síntomas psíquicos.

2.1 Vivencias de extrañeza (despersonalización y desrealización)

2.1.1 De la propia experiencia subjetiva: vivencias de pánico, sensación de muerte inminente, de estar volviéndose loco, de estar perdiendo el control sobre uno mismo; alteraciones de la vivencia del tiempo; sensación de irrealidad de la propia experiencia, de sentirse transformado, como extraño.

2.1.2 Del propio cuerpo: alteración en la intensidad de los estímulos sensoriales; sentirse torpe físicamente, como una automática, materialmente separado de la gente, sentir cambios corporales de tamaño y densidad; sentirse como flotando o como si una parte del cuerpo o todo él no le perteneciese

2.1.3 Del entorno: el entorno parece irreal, extraño, transformado, fantasmal, como en un sueño

2.2 Expectación aprensiva

2.3 Fenómenos mnésicos

En ocasiones es fácil discernir cuando nos enfrentamos a una ansiedad normal (biológicamente útil) o patológica (biológicamente inútil y desadaptativa). La ansiedad normal se describe como proporcional en intensidad y duración al estímulo que la desencadena y no afecta al rendimiento, es cuantitativa y cualitativamente proporcional al estímulo, condiciones que no tiene la ansiedad patológica (Vallejo y Díez, 1990)

Los trabajos de Spielberger (1972) introdujeron una precisión importante en estos estudios al diferenciar entre "ansiedad-estado" y "ansiedad-rasgo". Su cuestionario ("State and Trait Anxiety Inventory", STAI, en español, IDARE) permite distinguir estas dos formas, al menos operativamente. La construcción del IDARE se inició en 1964 con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado como de la ansiedad-rasgo. Durante el curso del desarrollo del inventario, los hallazgos producto de la investigación, llevaron a cambios importantes en las concepciones teóricas de la ansiedad y especialmente, en las suposiciones respecto de la naturaleza de la ansiedad-rasgo. A medida que la concepción de la ansiedad cambiaba, la meta en la construcción del inventario y en los procedimientos utilizados resultaron modificados. En el desarrollo del IDARE se propuso, que los reactivos con una relación demostrada con otras medidas de la ansiedad, serían más útiles en un inventario diseñado para medir tanto la ansiedad-estado como la ansiedad ansiedad-rasgo. Un gran número de reactivos cuyo contenido tenía comprobada relación con las escalas ansiedad-rasgo más ampliamente usadas, fueron reestructurados, de tal manera que permitiese que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de escala-estado como de ansiedad rasgo (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975)

La Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto psicológico, la A-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada para predisponer al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a mantener tendencias de respuesta "objeto consistentes".

Se podría anticipar en general que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en A-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta A-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima. Pero el hecho de que las personas que difieren en A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada de un individuo (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

La simple afirmación de tener miedo a algo, o de estar preocupada por acontecimientos futuros, no es suficiente para diagnosticar ansiedad, si no se acompaña de un estado emocional definido, como ya se vio. Se han publicado numerosos trabajos sobre tensión emocional, ansiedad o estrés durante el embarazo.

Como se vió en el Cap. II, la mujer embarazada sufre de trastornos emocionales, propios del embarazo, lo cual afecta muchas veces, el desarrollo normal de éste. Una fuente constante de malestar es la ansiedad (estrés, para autores como Lazarus y Folkman, 1991). Y aún cuando las reacciones al estrés pueden ser importantes para ayudar al ser humano a superar situaciones difíciles, a veces pueden afectar negativamente a la embarazada y al feto. Dichas reacciones incluyen aumento del ritmo cardíaco y de la tensión arterial y también efectos sobre el sistema inmunitario que disminuyen la resistencia a las infecciones (Samuels y Samuels, 1986).

Cuando una mujer embarazada está en una situación de estrés prolongado, los vasos sanguíneos del útero se contraen, el feto recibe menos sangre y, por lo tanto, menos oxígeno y sustancias nutritivas. Además, las hormonas que aumentan en la sangre durante el estrés cruzan la barrera placentaria y pueden afectar al desarrollo del sistema nervioso del feto y condicionar el comportamiento futuro del niño. Las mujeres que sufren largos periodos de ansiedad presentan una mayor incidencia de complicaciones tales como aborto espontáneo, parto prolongado, y recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Estas observaciones justifican por que el estrés debe ser considerado otro factor de riesgo durante el embarazo (Samuels y Samuels, 1986). Los hallazgos encontrados por este autor dan un paso muy importante en la interacción de los aspectos físicos y los psicológicos, ya que deja abierta una posibilidad que muy pocos médicos toman en cuenta, como es la importancia de los estados emocionales en las alteraciones tanto fisiológicas como biológicas. Y aunque el tema central de esta investigación no toca este punto tan importante, sería recomendable ahondar en estudios del tipo de Samuels y Samuels, ya que demuestran en la práctica médica que es posible que se da una interacción importante entre estos campos, para así saber que es lo que afecta a que, si lo biológico a lo psicológico ó lo psicológico a lo biológico. Aunque, desde la perspectiva teórica señalada en el primer capítulo, se menciona que estos dos sistemas se influyen mutuamente en un mismo tiempo.

Durante el embarazo hay un incremento de la ansiedad, pero no varía, por término medio, la ansiedad-rasgo. Lunenfeld et al. (1984) encontraron en 200 gestantes no seleccionadas, alrededor de la 34 semana, puntuaciones de ansiedad-estado de 36,99, y de

35,26 de ansiedad-rasgo, que descendieron rápidamente después del parto a 25,68 de ansiedad-estado y 31,06 de ansiedad-rasgo

Edwards (1969), investigó factores emocionales y actitudinales asociados con el embarazo y las complicaciones obstétricas, en un grupo de 53 madres solteras primiparas. Inmediatamente después del parto, cada uno de los sujetos fue clasificado como normal o "anormal", sobre la base de los registros médicos, incluyendo anomalías de desarrollo observadas en los recién nacidos. Alrededor de siete semanas antes del parto se les aplicó la escala A-Estado a la misma hora cada semana. Esta evaluación en serie sugirió que el patrón de ansiedad difería para los grupos normales y anormales. Si bien no se encontraron diferencias en la suma total en el nivel de ansiedad entre los dos grupos, las calificaciones de A-Estado en el grupo normal decrecieron primero y permanecieron a un nivel relativamente bajo hasta un tiempo cercano al momento del parto. En este momento aumentaron marcadamente. Para el grupo anormal, el nivel de A-estado empezó a incrementarse aproximadamente cuatro semanas antes del parto y luego decreció marcadamente durante la semana previa al parto.

En el Instituto Nacional de Perinatología, los psicólogos Morales y González (1990) normalizaron el IDARE con población obstétrica de este instituto. La muestra obtenida fue de 109 mujeres con un embarazo de curso normal. En los resultados se aprecian diferencias en las dimensiones: cinco puntos para el estado (43-INPer con 48 del IDARE) y seis para el rasgo (47-INPer con 53 del IDARE), lo que indica que con un menor puntaje en bruto las pacientes de la muestra alcanzan el punto de corte para la detección de ansiedad.

4.2 DEPRESION.

Desde hace muchos siglos la depresión es uno de los padecimientos más importantes que se han identificado en el hombre. Todos los seres humanos en algún momento de la vida se han sentido melancólicos o deprimidos, lo que nos permite entender estas emociones y las descripciones que se hacen de ella.

En la cuarta centuria antes de Cristo, Hipócrates describió un síntoma que llamó melancolía, y fue la primera alusión científica a esa enfermedad (Vallejo, 1990), ya que se le

concede un origen natural predominio de bilis negra Posteriormente, Aristóteles propuso música y vino como terapia para la melancolía (Cerval,1988)

En la primera centuria antes de Cristo, Asclepiades recomendo tratar la depresion con estimulacion intelectual, música placentera, y la formación de buenos parentescos Areteus de Cappadocia describio una enfermedad en la cual los periodos de melancolía alternaban con periodos de manía Posteriormente Soranus defiendo el uso del drama como tratamiento para los pacientes deprimidos y alento a estos a participar en comedias Por otro lado Galeno, en el siglo II, adhenendose a la patologia humoral, identifica tres formas distintas de melancolía 1) localizada en el encéfalo, 2) generalizada, en la que la atrabilis pasa no solo al encéfalo, sino a todo el organismo, y 3) situada en el aparato digestivo, pero con irradiacion al encéfalo por accion de los vapores En 1964 Burton en "Anatomia de la melancolía" defiende una etiología multifactorial (herencia, carencia afectiva en la infancia, frustraciones sexuales) en la melancolía (Vallejo,1990)

Durante el siglo XX los grandes avances han hecho crecer el entendimiento sobre la etiología biológica y psicológica de la depresion, aunque la comprension de la normalidad plantea múltiples problemas para la practica clinica y la teorica Para la practica clinica son necesarios los criterios para especificar las fronteras entre el estado de animo normal y aquellos estados anormales que ameritan intervencion Para la teoria es necesario entender la naturaleza y la funcion de la depresión como una emocio normal y así dilucidar cuales aspectos son comunes tanto a lo estados normales como a los patologicos, así como distinguir aquellas características que son únicas de los estados anormales Todo esto tomando en cuenta las diversas fronteras culturales

La epidemiología ha extendido su enfoque desde el modelo unicausal, utilizado en las primeras investigaciones sobre enfermedades infecciosas, hasta observar el enfermar como un producto de múltiples factores cuya interaccion contribuye a incrementar el riesgo de sufrir un trastorno en unos individuos o grupos determinados Considerando el factor de riesgo como la característica mensurable que prediciría la depresion, y asumiendo la enfermedad depresiva como un trastorno multifactorial influido por factores geneticos, biologicos (fisiológicos y bioquímicos), conductuales y psicosociales (atributos de estado, antecedentes

familiares, acontecimientos estresantes y recursos personales) que, en un principio pueden aumentar el riesgo de padecer una enfermedad depresiva (Catalán, 1990)

Un enfoque adaptacional para examinar las posibles funciones de las emociones, particularmente la depresión, investiga dentro de las estructuras neuroanatómicas y mecanismos neuroquímicos por los cuales la selección natural, la mutación genética, los condicionantes medioambientales y el aprendizaje social median el impacto de los cambios medioambientales e inician, integran y determinan las actividades emocionales, metabólicas, y dirigidas del organismo hacia el estado de ánimo normal depresivo y los estados clínicos depresivos (Cervál, 1988)

Freud, el creador del psicoanálisis trató el tema de la melancolía durante mucho tiempo, pero es en 1915 cuando escribe "Duelo y Melancolía", publicando este artículo en 1917, en el que hace una descripción del duelo y lo compara con la melancolía

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una" (Freud, 1984 Pág 241-242)

Freud (1984) sugiere que en la melancolía el yo empobrece y se siente vacío. El enfermo se autoagrede, se reprocha, se siente poco digno y se humilla ante los demás. Hay una aversión a la comida y también insomnio. Los reproches que se hace el paciente generalmente están dirigidos al objeto de amor, y estos se han volcado hacia uno mismo; nos encontramos ante una pérdida del yo, por una identificación con el objeto resignado.

Otro elemento importante de la melancolía es la ambivalencia (odio-amor) que surge ante la pérdida del objeto, en el cual el odio y el sadismo se dirigen hacia uno mismo.

Melanie Klein (Segal, 1988) divide la etapa oral en la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. En la primera predominan las relaciones de objeto parcial, el bebé escinde entre objetos buenos que ama y objetos malos que odia. El conflicto entre el instinto de

familiares, acontecimientos estresantes y recursos personales) que, en un principio pueden aumentar el riesgo de padecer una enfermedad depresiva (Catalán,1990).

Un enfoque adaptacional para examinar las posibles funciones de las emociones, particularmente la depresión, investiga dentro de las estructuras neuroanatómicas y mecanismos neuroquímicos por los cuales la selección natural, la mutación genética, los condicionantes medioambientales y el aprendizaje social median el impacto de los cambios medioambientales e inician, integran y determinan las actividades emocionales, metabólicas, y dirigidas del organismo hacia el estado de ánimo normal depresivo y los estados clínicos depresivos (Cervál,1988)

Freud, el creador del psicoanálisis trató el tema de la melancolía durante mucho tiempo, pero es en 1915 cuando escribe "Duelo y Melancolía", publicando este artículo en 1917, en el que hace una descripción del duelo y lo compara con la melancolía

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una" (Freud, 1984 Pág 241-242)

Freud (1984) sugiere que en la melancolía el yo empobrece y se siente vacío. El enfermo se autoagrede, se reprocha, se siente poco digno y se humilla ante los demás. Hay una aversión a la comida y también insomnio. Los reproches que se hace el paciente generalmente están dirigidos al objeto de amor, y estos se han volcado hacia uno mismo; nos encontramos ante una pérdida del yo, por una identificación con el objeto resignado

Otro elemento importante de la melancolía es la ambivalencia (odio-amor) que surge ante la pérdida del objeto, en el cual el odio y el sadismo se dirigen hacia uno mismo.

Melanie Klein (Segal,1988) divide la etapa oral en la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. En la primera predominan las relaciones de objeto parcial, el bebé escinde entre objetos buenos que ama y objetos malos que odia. El conflicto entre el instinto de

muerte y el instinto de vida provoca ansiedad y se desarrollan los siguientes mecanismos de defensa: disociación, proyección (de lo bueno) o introyección (de lo malo), existiendo el temor de que el objeto malo destruye al yo. Si las experiencias buenas predominan sobre las malas el niño podrá continuar en condiciones adecuadas a la siguiente etapa.

La segunda, la posición depresiva, Melanie Klein la define "como la fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto" (Segal, 1988, p 72), en este momento el bebé reconoce a su madre y a otras personas. La relación con el objeto total sustituye las relaciones de objeto parcial y disociado, la madre ya es un individuo con vida propia que puede ser buena o mala. Al mismo tiempo que sucede esto el yo del bebé comienza a integrarse, disminuye la proyección y se introyecta un objeto más total, es en este momento cuando surge la ambivalencia ya que el bebé se da cuenta que es la misma persona a la que ama y odia. En esta posición el niño cree que sus impulsos destructivos pueden destruir al objeto amado, tanto al objeto externo como al objeto bueno introyectado, provocando esto una gran ansiedad (esto es importante ya que la integración del yo depende de un buen manejo de la ansiedad). El bebé "está expuesto a nuevos sentimientos: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que siente perdido y destruido, y la culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad" (Segal, 1988 p 74)

Se inicia entonces en el bebé el deseo de reparar estos objetos, ya que en sus fantasías omnipotentes puede dañar y también recuperar sus objetos de amor "El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios" (Segal, 1988 p 76). Los mecanismos de defensa neuróticos sustituyen a los psicóticos: inhibición, represión y desplazamiento.

El yo del bebé cada vez más integrado le permite sentir sus propios impulsos y diferenciar entre fantasía, realidad externa e interna. Con la introyección de los objetos buenos, el bebé está en la posibilidad de vivir a las personas de una manera separada y amarlas.

Si esto no se logra de una manera adecuada, posteriormente el adulto podría sufrir depresiones importantes en las que se revivirán los sentimientos experimentados durante la etapa depresiva: ambivalencia, ansiedad, los diferentes mecanismos de defensa, etc. Se podría decir que se convierte en un punto de fijación.

Bowlby (1983) y otros han demostrado que la génesis de la emoción en el niño se encuentra relacionada con las vicisitudes de la liga de apego con la figura materna. Porque debido a su prolongado estado de dependencia, los infantes humanos son altamente vulnerables de la separación y al subsiguiente sentimiento de impotencia. Las conductas depresivas infantiles sirven para alertar al grupo social, generalmente la familia, para sus necesidades de alimentación, asistencia y ayuda.

Otras aportaciones importantes son las de Fenichel (1987) quien afirma que "en forma leve la depresión se presenta en casi todas las neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía" (pág. 436).

Mucho se ha discutido acerca de los tipos y las clasificaciones de la depresión. A pesar de toda la conflictiva que envuelve este tema, lo cierto es que la aceptación de dos tipos de depresión está presente en un gran número de autores que plantean la clasificación sobre la base de una disyuntiva binaria. Algunas de las dicotomías que encontramos con mayor frecuencia son las siguientes: Endógena y Exógena, simple y con estupor (alteración de la conciencia), con problemas psiquiátricos y sin problemas psiquiátricos, fisiología y psicológica, bipolar y monopolar, endógena y reactiva (existe un acontecimiento desencadenante), neurótica y psicótica, vitales-personales, primarias-secundanas, etc. (Vallejo, 1990).

Los conceptos a veces no son lo suficientemente claros para diferenciar cuando una persona está deprimida y cuando no lo está, pero se ha mantenido a través del tiempo un acuerdo acerca de lo que es la depresión.

4.2.1 SINTOMATOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

A pesar de las dificultades alrededor de la depresión es necesario intentar discernir las diferencias entre un paciente deprimido y otro, por esta razón se considera necesario el estudio sobre los síntomas y clasificación de la depresión.

En el DSM-III-R (1988) depresión y manía se encuentran en los trastornos del estado de ánimo. "El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia" (pág 255)

"Un síndrome del estado de ánimo (depresivo o maniaco) comprende un grupo de síntomas del estado de ánimo, con síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado periodo" (pág 255)

De acuerdo al DSM-III-R esta es la subclasificación de los trastornos del estado de ánimo: A) Trastornos bipolares y B) Trastornos depresivos

A) Trastornos bipolares.

1. Trastorno bipolar.
 - a) mixto.
 - b) maniaco
 - c) depresivo.
2. Ciclotimia
3. Trastorno bipolar no especificado.

B) Trastornos depresivos.

1. Depresión mayor.
 - a) episodio único.
 - b) recurrente.
2. Distimia (o neurosis depresiva)
3. Trastorno depresivo no especificado.

Los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor son:

A. Como mínimo cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer.

1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás

2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo).

3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por eje. más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día

4) insomnio o hipersomnia casi cada día

5) agitación o entrecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás)

6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo)

8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día

9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

B

1) no puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración

2) la alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado)

C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.

D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Es interesante resaltar que el DSM III utilice de nuevo el término melancolía, puesto que desde hace dos siglos fué sustituido con frecuencia por el término depresión. El episodio de "tipo melancólico" es "una forma típica de depresión mayor grave que se muestra particularmente sensible a una terapia somática" (pág 256)

A pesar de disponer en la actualidad de sistemas clasificadores estandarizados y de instrumentos evaluativos de gran utilidad, continúan existiendo importantes problemas por resolver tanto en el empleo de los diferentes métodos para la colección de síntomas como en los modelos de clasificación seguidos y en las medidas y criterios temporales empleados (Vallejo, 1990).

La Escala de Automedición de la Depresión fué desarrollada por William W.K. Zung (1965) en los Estados Unidos. Consideraba que en general las escalas de depresión eran inadecuadas, estaba interesado en una escala breve que fuera autoaplicable.

Para la elaboración de la escala se incluyeron las características más comunes de la depresión que se dividen en: afectivos persistentes, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos; se hicieron registros de las entrevistas realizadas a los pacientes y se eligieron las declaraciones más representativas de cada síntoma en particular, la escala esta formada por 20 reactivos.

Los 20 ítems esbozan los síntomas ampliamente reconocidos como desorden de la depresión. La mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positiva y las otras diez como sintomáticamente negativas, se utilizó un lenguaje fácil y comprensible.

La escala está realizada de manera que el paciente menos deprimido obtiene un puntaje bajo, mientras que el paciente que se encuentra más deprimido obtiene un puntaje alto.

Los síntomas de la depresión a partir de los cuales se formularon las afirmaciones de la escala son los siguientes:

I.- Afectivos Persistentes.

- Deprimido, triste, melancólico.
- Accesos de llanto.

II.- Equivalentes Fisiológicos.

- Variación Diurna: exageración de síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día
- Sueño: despertar temprano o frecuente.
- Apetito: disminución de la ingestión de alimentos.
- Pérdida de peso: asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposos disminuido.
- Sexuales: libido disminuida
- Gastrointestinales: constipación.
- Cardiovascular: taquicardia
- Musculoesquelético: fatiga

III.- Equivalentes Psicológicos.

- Agitación Psicomotora.
- Retardo psicomotor.
- Confusión.
- Vacuidad.
- Desesperanza
- Indecisión
- Irritabilidad
- Insatisfacción.
- Devaluación personal.
- Rumiación suicida.

Los trastornos depresivos son, después de los adaptativos, los más frecuentes motivos de consulta psiquiátrica en la asistencia primaria, constituyendo entre 8 y 10 % de las segundas visitas o consecutivas de los médicos generales. La proporción de pacientes atendidos en el sistema de atención primaria se estima como unas diez veces superior a los

tratados en los servicios psiquiátricos, donde se calcula que su porcentaje es de alrededor del 20 % del total de pacientes atendidos (Vallejo, 1990).

Diversos factores de riesgo psicosocial pueden estar implicados en la presentación y evolución de los trastornos depresivos.

En el embarazo la mujer puede cursar con problemática emocional de mayor a menor grado de acuerdo a las condiciones caracterológicas propias. Los psicólogos pueden hacer un diagnóstico diferencial, ya sea que se trate de una reacción no patológica o pasajera, o si por el contrario se presenta una depresión que reviste manifestaciones psicopatológicas severas. Ante el fenómeno depresivo en la mujer embarazada, existen varias dificultades, la primera es que se presentan las llamadas "depresiones ocultas", cuyas manifestaciones no son claras y que por lo tanto no son fácilmente diagnosticables por el médico, obstaculizando así su oportuna canalización al departamento de salud mental. En segundo término, sin querer señalar un orden de importancia, en caso de una depresión severa se plantea el médico la posibilidad de medicación para la cual tendrá que tener en cuenta que existen riesgos por el estado gravídico de la mujer, en este sentido, un error en el diagnóstico puede falsear las bases para una toma de decisión y llegar a considerar como una depresión grave un estado reactivo. Existen hechos bien conocidos acerca de una gran cantidad de alteraciones aparentemente somáticas, que en realidad son formas externas de una alteración profunda de naturaleza depresiva. Existen datos estadísticos que permiten inferir que determinados trastornos somáticos se alivian y desaparecen mediante una psicoterapia depresiva (González y Morales, 1993).

4.3 AFRONTAMIENTO.

Existen pocos trabajos de investigación que relacionen la depresión clínica o desmoralización con conductas de afrontamiento específicas. Pearlin y Schooler (1978) sugieren que la eficacia de las conductas de afrontamiento no sólo depende de la persona en sí, sino también del contexto. Así, consideran como conductas protectoras la autodependencia frente a búsqueda de ayuda; negación; ignorancia selectiva y comparación positiva; asertividad frente a pasividad; autocontrol emocional frente a descarga emocional.

Las teorías psicológicas se han preocupado más por los contenidos que por las funciones, otorgando a la vida psíquica propiedades independientes de sus determinantes ontogénicos y nerviosos centrales. Así, por ejemplo la idea obsesiva no se entiende como resultado de un déficit cognitivo, sino como expresión de contenidos cargados de significación para el sujeto. Este enfoque ideográfico, representado sobre todo por el psicoanálisis, ha hecho posible una teoría psico-biológica de los procesos adaptativos, aunque se hayan propuesto numerosas interpretaciones sobre el origen psicodinámico del síntoma psicósomático. Otras psicologías observacionales se han limitado a tipificar conjuntos de rasgos para establecer dimensiones que se han objetivado más tarde a merced de evaluaciones psicométricas (Lazarus y Folkman, 1991).

Con estas dos concepciones teóricas como antecedente hay una tercera, la cognitivo-conductual, donde el afrontamiento es visto como un proceso, donde se analizan sus múltiples funciones y las influencias del contexto sobre él, donde intervienen factores que tanto el psicoanálisis como la teoría conductual pasan por alto o no le dan la importancia debida.

Lazarus y Folkman (1991) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Pag 164). Esta definición obvia las limitaciones de los planteamientos tradicionales por lo siguiente:

En primer lugar, se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, lo cual se refleja en las palabras **constantemente cambiante** y **demandas específicas** y conflictos.

En segundo lugar, implica una **diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada**, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esto limita el afrontamiento a aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo.

En tercer lugar, el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido queda solventado al definir el afrontamiento como los **esfuerzos** para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga

En cuarto y último lugar, al utilizar la palabra **manejar**, evitamos también equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales. Primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que este generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo). Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo afronta. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. La dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno (Lazarus y Folkman, 1991)

Klinger (1977) sugiere que la pérdida o la amenaza de un compromiso origina en primer lugar un aumento del **esfuerzo** y del nivel de **concentración**. Si la contrariedad continúa, la **frustración** y el **enfado** también aumentan la probabilidad inmediata de responder primitivamente con protestas y actos estereotipados. No conseguir el objetivo deseado o no lograr acercarse a él, conduce a la **depresión**, caracterizada por pesimismo y

apatia. Klinger considera esta secuencia como la normal en las etapas de afrontamiento. en su opinión, la desvinculación y la depresión, en principio son formas adaptativas de afrontamiento. Por último, existe una recuperación psicológica de la pérdida y se disipan los pensamientos al respecto

Shontz (1975) ha propuesto la idea de que cuando el individuo se enfrenta a una enfermedad física importante o a una incapacidad, procedera de acuerdo a una serie de etapas de afrontamiento iniciadas a partir del momento en que le informan de su estado. Para Shontz, la primera etapa es la de **shock**, que aparece principalmente cuando la crisis ocurre sin previo aviso. Esta etapa se manifiesta por un sentimiento de distanciamiento y, algunas veces, por una sorprendente lucidez y eficacia en el pensamiento y en la acción. A esto le sigue una fase de **encuentro**, un periodo extremadamente intenso en el cual el individuo puede experimentar desesperanza, pánico y desorganización. Ello va seguido a una tercera fase, la de **retirada**, que parece corresponder a la negación. En este planteamiento, la etapa de retirada va siendo poco a poco abandonada en favor de una creciente **comprobación de la realidad**. El proceso de afrontamiento incluye un continuo ir y venir desde la confrontación o esfuerzo a la retirada o negación/evitación, la fase de retirada representa un importante recurso natural de prevenir temporalmente el desmoronamiento. Cuando el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente, los ciclos se dan con menos frecuencia y prácticamente desaparecen. El proceso de afrontamiento descrito es considerado por Shontz como un recurso necesario para la maduración psicológica, en la que hay un sentimiento renovado del propio valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad.

Lo mencionado hasta ahora sugiere que el proceso de afrontamiento es mas o menos una cuestión de etapas. Silver y Wortman (1980) revisaron las investigaciones y la teoría desarrollada sobre las etapas del afrontamiento y observaron la falta de estudios observacionales adecuados para resolver la cuestión. Concluyeron que los limitados datos de los que se dispone no proporcionan claramente un modelo por etapas de reacciones emocionales y de tipos de afrontamiento de las crisis de la vida. Por otra parte, el modelo por etapas crea expectativas tanto en el individuo como en los que le rodean respecto a lo que se supone que son sentimientos y actos apropiados (Lazarus y Folkman, 1991).

Aunque determinados modelos pueden ser más frecuentes que otros por las formas de respuesta culturalmente compartidas, dudamos de la existencia de un modelo dominante de etapas de afrontamiento. Pero, incluso más importante que la universalidad o frecuencia de las secuencias de afrontamiento, es la necesidad de información sobre la mayor o menor utilidad de determinados modelos para individuos, tipos de estrés psicológico, momentos y condiciones asimismo determinadas (Lazarus y Folkman, 1991)

Bajo el planteamiento cognitivo-fenomenológico del problema, Lazarus y Folkman (1991), mencionan que la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento. Consideramos que el periodo de anticipación, el de impacto y el de postimpacto tienen sus propias características. Por ejemplo durante la anticipación, el acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto puede hacerlo y de qué forma (evaluación secundaria). Mientras las personas esperan una amenaza anticipada, sus pensamientos sobre estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento.

Durante el periodo de impacto, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. Como éste se manifiesta en su totalidad, el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba y en qué aspectos. Encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia. Llamamos a estas cogniciones reevaluaciones o redefinición de la situación.

Estos procesos cognitivos que comienzan durante el periodo de impacto, muchas veces persisten hasta el periodo de postimpacto. Aunque el acontecimiento estresante haya terminado, su final suscita todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Los perjuicios y daños que ya han ocurrido contienen también elementos de amenaza en el sentido

anticipatorio del término, y nunca es posible separar del todo los procesos cognitivos y de afrontamiento asociados a cada etapa de un acontecimiento estresante

Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman (1991) es que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. No quieren que se confundan las funciones del afrontamiento con sus resultados. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Las funciones no se definen en términos de resultados, aunque cabe esperar que determinadas funciones tendrán determinados resultados. Esta diferenciación es consecuente con nuestra definición de afrontamiento en cuanto a que es algo independiente de sus resultados.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico (si es que hay alguno) sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza. Por ejemplo, cuando este concepto se formula dentro de los sistemas de procesos del yo su función central es la de reducir la tensión y devolver el equilibrio.

Mechanic (1974), que parte de una perspectiva socio-psicológica, cita tres funciones: afrontar las demandas sociales y del entorno, crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas y mantener un estado de equilibrio psicológico para poder dirigir la energía y los recursos a las demandas externas.

En las funciones descritas existe una diferenciación que Lazarus y Folkman (1991) consideran importantes: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Se hará una revisión de cada una estas formas de afrontamiento (al problema y a la emoción), marcando las diferencias entre ellas.

4.3.1 Modos de Afrontamiento dirigidos a la emoción.

En la literatura hay una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Muchas de estas estrategias derivan de las teorías sobre los procesos defensivos y se utilizan prácticamente en todo tipo de interacción estresante. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

Estos mismos autores se han referido a estos afrontamientos cognitivos como "reevaluaciones defensivas" (Lazarus, 1966). Sin embargo, la palabra defensivo implica distorsión de la relación con la realidad, aspecto que decidieron no incorporar a la definición de afrontamiento. No todas las reevaluaciones son defensivas, por ejemplo las comparaciones positivas o la extracción de valores de las situaciones negativas no requieren necesariamente la distorsión de la realidad. No todas las reevaluaciones van dirigidas a la regulación de la emoción. Se refieren a las maniobras antes de intentar cambiar el significado de la situación, sin modificarla objetivamente, como reevaluaciones cognitivas, tanto si el cambio introducido se basa en una interpretación realista de las señales emitidas o en una distorsión de la realidad.

Otras estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción no cambian directamente el significado del acontecimiento como hacen las reevaluaciones cognitivas. Por ejemplo, el que la atención selectiva o la evitación cambien el significado de una situación dependerá de lo que sea tomado en cuenta o de lo que se quiera evitar. El significado de una interacción puede permanecer invariable aunque algunos de estos aspectos sean ignorados o desaparezcan temporalmente los pensamientos del sujeto sobre ella. Ciertas formas de este tipo de afrontamiento son reevaluaciones, en cambio, otras no. Se utiliza el afrontamiento

dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etc. Estos procesos conducen por sí mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad (Lazarus y Folkman, 1991)

La autodecepción eficaz puede darse sin conocimiento del sujeto. La cuestión de la falta de conciencia coincide con la afirmación de Lazarus y Folkman de que los procesos cognitivos de evaluación no son conscientes.

4.3.2 Modos de Afrontamiento dirigidos al Problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones optativas con base en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido a la emoción también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

El hecho de que la definición de estrategia de afrontamiento dirigida al problema sea en cierta medida dependiente de los tipos de problemas a afrontar, significa que las comparaciones transituacionales de tales tipos de estrategias son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción.

Teóricamente, tanto el afrontamiento dirigido al problema como el dirigido a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro (Lazarus y Folkman, 1991).

La ubicuidad de las funciones dirigidas al problema y a la emoción se pone de manifiesto en el trabajo empírico sobre el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991). En un estudio durante un año de 100 adultos de mediana edad, se recogieron datos referentes a sus conductas para afrontar los acontecimientos estresantes habituales en su vida. Los sujetos refirieron las conductas y pensamientos que generalmente utilizaban para enfrentarse a las

demandas de tales acontecimientos en una lista de 68 ítems sobre modos de afrontamiento. Los ítems se establecieron a partir de las conductas de afrontamiento defensivo, búsqueda de información, resolución de problemas, inhibición de la acción, actuación directa sobre el problema y pensamiento mágico. Cada ítem se clasificó como dirigido a la emoción o dirigido al problema. Las estrategias dirigidas a la emoción incluían ítems como "busco el lado bueno de las cosas", "acepto la simpatía y la comprensión de alguien", e "intento olvidar el asunto por completo". Entre las estrategias dirigidas al problema encontraríamos "responsabilizar al individuo de sus cambios de opinión", "construir un plan de acción y seguirlo" y "mantener firme y luchar por lo que se quiere".

El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. La evaluación primaria así como las propiedades del individuo y del entorno influyen en la valoración de la importancia de lo que está en juego. Aunque muchos aspectos del individuo y del entorno afectan a la evaluación secundaria, la forma en que este realmente afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

4.3.3 Recursos para el Afrontamiento.

Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son realmente útiles como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles (Lazarus y Folkman, 1991).

Sería imposible intentar catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, por ello Lazarus y Folkman (1991) intentaron identificar las principales categorías que a continuación se mencionarán. Su propósito es el de ilustrar la naturaleza multidimensional de los recursos de afrontamiento y los distintos niveles de abstracción a los que pueden considerarse. Se empezarán por aquellos que se consideran principalmente propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución

de problemas. El resto de las categorías son más bien ambientales o incluyen los recursos sociales y materiales.

Salud y Energía.

Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante. Aunque algunas investigaciones de Bulman y Wortman (1977), Dimsdale (1974), etc., sugieren que los individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía, cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellos.

Creencias Positivas.

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Se incluyen en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (p.e., un médico) o un programa determinado (p.e., un tratamiento) resultaran eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios.

No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Por ejemplo, la creencia en un Dios castigador puede llevar al individuo a aceptar una situación perturbadora como un castigo divino y a no hacer nada para dominar o manipular las demandas de tal situación. De hecho, una creencia (un locus externo de control) puede conducir a una evaluación de desesperanza que, a su vez, disminuye el afrontamiento dirigido al problema. De forma similar, una creencia negativa sobre la propia capacidad para ejercer control sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas.

A pesar de su importancia teórica como recurso, se ha investigado poco sobre la forma en que las creencias se manifiestan realmente en los procesos de afrontamiento. De todas las creencias que hemos citado como recursos para el afrontamiento, las que han recibido más atención son las que hacen referencia al control. Una creencia general sobre un locus de control interno produce mayor actividad y persistencia en el afrontamiento que la creencia de un locus externo.

Las discusiones de Anderson (1977) y Strickland (1978) sugieren que las creencias generales sobre el locus de control influyen en el afrontamiento si el locus de control es interno, predominan las estrategias dirigidas al problema y si el locus es externo, predominan las estrategias dirigidas a la emoción.

Los datos obtenidos en un estudio hecho por Folkman, Aldwin y Lazarus (1981), las creencias generales sobre el locus de control no guardaron relación con el afrontamiento; en contra de lo que cabría esperar, el locus interno no pareció especialmente relacionado con el afrontamiento dirigido al problema.

Por otro lado, las evaluaciones de control si se hallan en estrecha relación con el afrontamiento. Las situaciones evaluadas como susceptibles de cambio (control) se asocian con más frecuencia a estrategias dirigidas al problema. Por el contrario, las situaciones que tenían que aceptarse sin posibilidad de cambio se asociaron con estrategias dirigidas a la emoción.

Técnicas para la Resolución del Problema.

Las técnicas para la resolución de problemas incluye habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.

Las técnicas para la resolución de problemas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.

Habilidades Sociales.

Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

Apoyo Social.

El hecho de tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado atención como recurso de afrontamiento en las experimentaciones realizadas sobre estrés.

Recursos Materiales.

Hacen referencia al dinero y a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Este recurso obvio se menciona raramente en las discusiones sobre afrontamiento, aunque su importancia queda implicada en las discusiones sobre las fuertes relaciones que existen entre el estatus económico, el estrés y la adaptación. Los recursos económicos aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Ya que Lazarus y Folkman (1991) dirigen la definición de proceso y la conceptualización de afrontamiento, se ven gradualmente forzados a considerar cada vez más el contexto y el proceso del microanálisis. Los pensamientos y actos cambian de acuerdo con las demandas situacionales de un momento determinado. Y dado que en una situación estresante el afrontamiento varía desde la fase anticipatoria a la de resultados, no se puede entender el proceso de afrontamiento sin hacer referencia al momento que se observa.

Este planteamiento de proceso tiene un inconveniente importante. Aunque permite describir el proceso de afrontamiento en una situación determinada -por ejemplo, las demandas particulares de la situación, los recursos y las coacciones que lo afectan-, esta

importancia otorgada a los contextos específicos desvía la atención del estilo general de afrontamiento del individuo. Este planteamiento de proceso resulta útil para el estudio de las consecuencias a corto plazo del estrés, pero hace difícil la descripción del estilo personal de afrontamiento a largo plazo. Esto dificulta los intentos de descubrir cómo afecta el afrontamiento los resultados a largo plazo a la salud del organismo, el funcionamiento social y la moral. ¿Significa que los factores situacionales influyen en el afrontamiento o que el afrontamiento varía de forma sistemática de acuerdo con factores personales del tipo del rol social, los modelos de compromiso, los objetivos o las creencias? (Lazarus y Folkman, 1991)

Lipowski (1971) hace una observación sobre los estilos y estrategias de afrontamiento en la relación con la enfermedad. "Las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados que la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto. El significado funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento" (p. 98)

Lipowski (1971) describió categorías de significado de la enfermedad, que reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimientos, el bagaje cultural y las creencias del enfermo. Por ejemplo:

- 1) "La enfermedad como desafío. Esta forma de ver la enfermedad inspira generalmente estrategias de afrontamiento activas y adaptativas. La enfermedad o la incapacidad es considerada como cualquier otra situación de la vida que impone unas demandas y obliga a una labor específica para manejarla con los medios de que se dispone. Las actitudes y los modelos de afrontamiento tienden a ser flexibles y razonables. Buscar a tiempo ayuda médica, cooperación e información sobre el proceso, la actividad y pasividad regulada de una forma racional, la búsqueda de gratificaciones sustitutivas, etc., son algunas de las estrategias calificadas como deseables.
- 2) La enfermedad como enemigo. La enfermedad es considerada como una invasión por fuerzas enemigas, internas o externas. Nuestro lenguaje refleja claramente esta actitud cuando hablamos de "combatir" la enfermedad o de "conquistar" la salud. Las consecuencias emocionales de esta forma de conceptualización son la ansiedad, el miedo y/o mal humor. Estos sentimientos predisponen a la lucha o a la huida o a rendirse por su indefensión.

También puede haber ansiedad u hostilidad. Las estrategias de afrontamiento reflejan esta actitud y toman distintas formas de defensa contra el peligro o el ataque. Es frecuente cierto grado de negación y de proyección aunque la dependencia regresiva y la positividad pueden expresar un sentido de indefensión y de predisposición a rendirse" (p. 98)

Habría que esforzarse en describir el significado que el individuo otorga a las situaciones para estudiar el modo en que las afronta. Ello ayudaría a explicar la variabilidad en el afrontamiento de determinados contextos a clases de ellos. Queda por ver si un planteamiento de procesos como el nuestro permite describir los distintos tipos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991)

Relacionando los estilos de afrontamiento con el embarazo Salvatierra (1989) menciona que los recursos y las estrategias empleadas para enfrentarse al embarazo son muy diversos, difíciles de evaluar y, sobre todo, de medir de forma unívoca. Unas mujeres recurren a defensas psicológicas, otras a conductas substitutivas y otras a estrategias objetivas tendentes a modificar la situación o a adaptarse ella misma. En muchos casos, la misma mujer emplea varias estrategias diferentes simultáneamente. Por otra parte, una cosa es la conducta ante el embarazo en sí y otra el afrontamiento de los estreses externos superpuestos, bien sean los problemas de relación interpersonal o los ligados al cambio de rol, trabajo, etc. Las estrategias cambian a lo largo de la gestación. Una estrategia objetiva, como la interrupción del embarazo, el aborto provocado, solamente pueden emplearse al inicio de la gestación, pero no en la segunda mitad.

Janis (1958) encontró que los pacientes quirúrgicos tienden a adoptar las mismas conductas defensivas y de adaptación que empleaban durante su infancia ante los padres. La puesta en práctica de tales conductas regresivas puede ser más acusada si la madre está presente, especialmente en el parto o en algunas complicaciones del embarazo. Por el contrario, la favorable influencia de la presencia del marido en el parto (Prill y Schneider, 1975) puede atribuirse en parte a que la mujer tiende a utilizar estrategias de afrontamiento menos infantiles.

Un nivel moderado de ansiedad-estado favorece el afrontamiento de la situación y la ayuda de otras personas, y fundamentalmente de médicos y personal de salud (Salvatierra, 1989). Es mejor que la embarazada se "haga cargo de la realidad", y esto se acompaña siempre de un cierto grado de ansiedad beneficiosa

Una clasificación de las posibles estrategias ante un estrés, es muy difícil. Mediante el cuestionario de Lazarus y Folkman (Ways of Coping, 1988) pueden describirse el escapismo, la contención, la aceptación pragmática, la búsqueda de ayuda, la autoacusación y el crecimiento. Dicho cuestionario no ha sido utilizado en gestantes (Lazarus y Folkman, 1991)

Ya que se hizo la revisión de ansiedad, depresión y afrontamiento en términos generales y tocando lo que respecta al embarazo, ahora se va a hacer referencia al embarazo con producto malformado. Y aunque este tema ya se tocó en el Cap. II, se va a dar una conclusión al respecto, enlazando los conceptos que se han manejado a lo largo de los capítulos.

Conforme ha mejorado el pronóstico de la madre, con los progresos de la medicina, ha cobrado un interés creciente el pronóstico fetal en todos sus ámbitos, desde lo biológico, hasta lo psicológico y lo social, ya que hasta hace poco no se le había dado la importancia real, esto paralelo a la apertura en el paradigma de la salud donde se han retomando conceptos antiguos. La adscripción de una embarazada al grupo de alto riesgo (diagnóstico prenatal) implica una situación especial para la misma. En la jerga asistencial se dice que requiere de "cuidados intensivos" de nivel "terciario", lo que significa el empleo de técnicas exploratorias costosas y molestas, repetidas con frecuencia y, muchas veces, una hospitalización prolongada. Sin duda, tal atención conduce a una disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal, pero sus repercusiones psicológicas son importantes, pasándolas muchas veces de lado por este temor de no saber como enfrentar, como profesionalista este problema que indudablemente toca la parte sensible del médico que en muchas ocasiones, por cuestiones de formación académica, ha sido reprimida. Por esto, se han diseñado pruebas psicológicas fáciles de manejar para la paciente, con una confiabilidad y validez que las hacen ser pruebas lo suficientemente serias para la investigación. Estas pruebas, tres de las cuales se manejan en este trabajo permiten tener al psicólogo un conocimiento acerca de la situación

emocional de éstas pacientes, que muchas veces queda al margen al ser el motivo principal de preocupación su salud y la del bebé. La apertura de investigación en lo que se refiere a pensamientos, sentimientos y conductas de las mujeres con problemas en su embarazo, en este caso las malformaciones, complementan los estudios ya existentes de mujeres con embarazos normales y que sirven como parámetros para explorar las diferencias entre éstos grupos dadas las alteraciones psicológicas subsecuentes sobre la llamada "crisis de maduración" como lo es ya el embarazo. Y como esta situación se puede complicar si no hay buena relación con la madre, si no hay apoyo de pareja y si no cuenta con los recursos tanto físicos, psicológicos y sociales para que le ayuden a superar los estados emocionales por los que está pasando en éstos momentos, siendo muchas veces inesperada.

La apertura del trabajo del psicólogo en Instituciones de salud permite darle la importancia debida a los problemas psicológicos en relación a los problemas físicos, a su interdependencia y para comprobar que mente y cuerpo funcionan a la par es influenciándose mutuamente.

Cada uno de los capítulos desarrollados en este trabajo cumplen con la función de tener una visión más clara y entendible de cuales son los procesos (biológicos y psicológicos) y las opciones de tratamiento por los que pasa la mujer embarazada cuando su embarazo es clasificado de alto riesgo por la posible malformación del bebé. De cómo el enfoque de salud utilizado por el profesionista va a influir en el desarrollo del tratamiento con la paciente, desde la actitud hasta el procedimiento empleado, y cómo la paciente responde ante esta situación en forma recíproca, donde interactúan dos partes que sienten y piensan por el bienestar de un tercero, el futuro bebé.

CAPITULO V METODOLOGIA

*LA ENSEÑANZA ES UNA CUARTA PARTE CONOCIMIENTOS
Y TRES CUARTAS PARTES ACTUACION
GAIL GODWIN*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION:

* ¿Existe alguna correlación entre la ansiedad y la depresión en el modo de afrontamiento que utiliza la madre al saberse portadora de un niño malformado que tiene pocas posibilidades de vida?

OBJETIVO GENERAL

Identificar si la ansiedad y la depresión están asociados con los modos de afrontamiento en la madre con diagnóstico de producto malformado con pocas posibilidades de vida

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar cómo la madre con producto malformado con pocas posibilidades de vida afronta este problema

Determinar si los niveles de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, así como los de Depresión se asocian con los modos de afrontamiento de estas pacientes, al momento de notificarles la posible malformación de su bebé.

TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación realizado fue correlacional

Hernández, Fernández y Baptista (1995) mencionan que el tipo de estudios de correlación tienen como propósito medir el grado de relación, o no, que exista entre dos o más conceptos o variables en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables

relacionadas. En el caso de que dos variables estén correlacionadas, ello significa que una varía cuando la otra también varía (la correlación puede ser positiva o negativa)

HIPOTESIS

La ansiedad y la depresión están asociados con los modos de afrontamiento que utiliza la paciente al saberse portadora de un bebé malformado que tiene pocas posibilidades de vida, determinado estadísticamente.

VARIABLES:

**** Variable Independiente:** Es la variable controlada, por lo tanto, son variables preexistentes en los sujetos que van a ser estudiados = Embarazo con Producto Malformado con pocas posibilidades de vida.

* Definición Conceptual: El Embarazo con Producto Malformado será definido como "Es todo defecto permanente anatómico, histológico o bioquímico que el organismo no puede reparar a través del crecimiento y desarrollo" Y se dice que tiene pocas posibilidades de vida cuando éstas no alcanzan más del 10 % de posibilidades de llegar a buen término (Díaz del Castillo, 1984)

**** Variable Dependiente**

Ansiedad (Rasgo y Estado)
Depresión.
Modos de Afrontamiento.

* Definición Conceptual:

Ansiedad-Rasgo - Son las diferencias individuales **relativamente estables** en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

Ansiedad-Estado - Una condición o **estado emocional transitorio** del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión de aprehensión subjetivos

conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Diaz guerrero, 1975)

Depresión - Es caracterizada por la siguiente sintomatología afectivos persistentes (tristeza, melancolía y accesos de llanto); equivalentes fisiológicos (variación diurna, alteración en el sueño, disminución en la ingesta de alimentos, pérdida de peso, libido disminuida, constipación, taquicardia y fatiga) y equivalentes psicológicos (agitación psicomotora, retardo psicomotor, confusión, vacuidad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal y rumiación suicida) (Zung, 1965).

Afrontamiento - Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Y los estilos de afrontamiento son de acuerdo a Lazarus y Folkman (1988)

Confrontativo - Se describen esfuerzos agresivos para alterar la situación; también sugiere un grado de hostilidad y correr el riesgo

Distanciamiento - Describe esfuerzos para adaptarse uno mismo a la situación. También se refiere a la creación de un punto de vista positivo

Autocontrol.- Describe esfuerzos para reprimir los sentimientos propios y acciones.

Busqueda de Apoyo.- Describe esfuerzos para buscar apoyo informal, apoyo tangible y apoyo emocional.

Aceptación de la Responsabilidad - Se reconoce el papel personal en el problema tratando de poner las cosas en su lugar.

Escape-Evitación - Describe el pensamiento deseoso y esfuerzos conductuales para escapar o evitar.

Resolución de Problemas - Describe esfuerzos deliberados enfocados al problema para alterar la situación, añadido a una aproximación analítica para la situación

Reevaluación Positiva - Describe esfuerzos para crear un significado más, enfocándolo a la superación personal, también tiene un tono religioso

* Definición Operacional

Ansiedad Puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975)

Depresión Puntaje obtenido en la Escala de Automedición de la Depresión (Zung, 1965).

Afrontamiento Lo que mide el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1988)

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño que se utilizó fue no experimental (expost-facto), transaccional correlacional, de una sola muestra (un solo grupo)

Hernández et al (1995) mencionan que la investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente la variable independiente, ya que ésta ya ha ocurrido y no puede ser manipulada. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kelinger (1990) la investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos a las condiciones.

Los diseños transaccionales correlacionales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández et al., 1995)

SUJETOS:

Participaron 30 mujeres mexicanas las cuales eran pacientes del Instituto Nacional de Perinatología cuyo embarazo fué diagnosticado con "producto malformado con pocas posibilidades para la vida y la función" en el Departamento de Medicina Fetal. La elección se hizo por medio de un muestreo no probabilístico, de tipo intencional, es decir, que la elección estuvo relacionada con las características específicas que requería la investigación, con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujeres mexicanas
- Mujeres alfabetizadas.
- Mujeres que presentaran embarazo con producto malformado con pocas posibilidades de vida.
- Mujeres en edad reproductiva.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Serán excluidas aquellas mujeres que presenten alguna patología emocional severa (pacientes psiquiátricas).

MATERIALES:

-- Historia Clínica. (Ver anexo 1).

Elaborada por el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología

-- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. (Ver anexo 2).

Fuó desarrollado en 1964 por Spielberger y Gorsuch. La traducción al español es de Spielberger y Diaz Guerrero (1975). Este inventario en español STAI (State Trait Anxiety Inventory) está constituido por escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada Ansiedad-Rasgo y 2) La llamada Ansiedad-Estado.

La escala Ansiedad-Rasgo consiste de 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto describir como se siente generalmente. La escala Ansiedad-Estado también

consiste de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Para la dimensión estado se establece que existe ansiedad cuando el puntaje en bruto es igual o mayor a 43, y para la dimensión rasgo igual o mayor a 47 puntos (Morales y González, 1990).

-- Escala de Autoevaluación de la Depresión (Ver anexo 3)

La escala de automedición de la Depresión de Zung (EAMD), fué elaborada y usada por William Zung en 1965. Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. Comprende 10 reactivos positivos y 10 reactivos negativos, en cada uno de los reactivos existen cuatro posibilidades de respuestas y estos son contestados inmediatamente ante la lectura de la pregunta. Se considera existente un cuadro depresivo, cuando la puntuación en bruto es igual o mayor a 44 puntos.

La prueba fué estandarizada en la población del Instituto Nacional de Perinatología en 1993 por los psicólogos Guillermo González Campillo y Francisco Morales Carmona (González y Morales, 1993)

-- Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Ver anexo 4)

El análisis factorial de los modos de afrontamiento (p.e., Folkman y Lazarus sin publicar), citado en Lazarus y Folkman (1991) parecen distinguir factores dirigidos a la resolución del problema (desarrollo de estrategias cognitivas y conductuales como son conseguir varias soluciones, buscar información y realizar un plan de acción y seguirlo) y factores dirigidos a la emoción, que incluyen la búsqueda de apoyo social y emocional, el distanciamiento, la evitación, la acentuación de los aspectos positivos de la situación y el autorreproche.

El Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1988) se sometió a pruebas de validez y confiabilidad, y se concluyó que ésta versión es un instrumento con un nivel de confiabilidad de consistencia en un rango de .60 a .86 en las categorías y considera que éste cuenta con una "validez" respetable. En el trabajo de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986), el Cuestionario de Modos de Afrontamiento es sometido a una prueba multivanada de análisis de factor, dando

como resultado la agrupación de los 68 reactivos en 8 categorías. (Figueroa y Betancourt, 1994).

ESCENARIO:

Las aplicaciones de las pruebas se realizaron en el Instituto Nacional de Perinatología, en el Departamento de Medicina Fetal. Se dispuso de un cubículo, el cual contó con un escritorio, sillas, luz y ventilación adecuada.

PROCEDIMIENTO:

Después de que las mujeres eran aceptadas como pacientes del Instituto Nacional de Perinatología y que su diagnóstico, por parte del Departamento de Medicina Fetal, fue que su embarazo presentaba un producto malformado con pocas posibilidades de vida y que cumplieron con los requisitos de inclusión para esta investigación, se tuvo una primera entrevista donde se realizó el rapport y se les explicó en que consistía la investigación y cual iba a ser su participación. Se les dijo que la investigación tenía como objetivo apoyarlas durante y después del embarazo. Que era necesario contestar unos cuestionarios en dos sesiones. Lo cual no se pudo llevar a cabo por el estado de salud de las pacientes y porque no iban a sus citas, así que las aplicaciones de las pruebas se hicieron en un solo día (Historia Clínica, Escala de Autoevaluación de la Depresión (Zung), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y el Cuestionario de Modos de Afrontamiento). Se les comentó que toda la información que proporcionaba (y en dados casos sus parejas) era estrictamente confidencial y no comportaba ningún riesgo para ella y/o ellos.

CAPITULO VI RESULTADOS

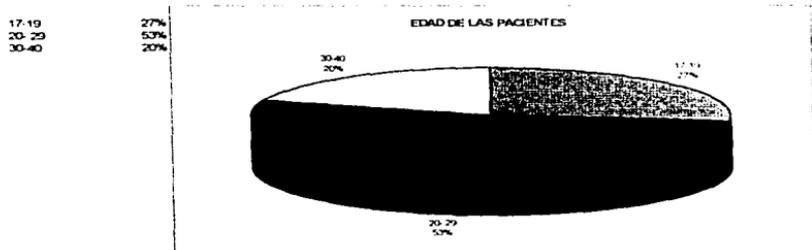
*LA HISTORIA ES CUESTIÓN DE SUPERVIVENCIA
SI NO TUVERAMOS PASADO ESTABILIZADOS
DESCRIBIMOS DE LA INFERENCIA QUE DEFINE
NUESTRO SEX*

KEN BURNS

El presente estudio tuvo por objetivo correlacionar las variables Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado, Depresión y las 8 categorías que conforman los Modos de Afrontamiento (confrontativo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva), en la muestra obtenida para llevar a cabo el objetivo planteado de este trabajo

La muestra tuvo las siguientes características socio-demográficas

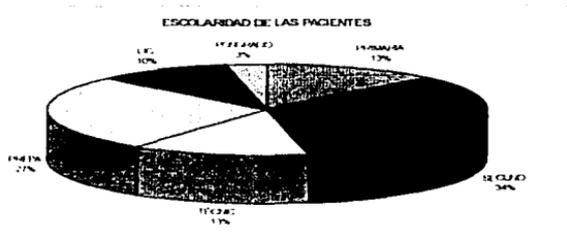
En cuanto a la edad, el rango mínimo fue de 17 años y el máximo de 40. Siendo caracterizada la muestra con un porcentaje mayor por mujeres de 20 a 29 años (ver cuadro 1).



CUADRO 1

Para la escolaridad se tomaron en cuenta los diferentes niveles educativos, desde primaria hasta posgrado. Caracterizando esta muestra las mujeres con nivel de secundaria y preparatoria (ver cuadro 2)

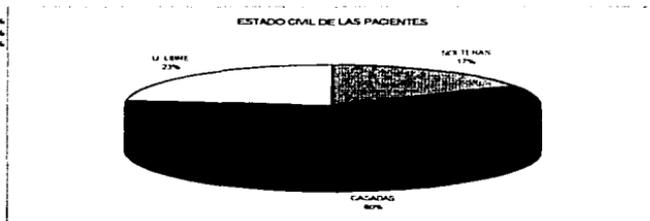
PRIMARIA 13%
 SECUND 34%
 TECNICA 13%
 PREPA 27%
 LIC 10%
 POSGRADO 3%



CUADRO 2

El estado civil de estas pacientes, se caracterizó por solteras, casadas y que viven en unión libre. Predominando con mayor porcentaje las casadas (ver cuadro 3)

SOLTERAS 17%
 CASADAS 60%
 U. LIBRE 23%



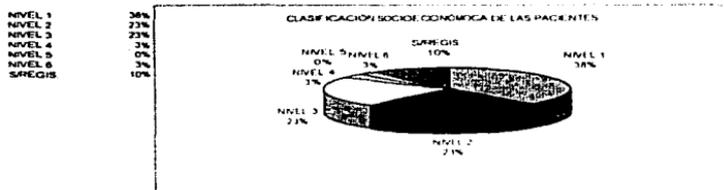
CUADRO 3

En lo que se refiere a la ocupación, estas pacientes se dedicaban al hogar, eran empleadas domésticas, eran empleadas del sector público y profesionistas. En mayor porcentaje se dedicaban al hogar. (ver cuadro 4)



CUADRO 4

La clasificación socio-económica es asignada por la trabajadora social del Instituto, quien toma en cuenta 5 factores: 1) ingreso mensual y cuántas personas dependen de él, 2) alimentación (porcentaje del ingreso mensual destinado a la alimentación), 3) vivienda (porcentaje del ingreso mensual destinado a la vivienda), servicios públicos con los que cuenta, número de habitaciones, material de construcción, etc., 4) lugar de procedencia (rural o urbana), y 5) total de enfermos en la vivienda (esto es para saber si la persona que aporta el mayor gasto para la mantención se encuentra en buen o mal estado de salud) y de esta forma asignan con el número 1, al nivel más bajo y con el número 6 al más alto, partiendo de un puntaje de 100 hacia abajo. Cabe mencionar que no se obtuvo la clasificación de tres pacientes ya que no estaban registradas. La muestra se caracterizó principalmente por los niveles 1, 2 y 3. (ver cuadro 5).



CUADRO 5

Tomando en cuenta las gestas, se tuvieron tanto primigestas como multigestas, siendo estas últimas las que caracterizaron esta muestra, de las cuales 10 tenían antecedentes de pérdidas perinatales o neonatales (ver cuadro 6)



CUADRO 6

Como dato importante se tomaron en cuenta las semanas de gestación (SDG) para ver a que edad gestacional llegaban las pacientes en sus primeras citas al servicio de Medicina Fetal para su posible diagnóstico. Se encontró que la edad gestacional mínima fue de 19 SDG y la máxima de 38.3 SDG. Este dato se consideró importante ya que, como se puede ver, es muy amplio el rango entre la semana mínima y la máxima, y esto indica que muchas madres saben de la posible malformación de su bebé ya muy avanzado su embarazo, casi a la segunda mitad del periodo gestacional.

Integrando las características sociodemográficas de la muestra se obtuvo la siguiente información, en cuanto a la edad, el 53% tenía una edad entre 20 y 29 años, lo cual medicamente la ubica en la edad ideal para la reproducción. Cabe mencionar que al inicio de la investigación, el rango de edad no podía ser establecido, ya que no se sabía la incidencia de estas pacientes en el departamento de medicina fetal, por lo que se consideró que cualquier mujer en edad reproductiva que cubriera con los requisitos de inclusión, era candidata para esta investigación.

La escolaridad estuvo caracterizada por mujeres con secundaria (54%) y preparatoria (27%), lo cual indica que son mujeres alfabetas que cuentan con educación media. Asimismo, el 60% de estas mujeres estaban casadas y 83% se dedicaban al hogar, lo cual indica que son amas de casa dedicadas al hogar, a su esposo y a sus hijos, el 60% de ellas eran multigestas, de las cuales el 6% tenía antecedentes de pérdidas perinatales o neonatales. En cuanto al nivel socioeconómico, se encontró que los 3 niveles más bajos son los que caracterizaron esta muestra, dando por sentado que son mujeres de clase media a media baja. También se encontró que las semanas de gestación (SDG) al momento de llegar al departamento de medicina fetal era variado, pero todas sobrepasaban las 19 SDG, lo cual muestra un avance considerado en el desarrollo del embarazo. En cuanto al seguimiento de la resolución del embarazo, en lo que respecta a la malformación del bebé, se obtuvo que el 50% no logró vivir y el 33% sí, con el resto de las pacientes no hubo seguimiento por que hasta el momento de esta investigación todavía no había resolución. Esto indica que el mayor porcentaje de estos bebés presentó malformaciones mayores, ya que estas afectaron órganos o sistemas importantes que no permitieron el buen término del embarazo.

En cuanto a la metodología utilizada, las correlaciones obtenidas permitieron tener en cuenta que los estados psicológicos que predominan en esta muestra con niveles de significancia muy importantes (0.00 a 0.40), al igual que las correlaciones (7401 a 4293) son Ansiedad-Rasgo, Ansiedad-Estado, Depresión y de los estilos de Afrontamiento están Escape-Evitación, Autocontrol, Reevaluación Positiva, Soporte Social y Responsabilidad.

En el cuadro 7 se muestra el cuadro del análisis estadístico de Spearman

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN

Ansiidad Rasgo.	3072 SIG 099																			
Depresion.	4293 SIG 018	.7401 SIG 000																		
Auto-control.	5254 SIG 003	.1283 SIG 499	1689 SIG 372																	
Confrontativo.	0444 SIG 816	-.0837 SIG 660	-.1031 SIG 588	-.1023 SIG 590																
Distanciamiento.	2002 SIG 289	1091 SIG 566	1609 SIG 398	1043 SIG 583	-.3462 SIG 061															
Escape Evitación.	3250 SIG 003	5771 SIG 001	5281 SIG 003	6076 SIG 000	-.2094 SIG 267	2705 SIG 242														
Reevaluación Posit.	4984 SIG 005	-.3429 SIG 064	-.5180 SIG 003	-.3963 SIG 030	-.0385 SIG 840	0490 SIG 787	-.5362 SIG 002													
Responsabilidad.	3030 SIG 104	-.2044 SIG .279	-.2953 SIG 113	-.3766 SIG .040	-.1170 SIG 538	-.2463 SIG 190	-.5377 SIG 002	2038 SIG 280												
Resolución Prob.	1229 SIG 618	2448 SIG 192	2986 SIG 109	1506 SIG 427	0338 SIG 859	-.0029 SIG 988	1720 SIG 364	-.2541 SIG 175	-.1947 SIG 303											
Soporte Social	0630 SIG 741	-.0568 SIG 771	-.0428 SIG 741	-.3908 SIG 033	-.2732 SIG 144	-.3571 SIG 053	-.3784 SIG 039	0156 SIG 935	3478 SIG 064	-.2330 SIG 072										
		Ansiidad Estado	Ansiidad Rasgo	Depresion	Auto-control	Confrontativo	Distanciamiento	Escape Evitación	Reevaluación Posit	Responsabilidad.	Resolución Prob									

CUADRO 7

A continuación se examinarán detalladamente, por medio de los reactivos de las pruebas utilizadas (Inventano de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, de la Escala de Depresión, y de las categorías encontradas en las correlaciones del Cuestionario de Modos de Afrontamiento, como son escape-evitación, autocontrol, reevaluación positiva, soporte-social y responsabilidad), cada una de las correlaciones que fueron más significativas y se ordenarán de acuerdo al nivel de significancia, de las más relevantes 000 hasta las de 04

--- En la primera correlación se asocian las variables Depresion y Ansiidad-Rasgo, con un coeficiente de .7401 y una significancia de 000 Esta correlación se interpreta como: A mayor depresión mayor ansiedad-rasgo. A mayor sintomatología depresiva (disfrutan poco de las relaciones sexuales, comen menos de lo acostumbrado, no les es tan fácil tomar

decisiones y pocas veces tienen la mente clara) mayor ansiedad-rasgo (las pacientes pocas veces se sienten descansadas, poco satisfechas, poco tranquilas, poco serenas y seguras) Se puede entender con esta asociación que las pacientes son propensas al estrés, a la depresión crónica (personalidades depresivas) y a la ansiedad libre flotante (personalidad ansiosa)

--- En la correlación de dos tipos de afrontamiento como es Escape-Evitación y Autocontrol se obtuvo una significancia de .000 y una correlación de .6076 Esta correlación se interpreta como A mayor escape-avoidance mayor autocontrol. A mayor tendencia a escapar y evitar (las pacientes esperan que ocurra un milagro, duermen más de lo acostumbrado, evitan estar con la gente) mayor utilización del autocontrol (intentan que sus sentimientos no interfieran en otras cosas, ocultan a los demás lo mal que les va, intentan no actuar demasiado aprisa). Se encontró que estas pacientes afrontan la situación de manera intelectualizada (defensa cognitiva), que su personalidad es negadora y evasiva, que son pacientes con características cognitivo-conductuales que no enfrentan el estrés y que demuestran una disociación entre lo emocional y lo cognitivo

--- La correlación entre Escape-Evitación y Ansiedad-Rasgo tuvo una significancia de .001 y un coeficiente de correlación de .5771 Se interpreta esta correlación como Entre más escape-avoidance más ansiedad-rasgo. A mayor escape-avoidance (las pacientes desean que la situación se desvanezca o termine de algún modo, duermen más de lo acostumbrado, fantasean o imaginan el modo en que podrían cambiar las cosas) mayor ansiedad-rasgo (las pacientes se sienten poco satisfechas, poco tranquilas, poco seguras y poco descansadas) Se encontró que estas pacientes a lo largo de su vida han encontrado muchos estímulos amenazantes para su bienestar y ellas tienden a escapar y evitar, lo cual no les ayuda a enfrentar la situación, sea estresante o no, ya que sus experiencias previas, sobre todo en edades tempranas, tanto personales como familiares, configuran una personalidad ansiosa, depresiva y evitatoria

--- En la primera correlación negativa, intervienen dos estilos de afrontamiento: Escape-Evitación y Responsabilidad Esta correlación tuvo un nivel de significancia de .002 y una correlación de -.5377 Se interpretó de la siguiente manera. Entre más escapan y evitan menos se responsabilizan. Entre más escapan y evitan (se niegan a creer lo que ha ocurrido,

duermen mas de lo acostumbrado, fantasean o imaginan el modo en que podrían cambiar las cosas), menos se responsabilizan (se critican menos así mismas, en ocasiones hacen algo para compensar, de ninguna manera creen ser la causa del problema). Nuevamente se observa que escape-evitación es el modo mas usual de afrontar las situaciones estresantes, asociada aquí con la responsabilidad, minimizando, con esta última, el impacto de la situación sintiéndose así protegidas

-- Otra correlación negativa es Reevaluación Positiva y Escape-Evitación Esta tiene un nivel de significancia de .002 y un coeficiente de correlación de -.5352 Se interpreto de la siguiente manera: entre más reevaluaciones positivas tienen, menor es el escape-avoidance. Es decir, mientras que las pacientes reevalúan positivamente la situación (se sienten inspiradas para hacer algo creativo, piensan que los problemas las hacen madurar como personas, tienen fe en algo nuevo, redescubren lo importante en la vida) ellas tienden a actuar con pensamiento y conductas menos escapatorias y evitatorias (duermen mas de lo acostumbrado, evitan estar con la gente, se niegan a creer lo que ha ocurrido) Se puede notar que estos dos estilos de afrontamiento van dirigidos a un mismo objetivo, negar la situación por la que están pasando. En esta correlación se observa nuevamente que utilizan la reevaluación positiva como un medio para sentirse seguras, aunque no sea la manera mas adecuada para afrontar esta situación y superarla. Esta correlación nos sirve para ilustrar que dos modos de afrontamiento, aparentemente diferentes, son utilizados al mismo tiempo por la paciente.

-- La correlación entre Autocontrol y Ansiedad-Estado es de .5294 con una significancia de .003. Se interpreta esta correlación como A mayor autocontrol, mayor ansiedad-estado presentan. Es decir, Entre más emplean las pacientes el autocontrol (no agotan sus posibilidades de solución en un mismo instante, intentan no actuar demasiado aprisa, ocultan a los demás lo mal que les va, intentan que sus sentimientos no interfieran en otras cosas), más ansiedad-estado manifiestan (no se sienten en lo absoluto cómodas, ni a gusto, ni alegres, ni descansadas, ni satisfechas, se sienten preocupadas y con poca confianza en sí mismas). En el análisis de mediana (ver anexo cuadro 1), la ansiedad-estado estadísticamente es más alta que la ansiedad-rasgo, pero curiosamente las correlaciones con mejor nivel de significancia son las de ansiedad-rasgo. Con esta correlación se comprueba

que cuando las pacientes reprimen sus estados emocionales, la ansiedad flotante se libera cuando hay un estímulo amenazante

--- La correlación entre Escape-Evitación y Depresión tuvo un coeficiente de 5281 y una significancia de 003 Esta correlación se interpreta como A mayor escape-avoidancia, mayor depresión Es decir, entre más escapan y evitan (confían en que ocurra un milagro, desean que la situación se desvanezca o termine, se niegan a creer lo ocurrido, fantasean o imaginan el modo en que podrían cambiar las cosas) mayor depresión, presentando las siguientes cogniciones y conductas (pocas veces disfrutaban de las relaciones sexuales, comen menos que antes, algunas veces tienen la mente tan clara como antes al igual que solo algunas veces les resulta fácil tomar decisiones y se sienten abatidas y melancólicas) El estilo de afrontamiento empleado en esta correlación les permite a las pacientes fugarse a la fantasía y a la negación, lo cual incrementa sus episodios depresivos y no les permite tener contacto con el problema y afrontarlo

--- La correlación entre Escape-Evitación y Ansiedad-Estado, tuvo un coeficiente de 5250 y una significancia de 003 Se interpreta como Entre más escapan y evitan, más son sus síntomas de ansiedad-estado Traducido esto a conductas, pensamientos y sentimientos se puede decir que las pacientes entre más confían en que ocurra un milagro, fantasean o imaginan el modo en que podrían cambiar las cosas, evitan estar con la gente en general, duermen más de lo acostumbrado, manifiestan más sintomatología ansiosa, sintiéndose menos a gusto, menos alegres, menos cómodas, muy preocupadas y con poca confianza en sí mismas Esta correlación muestra que aunque las pacientes tratan de evitar el contacto con la situación estresante, esto les sirve para disparar su ansiedad al no saber enfrentar el problema.

--- En esta correlación (negativa) se encontró a la Reevaluación Positiva y Depresión, con un coeficiente de - 5180 y una significancia de 003 Se puede decir al respecto que las pacientes entre más reevaluaciones positivas tienen, menos se deprimen Esto es, mientras más se sienten inspiradas para hacer algo creativo, cambian algo de sí mismas, piensan que los problemas las hacen madurar como personas, redescubren lo importante de la vida, su

sintomatología depresiva disminuye, como por ejemplo en alguna medida se sienten un tanto a gusto así como a veces preocupadas y con poca confianza en si mismas

--- El coeficiente de correlacion entre la Reevaluación positiva y la Ansiedad-Estado fue de - 4984 con una significancia de 005 Se entiende por esta correlacion negativa que las pacientes entre menos ansiedad-estado manifiestan, son mas las reevaluaciones positivas acerca de la situacion Es decir, entre menos manifiestan sentimientos de incomodidad, de sentirse a gusto, alegres, descansadas, con poca preocupacion y con poca confianza en si mismas, más reevaluaciones positivas tuvieron acerca de la situación, como por ejemplo se sienten inspiradas para hacer algo creativo o cambian algo de si mismas En esta correlación, al igual que en todas donde interviene la reevaluación positiva, curiosamente son negativas. Y se interpretaron que cuando la sintomatología ansiosa, tanto de rasgo como de estado, depresiva y de escape-avoidancia se presentan, la reevaluación positiva sirve como mediador entre las pacientes y la situación estresante para que aminore el impacto Se considera que este uso de la reevaluación positiva es otro modo de afrontar la situación para escapar y fantasear, cubriendo de este modo una depresion enmascarada

--- La Depresión y la Ansiedad-Estado tuvieron una correlacion de -4293, con una significancia de 018 Se interpreta esta correlacion como Entre mas depresion más ansiedad-estado Es decir, mientras que las pacientes más se deprimen (comen menos de como solian hacerlo, disfrutan poco de las relaciones sexuales, no les es tan fácil tomar decisiones porque no tienen la mente tan clara como antes) mayor es su estado de ansiedad, presentando las siguientes características: no se sienten cómodas, ni a gusto, ni alegres, ni descansadas, tienen poca confianza en si mismas y se encuentran muy preocupadas por el problema que en estos momentos viven. Esta correlación era de las más esperadas, ya que por la situación tan particular por la que estaban pasando, era normal que sus reacciones tanto depresivas como ansiosas aumentarían.

Las correlaciones que a continuación se mencionan muestran tendencias a asociaciones importantes entre las variables, ya que su nivel de significancia es alto, pero el coeficiente es menor a .40.

--- En esta correlación hay dos estilos de afrontamiento que se asocian, la Reevaluación positiva y el Autocontrol, con un coeficiente de -0.3963 y un nivel de significancia de $.030$. Esta correlación se interpreta como Entre más reevaluaciones positivas tienen, menos es el autocontrol que ejercen. Es decir, mientras que las pacientes utilizan más sus esfuerzos para darle significado a algo, rezan alguna oración tienen fe en algo nuevo, piensan que los problemas las hacen madurar como personas, menores son los esfuerzos para reprimir sentimientos y conductas propias.

--- La correlación entre Autocontrol y Soporte-Social fué de -0.3909 con una significancia de $.033$. Esta correlación se interpreta como Entre más autocontrol ejercen sobre ellas mismas menor fué el soporte social brindado. Es decir, mientras que las pacientes más guardan solo para ellas sus sentimientos, ocultan a los demás lo mal que les va, intentan que sus sentimientos no interfieran con otras cosas, menos apoyo social reciben, ya que no hablan con nadie para averiguar más sobre la situación, no aceptan la simpatía y comprensión de alguien, no buscan ayuda profesional y no platican a nadie como se sienten.

--- Los estilos de afrontamiento Soporte-Social y Escape-Evitación, tuvieron un coeficiente de correlación de -0.3784 y una significancia de $.039$. Se interpreta como Entre más escapan y evitan menos soporte social tienen. Por ejemplo, mientras más confían en que ocurra un milagro, duermen más de lo acostumbrado, evitan estar con la gente en general, se niegan a creer lo que ha ocurrido, menos buscan ayuda profesional, menos hablan con alguien que pueda hacer algo por su problema, no platican a alguien como se sienten y no aceptan la simpatía y comprensión de alguien. Esta correlación se puede constatar en la práctica, ya que muchas pacientes no hablan porque quieren mostrarse fuertes ante sus parejas o ante la familia.

--- La última correlación importante fué el Autocontrol y la Responsabilidad, que tuvieron una correlación de -0.3766 y un nivel de significancia de $.040$. Se interpretó esta correlación como Entre más autocontrol menos responsabilidad. Esto es, entre más ocultan a los demás lo mal que les va, intentan que sus sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas, repasan mentalmente lo que harán o dirán y guardan para ellas sus sentimientos, en menor medida se disculpan o hacen algo para compensar, creen que no son la causa del

problema, se critican o se sermonean menos así mismas y se prometen a sí mismas que las cosas serán distintas la próxima vez.

6.1 Conclusiones y Discusión.

El planteamiento de problema de esta investigación tuvo hallazgos muy importantes al encontrar cómo las variables ansiedad rasgo y estado, así como la depresión tienen una correlación importante con cinco estilos de afrontamiento (escape-avoidance, autocontrol, reevaluación positiva, responsabilidad y soporte-social) y como entre estos mismos estilos hay asociaciones importantes que dan un panorama muy enriquecedor del perfil de estas pacientes al momento de conocer la noticia que su bebé era portador de una malformación y que probablemente tuviera un porcentaje muy bajo de sobrevivir. En cuanto a la hipótesis formulada se comprobó que existen correlaciones muy importantes entre las variables arriba mencionadas, que serán descritas a continuación.

Con el análisis de las correlaciones obtenidas se encontró que estas pacientes presentan rasgos predominantemente de una personalidad depresiva y ansiosa, que en sus experiencias previas sus habilidades para afrontar una situación estresante no cubren las demandas de la situación y los recursos que utilizan las pacientes no son los que pueden emplear mejor y que en muchas ocasiones aunque la situación no sea amenazante, la ven como tal, y en casos donde la situación a afrontar es más real, lo hacen de una manera que no permite estar en contacto objetivo con la situación amenazante. Esto se comprueba con la teoría de Vallejo y Díez (1990) quienes mencionan que se puede entender la génesis de la angustia, cuando ésta emerge en el momento en que se disrega cualquier eslabón del sistema, y en este caso el desarrollo normal del embarazo. Esta alteración o disregulación, como ellos mismos mencionan, no es en el mundo interno, la corporalidad, la que está enferma, sino es la representación o modelo que de ella tenga el individuo, tomando en cuenta que los patrones aprendidos del mundo exterior pertenecen al ámbito de lo adquirido, generalmente en periodos tempranos de la vida (infancia). Y esto se puede comprobar con la primera correlación, donde curiosamente la Ansiedad-Rasgo predominó junto con la Depresión, donde sería bueno investigar más el concepto de vida de estas pacientes para así

poder entender mejor como es su representación psicológica y como influye ésta en la depresión y ansiedad manifiesta a lo largo de sus experiencias

Como mencionan Spielberger y Diaz-Guerrero (1975) se podría anticipar en general que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en A-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta A-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la auto estima. Pero el hecho de que las personas que difieren en A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada de un individuo

A nivel de análisis de mediana la primera correlación significativa fue con Ansiedad-Rasgo, la Ansiedad-Estado presenta un puntaje 52, mientras que la Ansiedad-Rasgo presenta un puntaje de 42.5. (ver anexo cuadro 1) Lo cual indica que a este nivel estadístico, la Ansiedad-Estado tuvo puntajes más altos que la Ansiedad-Rasgo, pero a nivel de correlación es más significativa la Ansiedad-Rasgo. Se considera que esto se debe en primer término por que la valoración fue realizada en el momento preciso de la noticia de que su producto estaba malformado, tendiendo a aumentar la Ansiedad-Estado, y en segundo término a la estructura de personalidad de la paciente (Ansiedad-Rasgo)

Salvatierra (1989) menciona que un nivel moderado de ansiedad-estado favorece el afrontamiento de la situación al igual que la ayuda de otras personas fundamentalmente de médicos y personal de salud.

El mismo Salvatierra (1989) menciona que las posibles estrategias ante un estrés es muy difícil clasificarlas, pero que en general puede hablarse de dos tipos de conducta: 1) la negación de la gestación, que ignora o banaliza, o bien se racionaliza, se sublima, etc. Estas típicas defensas psicológicas suelen acompañar a peores resultados obstétricos; y 2) la aceptación de la realidad, donde las mujeres que se dan cuenta de la realidad y no se hacen

falsas alusiones están afrontando objetivamente la situación y superando mejor el estrés que las que se refugian en estereotipos y formulas convencionales.

En base al comentario antes descrito por Salvatierra se pudo concluir que estas pacientes utilizaron con mayor frecuencia los estilos de afrontamiento Escape-Evitación y Autocontrol, los cuales les permitieron que esta situación no fuera tan dolorosa para ellas. Aunque estos modos de afrontamiento no les permiten actuar con los recursos con los que cuentan ante el problema, y en lugar de ayudarles, las hacen que no se enfrenten a la situación real. Sin embargo, se pudo notar que otro estilo de afrontamiento, usado a la par con los ya mencionados anteriormente, la Reevaluación Positiva, les permite aminorar los síntomas de ansiedad-estado y depresivos, hasta los estilos de afrontamiento como Escape-Evitación y Autocontrol, aunque también sea otra forma negadora de afrontar la situación problema. Se encontró básicamente que estas pacientes utilizan los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, ya que sus procesos cognitivos están encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, ya que estas modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente. La amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación. Utilizan el tipo de afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor. Y esto se comprueba mediante el discurso de la mayoría de ellas, donde mencionaban que esperaban que el diagnóstico estuviera mal, que el médico se hubiera equivocado, que el resultado de los estudios realizados no fueran correctos, que esperaban hasta el último momento del embarazo por si el bebé sanaba en ese tiempo, esperaban un milagro de Dios para que cambiaran las cosas, el ir a otro hospital para pedir otra opinión, comentaban y esperaban a ver que Dios dice porque nosotros no somos nadie para quitarle la vida al bebé, etc. Estos comentarios ilustran cómo la reevaluación positiva al igual que el escape y la evitación les permiten calmar momentáneamente su depresión y su ansiedad (prefería pensar positivamente porque si me la imaginaba (a la bebé) me deprimía), ya que la sintomatología de estos dos estados psicológicos se mantiene latente, y dadas ciertas circunstancias, en el momento y posteriores al embarazo, se disparan. Ya que como menciona Langer (1994) las mujeres que antes del embarazo han presentado inestabilidad emocional (desde chica me cuesta trabajo llorar, que los demás se lleguen a burlar de mí, no aguanto los gritos ni los pleitos porque en mi infancia con mis papás yo viví eso, mi mamá dice que no expreso lo

que siento ni lo que pienso; Cuando yo estaba chica sentia que no me querian, mis hermanas me decian que era una tontita; etc.) con más facilidad presentarán problemas durante esta etapa, aparte de la tensión emocional que trae consigo el embarazo Aunque, según Shontz (1975), hay una serie de etapas en el afrontamiento iniciadas cuando la paciente sabe de su estado de salud La primera sería el shock, luego el encuentro, seguido por la retirada (negación) y por último la de comprobación de la realidad Estas cuatro fases, en un ir y venir constante, le permiten a la paciente prevenir el desmoronamiento psicológico El problema con estas pacientes es que se quedan en la etapa de retirada o negación y no logren sobreponerse para tener una mejor elaboración del duelo por la pérdida, en la fantasía o real, de su bebé En esta muestra lo que se tomo en consideración es que estas pacientes tienen una historia donde no han elaborado muchos duelos (desde separaciones tempranas con la madre hasta la fecha) anteriores a su embarazo actual (tenia nueve años cuando murió mi mamá; toda mi familia murió en un accidente automovilístico, solo yo viví; mi mamá me dijo que me merecía lo que me estaba pasando por ser mala hija; etc) y que como dice Savage, (1992) si no hay una elaboración de duelos anteriores, la paciente es susceptible o vulnerable a nuevas pérdidas y no resolverlas Así mismo Dexeus y Carrera (1989) mencionan que la "supresión del duelo", es decir, el evitar la sintomatología (llanto, etc) propia de la pena, es muy contraproducente En estos casos, se genera un "duelo latente", con síntomas psicómaticos más prolongados y un retraso en la normalización anímica Lipowski (1971) y Ferguson (1985) también mencionan que en este momento de crisis tan particular, la enfermedad o la incapacidad deben verse como desafío y/o información sobre el conflicto y la desarmonía psicológica subyacente para que de esta manera la enfermedad inspire estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, y las obligue a manejar la situación con los medios de que dispone Y que en el caso de estas pacientes, sería uno de los objetivos prioritarios dentro de la psicoterapia, ya que no basta con tener los recursos, como lo describen Lazarus y Folkman (1991) en el capítulo IV, sino saber emplearlos en cierto momentos siendo útiles, ya que estas pacientes ven la enfermedad como enemiga, teniendo como consecuencias emocionales miedo, ansiedad, etc , y estos sentimientos las predisponen a la huida, a cierto grado de negación y de proyección, debido a que las estrategias de afrontamiento utilizadas por estas mujeres reflejan esta actitud

En cuanto al Soporte Social con el que cuentan estas mujeres, sólo una mínima parte de la muestra contaba con el apoyo de la madre o de la pareja, o en su caso a falta de estos, con el apoyo de suegra, suegro u otro familiar cercano (mi esposo, mi papá y mi suegro me cuidan porque mi mamá está muy agresiva conmigo; mi abuelito me apoya en todo, aunque no quiero comentarle todo porque me duele) Cuando existía este apoyo, en algunos casos, las pacientes querían mostrarse fuertes, creyendo que así le daban más fortaleza a su pareja o a su madre (mi esposo es más susceptible que yo, por eso le tengo que dar ánimos; he me gusta llorar cuando está el porque quiero darle ánimos) Aparentaban tolerar bien la situación, siendo que muchas veces se quedaban con ganas de llorar o de platicar más a fondo la problemática, ya que en sus pláticas preferían, a menudo, tocar lo menos posible el tema para que no se sintieran mal. Y cuando lograban llorar, algunas pacientes preferían hacerlo cuando nadie las viera, ni su pareja. La otra mayoría que no contaba ni con el apoyo de la madre, ni de la pareja no era una condición particular en este momento, sino que la relación, tanto con la madre y/o con la pareja, ya estaban fracturadas desde tiempo atrás (la relación con mi mamá ha sido muy hermetica; ella no me brindo lo que yo necesitaba; ella siempre ha preferido a mi hermano y a mi siempre me hacia a un lado; si hubiera tenido el amor de mi mamá probablemente no deseara tanto tener una hija). Teniendo el caso que en algunas ocasiones ni la pareja estaba enterada de la posible malformación del producto. Y por tal motivo, no platicaban de sus sentimientos y pensamientos con otras personas por temor a ser señaladas y que se burlaran de ellas (como lo manifesto la pareja de una de las pacientes). Nos dimos cuenta que cuando buscaban asesoría o información era con respecto a la salud de sus bebés con los médicos tratantes y no buscaban apoyo psicológico para desahogarse. La idea de muchas pacientes era que si lloraban le iba a ser más daño al bebé. Esto demuestra el grado de desintegración de las pacientes para pedir ayuda, comprensión, cuidado y afecto de otras personas, principalmente a figuras tan importantes como son la madre y la pareja. Y como Langer menciona (1994) la mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial, ya que su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre. Porque si no fueron satisfechas sus necesidades tempranas de afecto y amor, les resulta muy difícil solicitar la atención que requieren, ya que no saben o no se atreven a pedirla.

Salvatierra (1989) menciona que la capacidad del mando para prestar apoyo durante la gestación es decisiva. Esta capacidad depende de muchos condicionantes, como su identificación con su propia madre, el número de rasgos femeninos de su personalidad, su deseo de hijos y la marcha del embarazo mismo. Hay que recordar que también el varón experimenta una transición a la paternidad y debe adaptarse al embarazo, al futuro papel maternal de su mujer y a su propio papel paterno, lo que representa también una tarea psicosocial y un estrés. Según como se resuelva este estrés, actuará como un apoyo o como una remora para la adaptación de su esposa.

La influencia de acontecimientos vitales estresantes sobre la gestación se atenúa cuando se dispone de apoyo social. Sin embargo, en la investigación hecha por Chalmers (1984) (citado en Salvatierra, 1989) con un grupo de embarazadas, presentaron más complicaciones cuando afirmaron tener apoyos. No es lo mismo afirmar o creer tener que tener realmente (yo me siento mal cuando me dan muchos consejos o me tratan distinto, me gustaría que me trataran normal; yo siento feo, me dan ganas de llorar pero me aguanto; pienso que no tiene confianza para decirme lo que le pasa; pese a que estoy con mi familia, me siento sola, nada más quiero estar arrinconándome). El resultado de Chalmers (1984) no es irrazonable si se recuerda que médicos y enfermeras, fuentes de apoyo social, frecuentemente animan a las futuras madres a negar ansiedades y miedos (todo va bien; no se preocupe; confíe en mí; etc.). Lo que importa no es el simple apoyo, sino la calidad del mismo y más que simples tranquilizamientos, la franqueza y la ayuda a afrontar resueltamente las demandas de la gestación.

Resulta irónico que, aunque la relación entre estrés y salud es hoy en día un aspecto clave en la psicología de la salud y en la medicina conductual, se haya prestado tan poca atención a la forma en que los procesos de evaluación y afrontamiento medien en las situaciones de estrés. Tales procesos podrían afectar la salud a corto y a largo plazo, así como las dimensiones psicológicas y sociales.

El planteamiento de problema de esta investigación tuvo como resultado conocer que las asociaciones existentes entre las variables de esta muestra, llevan a un análisis más allá de la situación por la que están pasando, ya que las correlaciones obtenidas dejan una

interrogante muy amplia con respecto a la historia de vida de cada una de estas pacientes, donde no solo interviene el impacto emocional de tener un embarazo con producto malformado, sino una historia donde se confirma la importancia de los conceptos teóricos desarrollados en los capítulos anteriores, donde la atención del médico es fundamental para el bienestar de la paciente y más en una institución como es el Instituto Nacional de Perinatología, donde dentro de su gran extenso programa tanto de enseñanza como de investigación, así como el servicio prestado, la variable atención y calidez a la paciente sea una prioridad por parte de los profesionistas de la salud (tanto mental como física) que ahí labora, sea personal flotante o fijo.

Los problemas no pueden resolverse al nivel en que vienen planteados. Es preciso enmarcarlos de nuevo, situarlos en un contexto más amplio. Por ejemplo, esto nos lleva a preguntarnos como se va a poder garantizar una asistencia sanitaria suficiente a nivel nacional, teniendo en cuenta el coste creciente de todo tipo de tratamiento médicos, relacionando la salud con los hospitales, los médicos, las recetas, la tecnología, etc? Pero antes de contestarnos esta pregunta, hay que cuestionar primero porque la gente se enferma o en que consiste la salud. De acuerdo a Ferguson (1985) la medicina se ha enajenado con la simpatía de la gente a causa de lo elevado de sus costes, que escapan a las posibilidades de todos cuantos no son ricos o están debidamente asegurados, a causa de la frialdad cuantificadora de sus enfoques, que dejan de lado los aspectos humanos, y a causa de la desesperación de haber tenido que gastar grandes sumas de dinero, sin haber por ello recobrado la salud. Esta postura es respaldada en México por el Dr. Gómez de León (1994) que menciona, a modo de reflexión, que en la tradición griega, Esculapio (personificador del conocimiento de las artes curativas antiguas, que después se venero como el Dios de la salud), junto con sus hijas Hygieia (higiene, prevenir, que enseñaba a los griegos a conservarse en buena salud si vivían de acuerdo a la razón) y Panakeia (panacea, que literalmente significa curar-todo, que era la diosa sanadora, la fuente del conocimiento de los poderes curativos de la naturaleza), han sido tanto o más benéficos que el tratamiento y la aplicación de la tecnología médica moderna per se. El entendimiento de esta referencia, al criterio de los lectores para darle la mejor interpretación, tomando en cuenta que es un reflejo de la situación actual del proceso salud-enfermedad, donde tanto la gente como el médico deben tomar sus propias

responsabilidades. Al hablar de salud y al constatar que existen enormes desigualdades, es inevitable no hacerse consideraciones sobre equidad, igualdad y justicia.

Por último, cabe señalar como aseveración importante que se debe ir más allá del concepto simplista que ha constituido el centro del pensamiento en este campo, el concepto del desequilibrio fisiológico y su restauración. Asimismo, se debe ver al individuo en términos más amplios, considerándolo fisiológica, psicológica y socialmente.

6.2 Sugerencias.

Se sugiere:

--- Realizar investigaciones retrospectivas referentes a la relación madre-hija, donde se detecten los estilos de crianza y los vínculos afectivos, que pasan de una generación a otra, para que así si hay un problema parecido al estudiado en la presente investigación, los procesos por los que pasa la mujer sean elaborados de una forma más sana y más real, con antecedentes bien fundados.

--- Aunque la atención prestada a estas pacientes fue terciaria, esta investigación funciona como preventiva al dejar abierta las alternativas para que en futuras investigaciones se revisen aspectos importantes, como los psicológicos, para evitar complicaciones en el embarazo. Estos hallazgos y sus posteriores confirmaciones permiten establecer factores de riesgos psicológicos a ser atendidos.

--- Se sugiere un abordaje de regresión múltiple para tener un panorama más amplio de los resultados obtenidos.

--- Aunque este estudio tuvo una muestra pequeña, sus niveles de significancia y sus coeficientes de correlación son lo suficientemente importantes para que se cuestione si los resultados aquí obtenidos serían iguales en una muestra más grande.

--- Investigaciones de sintomatología psicológica, por trimestre, en estas pacientes que sirvan para detectar posibles alteraciones propias en cada periodo del embarazo, para así dar una atención especial para este tipo de pérdidas de acuerdo a como vaya el transcurso del embarazo.

--- Realizar investigaciones donde la pareja también participe, tanto a nivel preventivo, de diagnóstico y de tratamiento.

--- Tomar en consideración las variables psicológicas, como variables de riesgo que intervienen en las malformaciones, ya que con este estudio queda una presunción de su participación

--- Aplicar a la paciente una batena integral que incluya pruebas proyectivas (Machover, HTP, pruebas experimentales del árbol, animal, etc.), sueños, proyecciones, etc., con el fin de tener información cualitativa de la paciente para dar servicio preventivo, de diagnóstico y de tratamiento. Así como lo menciona Salvatierra (1989) la medición de la ansiedad así como también una breve historia clínica psicológica, al comienzo de la gestación es tan aconsejable como la medición de la hemoglobina o del grupo sanguíneo. Precizando, en el caso de la ansiedad rasgo-estado, sus dimensiones o fuentes. Estos datos son muy importantes, no sólo para el psicólogo, sino para cualquier obstetra o médico

--- La intervención psicológica con estas pacientes debe de abarcar dos aspectos: 1) el momento de crisis en el cual se encuentran estas pacientes, y 2) trabajar su historia de vida, especialmente en lo que se refiere a la relación con su madre, donde va implícito su estructura de personalidad

--- Las intervenciones psicológicas se deben de dirigir desde una perspectiva ecológica e integral, donde el objetivo principal sería una reestructuración profunda referente a lo femenino y a lo materno. Esta perspectiva integral puede abarcar, como se mencionaba en el primer capítulo, todas aquellas perspectivas o técnicas dirigidas al bienestar total de la paciente, como pueden ser técnicas gestálticas, cognitivo-conductuales, (asertividad), juego de roles, interpretación de sueños, ejercicios psicocorporales, terapia breve, etc. Dado que el principal estilo de afrontamiento utilizado por estas pacientes fue dirigido a la emoción, sería conveniente por medio de la psicoterapia, prepararlas para que utilicen de acuerdo a situaciones específicas y, tomando en cuenta las particularidades de cada una de las pacientes, modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y al problema, para así poder nivelarlos para afrontar la situación protectora y objetivamente.

6.3 Limitaciones.

Las limitaciones del presente trabajo fueron las siguientes:

--- La muestra no es representativa de las mujeres embarazadas en edad reproductiva con complicaciones en su embarazo, en lo que se refiere a las malformaciones congénitas.

-- Los hallazgos de la muestra no se generalizan a las mujeres embarazadas con producto malformado, solamente a una muestra socioeconómica parecida

-- Que el estudio por ser correlacional sólo permitió resaltar la importancia de las variables medidas y dejar pasar información muy valiosa que no correspondía a la naturaleza de esta investigación

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1988) QSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona Ed. Masson
- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Ed. Washington.
- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Ed. revisada. Washington
- Anderson, R (1977) Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting: A longitudinal study Journal of Applied Psychology. 62, 446-451.
- Artega, M.; De la Cruz, M.; Sánchez-Gómez, C. y Diaz, G. (1982). Double outlet right ventricle: experimental morphogenesis in the chick embryo heart. Pediatric Cardiology. 3., 219-227.
- Atkinson, W. (1964) An Introduction to motivation. Princenton, New Jersey: Van nostrand.
- Bibring, G. (1972) A Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. Psychoanalytic Study of the Child 16, 9-72.
- Borruto, F. y Carrera, J. (1987) Etiología general de los defectos congénitos. En J. Carrera. Diagnóstico prenatal Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal Barcelona: Salvat editores 21-34
- Bourne, J. y Lewis, E. (1984) Pregnancy After Stillbirth or Neonatal Death. The Lancet 7, 31-33.
- Bowlby, J. (1983) La Pérdida Afectiva. Barcelona; Ed. Paidós.

- Bradt, J. (1980). The family with young children. En E. Carter y M. McGoldrick The Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy. New York: Gardner Press
- Bulman, J. y Worman, B. (1977). Attributions of blame and coping in the "Real World" severe accident victims react to their lot. Journal of Personality and Social Psychology 35, 351-363.
- Campbell, T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioral dispositions. En S. Koch, Psychology, a study of a science. New York: McGraw-Hill 6, 94-172.
- Capra, F. (1985). El punto crucial. Barcelona: Ed. Integral.
- Carrera, J. (1987). Diagnóstico prenatal: un concepto en evolución. En J. Carrera. Diagnóstico prenatal. Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal. Barcelona: Salvat editores. 3-8.
- Carrera, J. y Mallafre, J. (1987). Conducta obstétrica ante el diagnóstico prenatal de un defecto congénito. En J. Carrera. Diagnóstico prenatal. Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal. Barcelona: Salvat editores. 709-717.
- Catalán, R. (1990). Factores de riesgo. Aspectos psicosociales. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat. 193-209
- Cayré, R.; Sánchez, C.; Moreno, R., y De la Cruz, M. (1992). La teratología y la epidemiología en el estudio de los teratógenos ambientales. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 49, Núm. 7, 397-403.
- Cerval, J. (1988). Síntomas depresivos en una muestra de los habitantes del área metropolitana de la Cd. de México con depresión. Tesina de especialidad en Psiquiatría. Fac. de Medicina, UNAM. México
- Colman, A. y Colman, L. (1971) Pregnancy. The Psychological Experience. New York: Bantam Books.

- Coyle, K. y Sterman, B. (1986). Focal neurologic symptoms in panic attacks. Am. J. Psychiatry, 143, 648-649.
- Dethlefsen, T. y Dalhke, R. (1993). La enfermedad como camino. España: Plaza y Janes.
- Deusch, H. (1947). La Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Ed. Losada.
- Dexeus, S. y Carrera, J. (1989). El riesgo de nacer: el desafío del diagnóstico prenatal. Barcelona: Ed. Labor.
- Díaz del Castillo, E. (1984). Pediatría Perinatal. México: Ed. Interamericana.
- Díez, C. (1990) Clasificación de los trastornos de ansiedad. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos, ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat. 3-10.
- Díez, C. (1990). Clínica. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat. 25-39.
- Dimsdale, E. (1974). The coping behavior os Nazi concentration camp survivors. American Journal of Psychiatry. 131, 792-797.
- Dubos, R. (1975). El espejismo de la Salud: utopías, progreso y cambio biológico. México: F.C.E.
- Dunbar, F. y Squier, R. (1946). Emotional Factors in the course of pregnancy. Psychosomatic Medicine. Vol.VII, No.VII. 185.
- Edwards, R. (1969). Psychological changes associate with pregnancy and obstetric complication. Un published doctoral dissertation. University of Miami.

- Eisler, R. (1992). La transformación social y lo femenino de la dominación a la colaboración solidaria. En M. Wodman, R. Johnson, J. Bolen Ser Mujer Barcelona Ed. Kairós.
- Egozcue, J. (1987). Defectos congénitos: el punto de vista del genetista. En J. Carrera Diagnostico prenatal Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal Barcelona Salvat editores. 11-13
- Fenichel, O (1987) Teoría psicoanalítica de las neurosis. México. Ed Paidós.
- Ferguson, M (1985). La Conspiración de Acuario Barcelona Ed. Kairós.
- Fernández, A. (1988) Reacción Emocional ante la pérdida perinatal. En L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández y K. Tolbert La Psicología en el Ambito Perinatal México. Instituto Nacional de Perinatología. 247-264.
- Fernández, A. y Arcelus, M. (1988) Aspectos psicológicos durante el Embarazo, Parto y Puerperio. En L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández y K. Tolbert La Psicología en el Ambito Perinatal Mexico. Instituto Nacional de Perinatología. 106-133
- Figueroa, E. y Betancourt, L. (1994) Muestreo de estrategias de afrontamiento en una población con dolor de cabeza crónico Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.
- Freud, S. (1984) Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1986) Duelo y Melancolía. España: Ed. Biblioteca Nueva.
- Folkman, S.; Aldwin, C. y Lazarus, R. (1981). The relationship between locus of control, cognitive appraisal and coping, New York: Mc Graw-Hill.
- Frohlich, W. (1986) La angustia. Madrid: Ed. Alhambra.

- Giles, P. (1970) Reaction of Women to Perinatal Death. Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology 10, 207-211
- Goldberg, P. (1991). La dimensión intuitiva. Buenos Aires Ed Sudamericana
- Gómez de León, J. (1994). Compromiso ético y vocación de servicio en Salud Pública. Salud Pública de México. Vol 36, No 1, 83-87
- González, G. y Morales, F. (1993). Normalización de un instrumento para medir la depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 7, No 3, 110-113
- Hamilton, M. . (1983). The clinical distinction between anxiety and depression. Br Jour Clin Pharmacol. 15, 1655-1695
- Harrison, R., Golbus, E. y Filly, A. (1981) Management of the fetus with a correctable congenital defect. JAMA 256, 774-777
- Harrison, R. (1983). Perinatal Management of the fetus with a correctable defect. En W. Callen. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology Filadelfia W. B. Saunders.
- Hernández, R. ; Fernández, C. y Baptista, P (1995). Metodología de la Investigación. México: Ed. Mc Graw-Hill
- Jablesky, A. (1985). Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in european psychiatry. Anxiety and anxiety disorders. Hillsdale: Ed. Lawrence Erlbaum.
- Janis, L. (1958). Psychological stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York: Wiley.
- Kerlinger, F. (1990). Investigación del comportamiento México: Ed. Interamericana.

- Kirkley-Best, E. y Kellner, K. (1982) The forgotten grief. A review of the psychology of stillbirth. American Journal of Orthopsychiatry. 52, 420-429
- Klein, D.; Gittelman, R.; Quitkin, F. y Rifkin, A. (1984) Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders adults and children. Baltimore: Ed. Williams & Wilkins.
- Klinger, E. (1977) Meaning and void. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Langer, M. (1994) Maternidad y Sexo. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Lazarus, R. (1966) Psychological stress and the coping process. New York: Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1988) Ways of coping Questionnaire Manual. Consulting Psychologist Press.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca
- Leppert, P. y Pahka, B. (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. Obstetrics and Gynecology. 64, 119-122.
- Lewis, E. (1979) Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. Arch. Of Dis. In Childhood. 43, 303.
- Lipowsky, Z. (1971) Physical illness, the individual and the coping process. International Journal of Psychiatry in Medicine. 1, 91-102.
- Maldonado, J.; Gonzalez, H.; Cardenas, A.; Saucedo, M. y Jasso, L. (1993). Psiquiatría de enlace en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. México, Vol.50, No 10, 754-759.

- Martínez, C. (1988). Educación de la población antes del embarazo. En L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández y K. Tolbert. La Psicología en el Ambito Perinatal. México. Instituto Nacional de Perinatología. 73-87.
- Martínez, G. (1994). Pérdida Perinatal. Aspectos Teóricos-Clinicos. En Psicología Iberoamericana. México. Universidad Iberoamericana. Vol 2. N 1, 55-67.
- Martínez-Frías, M. y Salvador, J. (1987). Factores ambientales. En J. Carrera, Diagnóstico prenatal. Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal. Barcelona: Salvat editores. 71-77.
- Martínez-Frías, M. y Salvador, J. (1987). Importancia médico-social de los defectos congénitos. En J. Carrera, Diagnóstico prenatal. Genética, Ecografía, Bioquímica y Medicina Fetal. Barcelona. Salvat editores. 15-18.
- Martínez-Frías, M., Salvador, J.; Peque, M. y Adán, A. (1983). Factores ambientales y malformaciones congénitas aspectos epidemiológicos. Rev. Esp. Pediatr. 39, 232, 277-301.
- Matton, G. (1981). Aspectos psicológicos de las malformaciones congénitas. En A. Huffsat. Malformaciones Congénitas. México: Ed. Manual Moderno. 4-13.
- Mead, M. (1961). Sexo y Temperamento. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Mead, M. (1972). Cultura y Compromiso. Buenos Aires: Ed. Granica.
- Mechanic, D. (1974). Social structural and personal adaptation: some neglected dimensions. En G. Coelho, D. Hamburg y J. Adams. Coping and adaptation. New York: Basics Books.
- Milunsky, A. (1975). Diagnóstico prenatal de las enfermedades hereditarias. Pediátrica. Barcelona: Lims.

- Monserrat, S. (1969) Egostasis An. Psicol. 1, 45-55.
- Morales, F. y González, G. (1990) Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas Revista Mexicana de Psicología. Vol. 7, No 1 y 2, 75-80.
- Pearlín, L. y Schooler, C. (1978) The structure of coping Jour. Health Soc. Behav. 19, 2-21
- Quijada, O. (1960) Sexualidad e Historia. Santiago de Chile. Ed. Pomaire
- Radha, S. (1991) El lugar de la mujer en el mundo actual. En S. Gróf. Sabiduna Antigua y Ciencia Moderna. Chile. Ed. Cuatro Vientos
- Rowe, J., Clyman, R.; Green, Ch.; Mikkelsen, C.; Haight, J. and Alaide, L. (1987) Follow-up of families who experience a perinatal death Pediatrics. 62,166-170
- Rumack, C.; Johnson, M., y Zunkel, D. (1981) Antenatal Diagnosis. Clin. Diagn. Ultrasound 8, 210
- Salvatierra, V. (1989) Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Samuels, M. y Samuels, N. (1986). The Well Pregnancy Book. Nueva York: Summit Books.
- Sánchez, V. (1988). Diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas. Revista de Perinatología México: INPer, Vol. 3, 10-13.
- Savage, J. (1992) Duelo por las vidas no vividas. Barcelona. Ed. Luciernaga.
- Saxen, L. y Rapola, J. (1969). Congenital Defects. New York: Holt, Rineheart and Winston Edit.

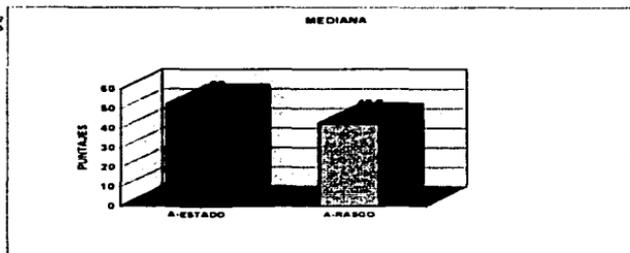
- Segal, H. (1988). Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Ed Paidós.
- Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Ed. Manual Moderno.
- Shontz, F. (1975) The psychological aspects of physical illness and disability. New York: Macmillan.
- Silver, R y Wortman, C (1980) Coping with undesirable life events. En J Garber y M Seligman Human helplessness theory and applications. New York: Academic Press
- Soberón, G ; García, M y Narro, J (1994). Nuevos Frentes del Humanismo en la Práctica Médica. Salud Pública de México. Vol 36, No. 5, 83-87.
- Spielberger, C (1972) Anxiety, current trends in theory and research (vols 1 y 2) New York: Academic Press
- Spielberger, C y Díaz-Guerrero, R (1975). IDARE. Inventario de ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno
- Stack, J. (1984) The Psychodynamics of spontaneous Abortion. American Journal of Orthopsychiatry. 54, 162-167
- Strickland, B (1978) Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and clinical Psychology. 46, 1192-1211.
- Taylor, J. (1953) A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and social Psychology. 48, 285-290.
- Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: anxiety. Br J Hosp Med. 27, 109-113.
- Unidad de análisis y estadística. (1990). Anuario Estadístico. México: Instituto Nacional de Perinatología. 34 y 46.

- Vallejo, J. (1985). Neurosis de Angustia y Fóbica Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Ed. Salvat.
- Vallejo, J. (1990). Clasificación de los trastornos afectivos. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat 155-180.
- Vallejo, J. (1990). Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat. 497-515.
- Vallejo, J. y Diez, C. (1990). Etiopatogenia. En J. Vallejo y C. Gastó. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Ed. Salvat. 63-93.
- Videla, M. (1990). Maternidad, Mito y Realidad. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- Von, I. (1988). El Proceso Reproductivo y sus Implicaciones para el Ciclo Vital de la Familia. En L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández y K. Tolbert. La Psicología en el Ambito Perinatal. México: Instituto Nacional de Perinatología. 44-72.
- White, B. y Baker, H. (1986). Episodic hypertension secondary to panic disorder. Arch. Intern. Med. 146, 1129-1130.
- Zung, W. y Durham, N. (1965). Self-Rating depression scale. Arch. Genopsychiat. 12, 63.

ANEXOS

CUADRO 1

MEDIANA
57
47.5



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
Subdirección General de Investigación
Subdirección de Investigación Clínica
Departamento de Psicología

HISTORIA CLINICA
(Psicología)

Nombre de la paciente: _____ No. de Exp. _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Escolaridad: _____

Nombre del Psicólogo: _____ Fecha: _____

Tipo de paciente: Obst. _____ Gine. _____ Puer. _____ Otro _____

Canalización: Interconsulta _____ Iniciativa propia _____

Protocolo _____

1. Descripción física y de conducta durante la entrevista: _____

2. Motivo de la consulta: _____

3. Origen y evolución del problema (fecha de inicio, circunstancias como, cuando, donde, frecuencia e intensidad). _____

4. Intentos de solución _____

5. ¿Buscó atención psicológica en esta ocasión?

SI _____ NO _____

3130-28

13. Sintomatología básica:

- _____ 01. Bajo una angustia aguda (académica, interpersonal, económica, salud, etc.)
- _____ 02. Con una decisión pendiente (divorcio, matrimonio, salpingoclastia, adopción, aborto, etc.)
- _____ 03. Conflictos internos (valores, sexualidad, metas, etc.)
- _____ 04. Dilemas intrapersonales (identidad, confianza en sí mismo, etc.)
- _____ 05. Dilemas interpersonales (de relación con los demás, de soledad, etc.)
- _____ 06. Otros: _____

14. Sintomatología complementaria:

- 01. () Agresión, conducta antisocial
- 02. () Conductas bizarras
- 03. () Conductas suicidas
- 04. () Dificultades sexuales
- 05. () Problemas somáticos
- 06. () Conducta obsesiva-compulsiva
- 07. () Problemas de droga y/o alcohol
- 08. () Fobias
- 09. () Problemas de para comer
- 10. () Problemas de sueño
- 11. () Dificultad en la atención (concentración)
- 12. () Depresión
- 13. () Ansiedad
- 14. () Sentimientos de indiferencia
- 15. () Ambivalencia
- 16. () Suspiciousidad
- 17. () Desorientación-disociación
- 18. () Pensamiento inadecuado
- 19. () Alucinaciones-ilusiones
- 20. () Otro

Observaciones: _____

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
Subdirección General de Investigación
Subdirección de Investigación Clínica
Departamento de Psicología

HISTORIA CLINICA
(Psicología)

Nombre de la paciente: _____ No. de Exp. _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Escolaridad _____

Nombre del Psicólogo: _____ Fecha: _____

Tipo de paciente: Obst. _____ Cine. _____ Puer. _____ Otro _____

Canalización: Interconsulta _____ Iniciativa propia _____

Protocolo _____

1. Descripción física y de conducta durante la entrevista: _____

2. Motivo de la consulta: _____

3. Origen y evolución del problema (fecha de inicio,
circunstancias como, cuando, donde, frecuencia e intensidad). _____

4. Intentos de solución _____

5. ¿Buscó atención psicológica en esta ocasión?

SI _____ NO _____

3130-28

6. Percepción que el paciente tiene de su problema: _____

7. Percepción que el psicólogo tiene del problema: _____

HISTORIA PERSONAL

8.- (Historia familiar primaria) _____

9. Vida Sexual: _____

10. Historia Familiar Actual: _____

11. Descripción breve de la relación de pareja: _____

12. Explorar si ha habido uso de drogas. ¿Cuáles? _____

13. Sintomatología básica:

- ___ 01. Bajo una angustia aguda (académica, interpersonal, económica, salud, etc.)
- ___ 02. Con una decisión pendiente (divorcio, matrimonio, salpingoclastia, adopción, aborto, etc.)
- ___ 03. Conflictos internos (valores, sexualidad, metas, etc.)
- ___ 04. Dilemas intrapersonales (identidad, confianza en sí mismo, etc.)
- ___ 05. Dilemas interpersonales (de relación con los demás, de soledad, etc.)
- ___ 06. Otros: _____

14. Sintomatología complementaria:

- 01. () Agresión, conducta antisocial
- 02. () Conductas bizarras
- 03. () Conductas suicidas
- 04. () Dificultades sexuales
- 05. () Problemas somáticos
- 06. () Conducta obsesiva-compulsiva
- 07. () Problemas de droga y/o alcohol
- 08. () Fobias
- 09. () Problemas de para comer
- 10. () Problemas de sueño
- 11. () Dificultad en la atención (concentración)
- 12. () Depresión
- 13. () Ansiedad
- 14. () Sentimientos de inadaptación
- 15. () Ambivalencia
- 16. () Suspiciousidad
- 17. () Desorientación-disociación
- 18. () Pensamiento inadecuado
- 19. () Alucinaciones-ilusiones
- 20. () Otro

Observaciones: _____

15. Dificultad de relacion:

-) Asertividad
-) Aislamiento
-) Familiares
-) De pareja
-) Otros

Grado: Leve _____
 Moderado _____
 Severo _____

16. Requiere tratamiento: SI _____ NO _____

17. Aceptado: SI _____ NO _____

18. Atencion

- _____ 1. Inmediata
- _____ 2. Espera corta (1 a 2 semanas)
- _____ 3. Espera moderada (2 a 4 semanas)
- _____ 4. Veria cuando hay tiempo disponible

19. S e r v i c i o

19.1 Modalidad:

- _____ A. Terapia individual
- _____ B. Terapia de pareja
- _____ C. Terapia de grupo
- _____ D. Terapia Familiar

19.2 Tipo

- _____ 1. Terapia de apoyo
- _____ 2. Terapia breve y emergencia
- _____ 3. Terapia conductual

19.3 Canalización:

- C1. Referirla a una clínica de salud mental
- C2. Referirla a otro centro de atención
- C3. Interconsulta a otro servicio (neurología, cardiología, etc.)
- C4. Referirla a protocolo interno
- C5. Cita abierta
- C6. Alta
- C7. Baja
- C8. Otro

20. Observaciones especiales:

21. Impresión diagnóstica:

22. Objetivo de tratamiento:

23. Referido a:

24. Psicólogo:

25. Clave:



**INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGIA**

DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**IDARE
INVENTARIO DE AUTOEVALUACION**

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	EN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 - Me siento calmado	1	2	3	4
2 - Me siento seguro	1	2	3	4
3 - Estoy tenso	1	2	3	4
4 - Estoy contrariado	1	2	3	4
5 - Estoy agusto	1	2	3	4
6 - Me siento alterado	1	2	3	4
7 - Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8 - Me siento descansado	1	2	3	4
9 - Me siento ansioso	1	2	3	4
10 - Me siento cómodo	1	2	3	4
11 - Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12 - Me siento nervioso	1	2	3	4
13 - Me siento agitado	1	2	3	4
14 - Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15 - Me siento reposado	1	2	3	4
16 - Me siento satisfecho	1	2	3	4
17 - Estoy preocupado	1	2	3	4
18 - Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19 - Me siento alegre	1	2	3	4
20 - Me siento bien	1	2	3	4

Instrucciones Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21 - Me siento bien	1	2	3	4
22 - Me canso rápidamente	1	2	3	4
23 - Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24 - Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25 - Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26 - Me siento descansado	1	2	3	4
27 - Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28 - Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29 - Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30 - Soy feliz	1	2	3	4
31 - Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32 - Me falta confianza en mi mismo	1	2	3	4
33 - Me siento seguro	1	2	3	4
34 - Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35 - Me siento melancólico	1	2	3	4
36 - Me siento satisfecho	1	2	3	4
37 - Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38 - Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39 - Soy una persona estable	1	2	3	4
40 - Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Subdirección General de Investigación
 División de Investigación Clínica
 Departamento de Psicología

ESCALA DE AUTOMEDICION DE DEPRESION

	Muy pocas veces	Algunas veces	La Mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solia hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haria un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su situación de acuerdo a la siguiente escala.

- 0= No, de ninguna manera.
1= En alguna medida.
2= Generalmente, usualmente
3= Siempre, en gran medida.

1. Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.	0	1	2	3
2. Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Pienso que el tiempo cambiará las cosas y todo lo que tengo que hacer es esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quedé sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablo con alguien para averiguar más de sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critico o me sermoneo de mí mismo.	0	1	2	3
10. No agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
11. Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3

12.	Sigo adelante con mi destino pues sólo algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3
13.	Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14.	Guardo sólo para mí mis sentimientos.	0	1	2	3
15.	Busco alguna mínima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16.	Duermo más de lo que acostumbro.	0	1	2	3
17.	Manifiesto mi enojo a la (s) persona (s) responsable (s) del problema.	0	1	2	3
18.	Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19.	Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor.	0	1	2	3
20.	Me siento inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21.	Intento olvidarme de todo.	0	1	2	3
22.	Busco ayuda profesional.	0	1	2	3
23.	Pienso que los problemas me hacen madurar como persona.	0	1	2	3
24.	Espero ver lo que sucede antes de hacer algo.	0	1	2	3
25.	Me disculpo o hago algo para compensar.	0	1	2	3
26.	Desarrollo un plan de acción y lo sigo.	0	1	2	3
27.	Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de lo que yo quería.	0	1	2	3
28.	De algún modo expreso mis sentimientos.	0	1	2	3
29.	Me doy cuenta de que soy la causa del problema.	0	1	2	3

30. Salgo mejor de la situación de como la empecé.	0	1	2	3
31. Hablo con alguien que pueda hacer algo por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejo del problema por un tiempo: intento descansar o distraerme.	0	1	2	3
33. Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34. Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso.	0	1	2	3
36. Tengo fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantengo mi orgullo y pongo el mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubro lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Hago cambios para que las cosas salgan mejor.	0	1	2	3
40. Evito estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No deajo que el problema me venza: rehuso pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
42. Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo.	0	1	2	3
43. Oculto a lo demás lo mal que va.	0	1	2	3
44. No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.	0	1	2	3
45. Le platico a alguien como me siento.	0	1	2	3
46. Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.	0	1	2	3
47. Me desquito con lo demás.	0	1	2	3

48. Recorro a experiencias pasadas; ya que antes me había encontrado con una situación similar.	0	1	2	3
49. Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.	0	1	2	3
50. Me niego a creer lo que ha ocurrido.	0	1	2	3
51. Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo e la forma como me siento.	0	1	2	3
56. Cambio algo de mí.	0	1	2	3
57. Sueño o imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaséo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Rezo alguna oración.	0	1	2	3
61. Me preparo para lo peor.	0	1	2	3
62. Repaso mentalmente lo que haré o diré.	0	1	2	3
63. Pienso como dominaría la situación a quien admiro y lo tomo como modelo.	0	1	2	3
64. Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3

65. Me digo a mí mismo que las cosas podrían ser peor.	0	1	2	3
66. Realizó algún ejercicio.	0	1	2	3
67. Intento algo distinto de todo lo anterior (descríballo).	0	1	2	3

Nombre:

Fecha:

CUESTIONARIO DE ESTILO DE AFRONTAMIENTO

BOJA DE CALIFICACION

Nombre: _____ Dx: _____ Fecha _____

ESTILO DE AFRONTAMIENTO	REACTIVO/CALIFICACION	BRUTO	PROMEDIO	RELATIVO (%)
A. Confrontativo	6/ 7/ 17/ 28/ 34/ 46/			
R. Distanciamiento	12/ 13/ 15/ 21/ 41/ 44/			
C. Auto-control	10/ 14/ 35/ 43/ 54/ 62/ 63/			
D. Soporte Social	8/ 18/ 22/ 31/ 42/ 45/			
E. Responsabilidad	9/ 25/ 29/ 51/			
F. Escape- Evitación	11/ 16/ 33/ 40/ 47/ 50/ 58/ 59/			
G. Resolución de Problemas	1/ 26/ 39/ 48/ 49/ 52/			
H. Reevaluación Positiva	20/ 23/ 30/ 36/ 38/ 56/ 60/			

TOTAL

COMENTARIOS _____

- Calificación: 1) Puntaje Bruto: Suma de las calificaciones de los ítems correspondientes a cada modo de afrontamiento.
 2) Promedio: Puntaje Bruto entre el número de ítems.
 3) Puntaje Relativo: Dividir el promedio de cada tipo de afrontamiento entre la suma total de los promedios y multiplicar por 100.